

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

PROFILE OF PREGNANT WOMEN ATTENDING THE PRENATAL SERVICE OF THE BASIC UNITS OF HEALTH OF FORTALEZA-CE

PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS PRENATALES DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE FORTALEZA-CE

Catharina Rocha Peixoto¹
Thais Marques Lima²
Camila Chaves da Costa²
Lydia Vieira Freitas³
Amanda Souza de Oliveira⁴
Ana Kelve de Castro Damasceno⁵

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa caracterizar as gestantes usuárias do serviço de pré-natal nos Centros de Saúde da Família (CSFs) da cidade de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, o qual foi realizado em seis CSFs no período de agosto a outubro de 2009, tendo como população 310 gestantes. As gestantes, em sua maioria, tinham entre 20 e 34 anos (67,5%); possuíam renda de até um salário mínimo (90,9%); vivenciaram a menarca entre 9 e 13 anos (71,6%); iniciaram a vida sexual entre 11 e 19 anos (88,4%); tiveram de 2 a 5 parceiros sexuais (54,6%); negaram a realização de tratamento prévio para IST (66,1%); e não realizaram o exame preventivo durante a gestação (82,9%). Encontrou-se relação estatística significativa entre a idade da menarca e a idade da sexarca, bem como entre o número de parceiros sexuais e a idade delas. Concluiu-se que as gestantes possuem peculiaridades que devem ser destacadas no momento das consultas de pré-natal. Com base no conhecimento do perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na realização de atividades educativas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

Palavras-chaves: Cuidado Pré-Natal; Gravidez; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at characterizing pregnant women treated at the antenatal care service of the Family Health Care Centre (in Portuguese, CSF) in the city of Fortaleza. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study carried out in six CSFs, from August to October 2009, with 310 pregnant women. The results revealed that 67.5% were aged between 20 to 34 years; 90.9% had a monthly income up to one minimum wage; 71.6% experienced menarche between the ages of 9 to 13; 88.4% had had their first sexual intercourse between the ages of 11 and 19; 54.6% had between 2 to 5 sexual partners; 66.1% were not previously treated for STIs; and 82.9% had not had a screening test performed during pregnancy. A statistically significant relationship between timing of menarche and the first sexual intercourse and between the number of sexual partners and age was observed. In conclusion pregnant women have peculiarities that should be taken into account at antenatal consultations. Information on these women's profile could aid health professionals to rethink actions directed to this target population, particularly in educational activities to maintain a healthy pregnancy.

Key words: Antenatal Care; Pregnancy; Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el servicio de atención prenatal de la mujer embarazada en el Centro de Salud Familiar (CSF) de la ciudad de Fortaleza. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo transversal que se realizó en seis CSF de agosto a octubre de 2009 con 310 mujeres embarazadas. Se encontró que 67,5% tenían entre 20 y 34 años; 90,9% contaban con un ingreso mensual de hasta un salario mínimo; 71,6% experimentaron la menarquía entre 9 y 13 años; 88,4% tuvieron la primera relación sexual entre 11 y 19 años; 54,6% tenían entre dos y cinco parejas sexuales; 66,1% no habían realizado el tratamiento previsto para ETS y 82,9% no había realizado la prueba preventiva durante el embarazo. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad de la menarquía y de la primera relación sexual al igual que entre el número de parejas sexuales y su edad. Se concluye que las mujeres embarazadas tienen particularidades que deben considerarse en el momento de la consulta prenatal. A partir del conocimiento del perfil de las mujeres embarazadas, profesionales de la salud pueden repensar acciones dirigidas a esta población objeto, sobre todo realizar actividades educativas que ayuden al desarrollo de un embarazo sano.

Palabras clave: Atención Prenatal; Embarazo; Enfermería.

¹ Enfermeira da Unimed de Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁴ Enfermeira. Integrante do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/Enfermagem/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna.

Endereço para correspondência – Avenida Sargento Herminio Sampaio, 2755. Apt 201, Bl N. Vila Ellery. CEP: 60320-504. Fortaleza-CE.
Email: milinha_ita@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A gestação, apesar de ser um processo fisiológico, gera mudanças de ordem física, psicológica e social na mulher. Tais alterações inerentes à gravidez e ao parto são influenciadas por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características socioeconômicas e culturais da população.¹ Portanto, a gestante necessita de acompanhamento qualificado para que intercorrências sejam evitadas e prevenidas. O início precoce do pré-natal e a regularidade das consultas são essenciais para garantir uma boa evolução da gravidez.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, estima-se que 73% da população feminina brasileira em idade fértil não possui plano de saúde ou convênio médico, destacando-se que a taxa de fecundidade total dessa população encontra-se em torno de 1,8 filho por mulher e que o acesso ao pré-natal tende a diminuir com o aumento do número de filhos.²

Nesse sentido, deve ser fornecida uma assistência pré-natal de qualidade que vise preservar a saúde da mulher e do conceito, bem como que favoreça a adesão às consultas de forma periódica, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas preexistentes, auxiliando na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.³

Diante do exposto, evidencia-se que as gestantes necessitam de acompanhamento qualificado para que as intercorrências nesse período sejam evitadas e prevenidas. Para isso, os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família devem estar cientes do perfil da clientela que irão atender, possibilitando o desenvolvimento de estratégias específicas e adequadas que garantam a efetividade do atendimento.

Em estudo realizado em hospital universitário do Rio de Janeiro que objetivava traçar o perfil epidemiológico das gestantes, encontrou-se que a maioria da população estudada concentrava-se na faixa etária de 19-25 anos (47; 39,8%), teve o início do ciclo menstrual entre 12-14 anos (73; 61,8%), com sexarca ocorrida entre 16-20 anos (64; 54,2%). Em relação aos métodos contraceptivos, grande parte (54; 45,7%) faz uso de anticoncepcionais hormonais orais e (47; 39,8%) não utiliza nenhum método. Com base nesse conhecimento, houve relatos de resultados positivos na ampliação de ações específicas para a população, por meio de trabalho consciente e criterioso, de acordo com a clientela específica atendida.¹

O principal papel dos profissionais envolvidos nesse atendimento é a escuta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações. É relevante que se efetuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais por meio de ações educativas, que facilitam a compreensão do processo gestacional, sendo o enfermeiro um desses prestadores de serviço a gestantes, principalmente no atendimento de baixo risco.⁴

Torna-se de fundamental, assim, identificar de forma adequada e precoce o perfil das pacientes, objetivando conhecer características que podem interferir na evolução natural da gestação, permitindo uma estruturação no acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde.

Diante disso, objetivou-se caracterizar as gestantes usuárias do serviço de pré-natal nos Centro de Saúde da Família (CSF) da cidade de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA

Este é tudo do tipo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado no período de agosto a outubro de 2009, em um CSF de Fortaleza-CE.

Dado o fato de Fortaleza ser administrativamente dividida em 6 Secretarias Executivas Regionais (SERs), foram selecionados 2 CSFs de cada regional, onde foram realizadas 5 visitas e entrevistadas as gestantes de acordo com a demanda do acompanhamento pré-natal de cada serviço de saúde, totalizando uma amostra de 310 gestantes nos 12 CSFs acompanhados.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, aplicado em uma entrevista individual com as gestantes, abordando características socioeconômicas, aspectos gineco-obstétricos e história da gestação atual. Os dados obtidos foram armazenados no programa *Excel for Windows* e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC), versão 17.0. Durante a análise dos dados, utilizou-se a estatística simples, com frequências absolutas e relativas, o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, considerando correlações estatisticamente significativas às que obtiveram $p < 0,05$.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as participantes do estudo.⁵ Este projeto foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado sob o Protocolo nº 242/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na TAB. 1, pode-se observar que a maioria das entrevistadas encontrava-se na faixa etária recomendada para gestar, ou seja, 20 a 34 anos (209; 67,5%), no entanto, vale ressaltar que a segunda faixa etária com maior porcentagem foi entre 13 e 19 anos (82; 26,5%), o que demonstra alto percentual de gestantes adolescentes, ultrapassando os 10% a 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁶

Corroborando o presente estudo, verificou-se, com base em uma pesquisa de campo realizada com 77 puerperas, a qual objetivava avaliar a assistência pré-

TABELA 1 – Distribuição das gestantes atendidas nos CSF segundo suas características sociodemográficas – Fortaleza-CE, ago/nov. 2009

| Variáveis (n=310) | F | % |
|---------------------------|-----|------|
| Idade | | |
| 13 a 19 anos | 82 | 26,5 |
| 20 a 34 anos | 209 | 67,5 |
| 35 a 42 anos | 19 | 6,0 |
| Ocupação | | |
| Estudante | 36 | 11,6 |
| Do lar | 181 | 58,4 |
| Trabalha (autônoma) | 33 | 10,6 |
| Trabalha (contratada) | 57 | 18,4 |
| Trabalha e estuda | 3 | 1,0 |
| Renda per capita | | |
| Sem renda | 3 | 1,0 |
| Até ½ salário mínimo | 187 | 60,3 |
| De ½ a 1 salário mínimo | 95 | 30,6 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 20 | 6,5 |
| De 2 a 3 salários mínimos | 2 | 0,6 |
| De 3 a 5 salários mínimos | 2 | 0,6 |
| Não sabe | 1 | 0,3 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeta | 3 | 1,0 |
| 1 a 4 anos de estudo | 30 | 9,7 |
| 5 a 8 anos de estudo | 115 | 37,1 |
| 9 a 12 anos de estudo | 146 | 47,0 |
| Mais de 12 anos de estudo | 16 | 5,2 |
| Estado civil | | |
| Casada | 65 | 21,0 |
| Solteira | 72 | 23,2 |
| União consensual | 170 | 54,8 |
| Divorciada | 2 | 0,6 |
| Viúva | 1 | 0,3 |

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

natal no município de Francisco Morato-SP, que as participantes, em sua maioria, eram jovens, sendo 26% de adolescentes.⁷ A gravidez no período da adolescência acarreta uma série de processos mórbidos tanto à saúde da mãe como à saúde do filho, tais como partos cesáreos, parto fórceps, ocorrência de trabalho de parto pré-termo, frequência aumentada de pré-eclâmpsia, dentre outros.⁸

Em relação à ocupação, a maioria das gestantes afirmou dedicar-se a cuidar do lar (181; 58,4%), refletindo na diminuição da renda familiar. Em contrapartida, essa característica favorece o aleitamento materno, pois a inserção da mulher no mercado de trabalho é considerada um dos motivos para o desmame precoce, tendo em vista que a licença-maternidade, geralmente, é de quatro meses, e as técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno não são largamente divulgadas e ensinadas às mães.⁹

Em relação à renda familiar, pode-se afirmar que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou renda de até um salário mínimo (282; 90,9%) e algumas relataram que não tinham nenhum tipo de renda (3; 1,0%), o que é considerado um fator de risco para o aparecimento de complicações durante a gravidez e de terem filhos com baixo peso ou prematuros.¹⁰

Quanto à escolaridade, predominou a faixa de 9 a 12 anos de estudo (146; 47,0%). O nível de instrução deve ser analisado durante a consulta pré-natal, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável, refletindo no cuidado com a família e com a gestação.

Pesquisa realizada em Cuiabá, relacionada a determinantes da amamentação no primeiro ano de vida, revela que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade inferior a 180 dias mostrou-se associada à baixa escolaridade da mãe, relação identificada também nos menores de 120 dias.¹¹

Os resultados sobre o estado civil das participantes foi bem diversificado, encontrando-se a maioria das gestantes (170; 54,8%) em união consensual.

Observou-se em um estudo do tipo caso-controle, com mães de nascidos vivos realizado em Londrina, que a variável “mãe que reside com o companheiro há no máximo dois anos” – o que se considerou união instável – foi entendida como um possível fator de insegurança da mãe e apresentou associação significativa com o nascimento pré-termo.¹²

Em relação à TAB. 2, pode-se verificar que a maioria das entrevistadas (222; 71,6%) apresentou a menarca na faixa etária entre 9 e 13 anos, havendo concordância com um estudo de revisão no qual se revela que os aspectos étnico-raciais, ambientais e econômicos influenciam na idade da menarca. A idade da menarca continua a diminuir tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo 12 anos a média da menarca no Brasil.¹³

Em relação à idade da sexarca, verificou-se que a primeira relação sexual estava ocorrendo precocemente, pois a maior parte das entrevistadas (274; 88,4%) relatou ter iniciado a vida sexual entre os 11 e 19 anos.

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade da menarca e a idade de ocorrência da sexarca das participantes do estudo ($r_{s=0,226}$; $p<0,001$). Com isso, pode-se afirmar que quanto mais tarde ocorre a menarca, mais tardiamente tende a ocorrer a sexarca. Esse é um dado preocupante, já que a menarca tem ocorrido cada vez mais cedo entre as adolescentes, podendo ocasionar relações sexuais precoces, que muitas vezes ocorrem de forma não planejada e desprovida dos cuidados necessários, acarretando uma gravidez precoce ou, ainda, a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis.¹⁴

TABELA 2 – Caracterização sexual das gestantes atendidas nos CSFs – Fortaleza-CE, ago./nov. 2009

| Variáveis (n=310) | F | % |
|---|-----|------|
| Idade da menarca | | |
| 9 a 13 anos | 222 | 71,6 |
| 14 a 18 anos | 86 | 27,8 |
| Não souberam responder | 2 | 0,6 |
| Idade da sexarca | | |
| 11 a 19 anos | 274 | 88,4 |
| 20 a 30 anos | 36 | 11,6 |
| Parceiro na sexarca | | |
| Marido | 46 | 14,8 |
| Namorado | 237 | 76,5 |
| Parceiro casual | 19 | 6,1 |
| Noivo | 08 | 2,6 |
| Número de parceiros sexuais na vida | | |
| 1 parceiro | 111 | 35,8 |
| 2 a 5 parceiros | 169 | 54,6 |
| 6 a 10 parceiros | 23 | 7,4 |
| Mais de 10 parceiros | 7 | 2,2 |
| Utilização de método contraceptivo | | |
| Sim | 238 | 76,8 |
| Não | 72 | 23,2 |
| Método contraceptivo utilizado (N=238) | | |
| Anticoncepcional oral | 116 | 48,7 |
| Camisinha | 65 | 27,3 |
| Injetável | 23 | 9,7 |
| Tabelinha | 02 | 0,8 |
| Laqueadura tubária | 01 | 0,4 |
| Associações entre métodos | 20 | 6,5 |
| Outros | 11 | 4,6 |
| Tratamento prévio para IST | | |
| Não | 205 | 66,1 |
| Sim | 105 | 33,9 |
| IST acometida (N=105) | | |
| Candidíase | 60 | 57,2 |
| Vaginose bacteriana | 20 | 19,1 |
| HPV / NIC | 10 | 9,6 |
| Tricomoníase | 6 | 5,6 |
| Outros | 1 | 0,9 |
| Mais de 01 IST | 8 | 7,6 |
| Não sabe | 2 | 1,9 |
| Exame preventivo prévio | | |
| Não | 60 | 19,4 |
| Sim | 250 | 80,6 |
| Realizou exame preventivo nesta gestação | | |
| Sim | 53 | 17,1 |
| Não | 257 | 82,9 |

Comprovando essas informações, neste estudo, também, encontrou-se significância estatística na relação existente entre a idade da menarca e a idade da primeira gestação ($r_{s=0,156}$; $p=0,006$) e entre a idade da sexarca e a idade da primeira gestação ($r_{s=0,716}$; $p<0,001$). Em um estudo sobre abortamento com 3.822 mulheres em 13 Estados brasileiros, a idade na primeira relação sexual destacou-se como um importante fator associado de forma independente ao relato de aborto induzido. Iniciar a vida sexual com 15 anos ou menos ou entre 16 e 17 anos aumentou significativamente a chance de relato de aborto induzido.¹⁵

Entre as entrevistadas, a maioria relatou ter iniciado a vida sexual com o namorado (237; 76,5%). Ressalte-se, ainda, que algumas mulheres (19; 6,1%) afirmaram ter tido a primeira relação com parceiro casual, o que, provavelmente, aumenta o risco de relações sexuais sem proteção e multiplicidade de parceiros.

Em relação à quantidade de parceiros sexuais na vida, a maior parte das mulheres (169; 54,6%) informou ter tido de 2 a 5 parceiros, destacando-se que houve relato de até 30 parceiros sexuais.

Nesse estudo, encontrou-se relação estatisticamente significativa entre o número de parceiros sexuais durante a vida da mulher e sua idade ($r_s=0,193$; $p=0,001$), de forma que isso pode sugerir a mudança de parceiros ao longo da vida dessas gestantes. Pode-se relacionar esse fato à ocorrência de múltiplos parceiros simultaneamente, o que é um significativo fator de risco para adquirir uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Em uma análise secundária sobre riscos para aborto induzido, observou-se que o número de parceiros sexuais surgiu fortemente associado à realização de abortos. Diante disso, mulheres que relataram ter tido três ou mais parceiros sexuais apresentaram uma proporção maior de aborto induzido comparativamente àquelas com apenas um parceiro sexual.¹⁵

A respeito da utilização de métodos contraceptivos, a maioria afirmou que usa algum tipo de método (238; 76,8%), de forma que entre as que o utilizavam, boa parte citou o anticoncepcional oral combinado (ACO) (116; 48,6%) e outras mulheres faziam associação entre os métodos contraceptivos (20; 6,5%), dentre os quais os anticoncepcionais injetáveis predominaram como uma das partes da associação, havendo casos em que estes estavam associados à camisinha e/ou ao ACO.

Em uma pesquisa com universitários em São Paulo, observou-se que o método contraceptivo mais frequentemente utilizado foi o preservativo masculino, porém não foi utilizado como método único, associando-o a outros métodos, tais como o ACO, fato que demonstra a preocupação tanto com a gravidez indesejada quanto com as IST.¹⁶

Em relação à realização de tratamento prévio para IST, a maioria das gestantes (205; 66,1%) referiu não ter realizado nenhum tratamento. Vale ressaltar que algumas das entrevistadas não tinham conhecimento

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

sobre o que seria esse tratamento. A mesma situação aplica-se ao tipo de IST acometida, pois surgiram vários relatos de tratamento sem o conhecimento da patologia, demonstrando a falta de comunicação entre profissional e paciente e a não participação ativa da paciente na promoção da sua saúde. Além disso, essa falta de informações fidedignas dificulta a realização de pesquisas semelhantes.

Dentre as mulheres que afirmaram história de IST anterior, a maioria não sabia o nome da patologia da qual foi acometida. Por isso, a classificação foi realizada pelos pesquisadores de acordo com a sintomatologia e tratamento referidos pela mulher.

Quanto à realização de exame preventivo Papanicolau prévio, grande parte das gestantes (250; 80,6%) já havia se submetido a ele. Tal resultado pode estar relacionado ao fácil acesso para a realização do exame ginecológico nos CSFs e incentivo por parte dos profissionais. Esse resultado corrobora um estudo realizado em São Luiz com 465 mulheres, onde 82,4% haviam realizado o exame preventivo alguma vez na vida.¹⁷

Em estudo realizado no Rio Grande do Norte observou-se como principais barreiras para a realização do exame citopatológico do colo uterino: o descuido, a falta de solicitação do exame pelo médico e a vergonha. Em contrapartida, o trabalho fora de casa, a frequência com que a mulher vai ao ginecologista, a paridade e a vida sexual ativa influenciam apenas na prática do exame.¹⁸

A respeito da realização do exame preventivo durante a atual gestação, a maioria (287; 82,9%) não o realizou. Esse fato pode estar relacionado ao possível medo das gestantes em submeter-se ao exame, por acreditar que há algum prejuízo para ela ou para o feto, tornando-se necessária a inserção de atividades educativas com as gestantes explicando a finalidade e o procedimento realizado durante a consulta pré-natal.

Constatou-se significância estatística entre a escolaridade das gestantes e o fato de elas já terem realizado o exame de prevenção do câncer cervicouterino alguma vez na vida ($\chi^2=14,774$; $p<0,001$), podendo-se inferir que quanto maior a escolaridade, maior a probabilidade de essa mulher ter realizado o exame de prevenção do câncer do colo uterino pelo menos uma vez na vida. Entretanto, não houve relação entre a escolaridade e a realização do exame durante a gestação ($\chi^2=2,566$; $p=0,109$), fato que pode estar relacionado à cultura errônea de que gestantes não podem realizar o exame, dado o risco de aborto ou parto prematuro.

Com base na TAB. 3, pode-se inferir que a maioria das gestantes entrevistadas (268; 86,5%) teve de uma a três gestações, destacando-se que 137 (44,2%) mulheres eram primigestas e uma entrevistada relatou 11 gestações.

Em 1970, a média de filhos por mulher brasileira em período fértil era de 5,8 e diminuiu para 1,8 em 2006, resultando em uma redução de 4 filhos por mulher. No período de 1970 a 2006, as taxas específicas de fecundidade, por grupos de idade das mulheres no período reprodutivo, diminuíram acentuadamente,

TABELA 3 – Caracterização dos antecedentes obstétricos das gestantes atendidas nos CSFs – Fortaleza-CE, ago/nov. 2009

| Variáveis (N=310) | F | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Número de gestações | | |
| 1 a 3 | 268 | 86,5 |
| 4 a 7 | 41 | 13,2 |
| Mais de 7 | 1 | 0,3 |
| Número de partos | | |
| Nenhum parto | 161 | 51,9 |
| 1 a 3 | 140 | 45,1 |
| 4 a 7 | 8 | 2,5 |
| Mais de 7 | 1 | 0,3 |
| Número de abortos | | |
| 1 aborto | 55 | 17,7 |
| 2 ou 3 abortos | 7 | 2,3 |
| Nenhum aborto | 248 | 80,0 |
| Idade da primeira gestação | | |
| 13 a 19 anos | 174 | 56,1 |
| 20 a 29 anos | 123 | 39,7 |
| 30 a 37 anos | 13 | 4,2 |
| Amamentou anteriormente | | |
| Sim | 140 | 45,1 |
| Não | 11 | 3,5 |
| Não tem outros filhos | 159 | 51,2 |
| Tempo de amamentação (n=140) | | |
| 0 a 3 meses | 25 | 7,9 |
| 4 a 6 meses | 32 | 22,8 |
| 7 a 12 meses | 27 | 19,2 |
| 13 a 24 meses | 34 | 24,2 |
| Mais de 24 meses | 22 | 15,7 |

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Fortaleza-CE, 2009.

especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos, com queda de mais de 70%. O único grupo que teve aumento da taxa específica de fecundidade nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade.¹⁹

Neste estudo, não se encontrou significância estatística entre o número de gestações e a idade da sexarca ($r_s=0,097$; $p=0,087$), contudo, existe uma tendência de relação inversa entre essas duas variáveis, de forma que quanto mais cedo a mulher inicia sua vida sexual, mais gestações ela poderá vivenciar, o que demonstra a necessidade de estudos posteriores para investigar essa relação.

Pode-se afirmar, no entanto, que existe uma correlação direta entre o número de parceiros que essa mulher possuiu na vida e o número de gestações ($r_s=0,118$; $p=0,038$). Isso gera uma inquietação, visto que ao mesmo tempo em que estão expostas ao risco de gravidez, sendo esta planejada ou não, estão expostas ao risco de contrair doenças, principalmente com múltiplos parceiros, simultâneos ou não.

Dentre as entrevistadas, houve relatos de um a três abortos (62; 20,0%). Sobre abortos espontâneos, parte das mulheres (49; 15,8%) afirmou interrupção natural de uma a três gestações, havendo concordância com um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em que a prevalência de abortos espontâneos das mulheres entrevistadas (n=412) foi de 17,7%.²⁰ Quanto aos abortos provocados, algumas mulheres (15; 4,8%) assumiram a utilização de algum método abortivo, no entanto, existe possibilidade de falta de sinceridade das participantes em afirmar a provocação do aborto e até mesmo da menção do assunto, dada a polêmica que esse tema acarreta.

Encontrou-se significância estatística entre o número de parceiros sexuais na vida da mulher e o número de abortos que esta sofreu ($r_s=0,128$; $p=0,024$) e, ainda, com o número de abortos provocados ($r_s=0,147$; $p=0,010$). Pode-se inferir, portanto, que quanto maior o número de parceiros sexuais na vida das mulheres que participaram deste estudo, maior a chance de esta ter sofrido um aborto e de este ter sido intencional.

Em uma pesquisa realizada no Espírito Santo com 83 mulheres atendidas em uma maternidade pública, foram identificados como principais motivos que levaram à indução do abortamento: falta de condições financeiras, falta de apoio do pai do conceito, ter uma relação conjugal instável, limitação da prole, medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, medo da família e não querer a criança.²¹

Em relação ao número de partos normais e cesáreos, a maioria parte das gestantes que têm história de partos anteriores referiu partos normais, totalizando 109 (35,1%) mulheres. Em 1997, os partos cesáreos equivaliam a 40,0% do total de partos. As menores proporções de nascimentos realizados por parto cesáreo foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste, 32,1% e 25,3%, respectivamente. Esses resultados contrariam a recomendação da OMS de que os partos cesáreos não ultrapassem 15% do total de nascimentos.²²

Quando questionadas sobre a idade na primeira gestação, a maioria das entrevistadas (174; 56,1%) respondeu que engravidaram pela primeira vez durante a adolescência. Fato condizente com o estudo realizado em São Paulo, no qual se encontrou que das 4.108 internações no centro obstétrico do hospital, 24,4% eram adolescentes. Esse fato demonstra uma iniciação sexual cada vez mais precoce e um número estorrecedor de gravidez na adolescência.²³

Em relação ao aleitamento materno, as gestantes foram questionadas sobre a prática da amamentação em suas experiências anteriores, e apenas 11 mulheres (3,5%) referiram não ter amamentado. As gestantes que referiram ter amamentado (140; 45,1%) foram questionadas a respeito do tempo, e a maioria (34; 24,2%) afirmou ter amamentado de 13 a 24 meses, estando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Por meio da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (PESN), verificou-se que em 15 anos a duração mediana do aleitamento total duplicou de 89 dias em 1991 para 183 dias em 2006. No mesmo período, o aleitamento materno exclusivo aos seis meses aumentou de 1,9% para 8,5%.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseando-se neste estudo, tornou-se possível reconhecer as características sexuais e obstétricas das gestantes, identificando fatores de risco no processo de gestar e intercorrências que podem ser evitadas ou tratadas. Pode-se inferir, também, que as gestantes acompanhadas nos CSFs possuíam perfil de mulheres jovens, com baixa renda, com escolaridade relativamente alta, não exerciam atividade remunerada e viviam em união consensual.

Em relação à caracterização sexual dessas mulheres, destaque-se que a menarca e a sexarca ocorreram precocemente, havendo, ainda, relação estatisticamente significativa entre a idade da menarca e a idade da sexarca; assim, quanto mais cedo ocorre a menarca, mais precocemente tende a ocorrer a sexarca. As mulheres possuíam parceiros múltiplos e casuais, sendo encontrada também associação estatística entre idade da mulher e os números de parceiros durante a vida. As gestantes utilizavam métodos contraceptivos, com a predominância do anticoncepcional oral combinado (ACO), camisinha e associações com o anticoncepcional injetável. Verificou-se a presença de IST, inclusive em associações, e uma significativa parcela de mulheres que nunca se submeteu ao exame ginecológico preventivo.

Conclui-se que as gestantes possuem peculiaridades que devem ser destacadas no momento das consultas de pré-natal. Conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na perspectiva de atividades educativas individuais e coletivas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

REFERÊNCIAS

1. Spindola T, Penna GHL, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2008. [Citado em 2008 ago. 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1215&id_pagina=1>.
3. Grangeiro GR, Diogenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1).

4. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2): 312-20.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2):15-25.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Barbosa M, Fernandes R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies: a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(3).
8. Lizarelli PM, Patta MC, Rodrigues R, Berezowski A, Duarte G. Resultados perinatais e maternos de gestantes adolescentes. *RBM*. 2009; 66(5).
9. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*. 2008; 32(4).
10. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2157-66.
11. Franca GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5).
12. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10).
13. Carvalho WRG, Farias ES, Guerra Júnior G. A idade da menarca está diminuindo? *Rev Paul Pediatr*. 2007; 25(1).
14. Spindola T, Silva LFF. Epidemiologist profile of teenagers at consultation in the pre-birth department of an university hospital. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):99-107.
15. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4).
16. Alves AS, Lopes MHB. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2).
17. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(3).
18. Fernandes JV. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Noguez PT, Muccillo-Baisch AL, Cezar-Vaz MR, Soares MCF. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande-RS. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3).
21. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra-ES. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4).
22. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
23. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Laranjeira RGR. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1).
24. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):240-8.