

# **PERFIL OBSTÉTRICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADO EM SOBRAL-CEARÁ**

*OBSTETRIC AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PREGNANT WOMEN ASSISTED IN A FAMILY HEALTH CENTER LOCATED IN SOBRAL-CE*

*PERFIL OBSTÉTRICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA FAMILIA UBICADO EN SOBRAL-CEARÁ*

Nathalia Araujo Pereira<sup>1</sup>  
Maria Auxiliadora Silva Oliveira<sup>2</sup>

## **Resumo**

Neste estudo, objetivou-se traçar o perfil obstétrico de gestantes assistidas em um Centro de Saúde da Família localizado em Sobral-CE. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, quantitativa e descritiva, com dados retirados dos prontuários de gestantes atendidas nos anos de 2014, 2015, 2016, e 2017. Analisou-se um total de 190 prontuários, a partir de informações como: faixa etária materna, tipo de parto, escolaridade, estado civil, estado nutricional e intercorrências gravídicas. Os resultados revelam que a menor idade registrada é 12 anos, e o maior percentual está na faixa entre 21 e 30 anos. Em relação ao tipo de parto, constata-se que o vaginal ultrapassa 53%. Quanto ao estado nutricional, há prevalência de mulheres com sobrepeso (42,22%); ocorrências de gestantes com sobrepeso ou obesas revelam a necessidade de acompanhamento profissional. Entre as intercorrências gravídicas, 15,97% das gestantes apresentaram infecção do trato urinário. Além disso, compreende-se que a presença de grávidas menores de idade indica falta de investimentos governamentais em educação sexual.

**Palavras-chave:** Perfil. Materno. Pré-natal.

## **Abstract**

In this study, the objective is tracing obstetric profile of pregnant women assisted in a Family Health Center located in Sobral-CE. This is a retrospective, quantitative and descriptive research, with data taken from medical records of pregnant women assisted in 2014, 2015, 2016, and 2017. A total of 190 medical records were analyzed, based on information such as maternal age range, types of childbirth, education, marital status, nutritional status, and pregnancy complications. The results reveal that the lowest age recorded is 12 years, and the highest percentage is between 21 and 30 years. Regarding childbirth types, vaginal exceeds 53%. About nutritional status, there is a prevalence of overweight women (42.22%), occurrences of pregnant women overweight or obese reveal professional assistance need. Among pregnancy complications, 15.97% of the pregnant women had urinary tract infection. Furthermore, it is understood that underage pregnant women presence indicates lack of government investments in sex education.

**Keywords:** Profile. Maternal. Prenatal.

## **Resumen**

Este estudio tuvo el objetivo de definir el perfil obstétrico de gestantes atendidas en un Centro de Salud de la Familia ubicado en Sobral-CE. Se trata de una investigación retrospectiva, cuantitativa y descriptiva con datos obtenidos de los expedientes de gestantes atendidas en los años 2014, 2015, 2016 y 2017. Se analizó un total de 190 expedientes, a partir de informaciones como rango de edad de la madre, tipo de parto, escolaridad, estado civil, estado nutricional y complicaciones en el embarazo. Los resultados revelan que la menor edad registrada es de 12 años y el porcentaje más grande está en el rango de 21 a 30 años. Respecto al tipo de parto, se pudo constatar

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Inta — UNINTA. Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica do UNINTA. E-mail: myresearchbio@gmail.com.

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Inta — UNINTA. E-mail: ecobio@zipmail.com.br.

que el vaginal pasa el 53%. Sobre el estado de nutrición, se constata prevalencia de mujeres con sobrepeso (42,22%); la existencia de mujeres con sobrepeso u obesas revela la necesidad de seguimiento profesional. Entre los problemas durante el embarazo, 15,97% de las gestantes presentaron infección en el tracto urinario. Además, entiéndese que la presencia de embarazadas menores de edad indica carencia de inversión pública en educación sexual.

**Palabras-clave:** Perfil. Materno. Prenatal.

## 1 Introdução

O período gestacional é complexo e singular, envolve diversas mudanças biológicas, psicológicas, sociais, culturais, e os cuidados pré-natais são necessários para haver um adequado acompanhamento (CARVALHO *et al.*, 2011).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser considerada parte de uma experiência de vida saudável da mulher. Em contrapartida, o parto é um processo abrupto, caracterizado por mudanças rápidas (CHIATTONE, 2009). A mulher o teme como algo desconhecido, doloroso e como momento inaugural de concretude da relação mãe-filho; além disto, teme o papel de mãe, por conta da mistificação e da idealização em torno dele.

O conhecimento sobre as características obstétricas de parturientes em determinado local e período é fundamental para a elaboração de indicadores demográficos e epidemiológicos representativos da realidade da comunidade, para planejamento e implementação de estratégias efetivas de melhorias das condições de saúde (SILVA; PELLOSO, 2009).

O acompanhamento à mulher no ciclo gravídico deve ser realizado com o objetivo de garantir o bem-estar ao binômio mãe-filho. Para acompanhamento efetivo nas diferentes fases no período gestacional, destaca-se o pré-natal (CARVALHO *et al.*, 2011).

Tendo em vista contribuir para o conhecimento da realidade das características obstétricas, a fim de subsidiar a melhoria da saúde pública, esta pesquisa objetivou traçar o perfil obstétrico e sociodemográfico de gestantes assistidas em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado em Sobral-CE.

## 2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, quantitativo, descritivo, retrospectivo, com análise documental. A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família, situado no município de Sobral-CE, fundado em 2014, na Cohab III. O centro oferece atendimentos à cerca de 9 mil pessoas, com uma equipe de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os sujeitos da pesquisa foram as gestantes (numa amostragem de 190, n=190) que realizaram o pré-natal no referido centro, cujas fichas de acompanhamento e/ou prontuários datassem de 2014, 2015, 2016 e 2017. Foram excluídas as fichas e/ou prontuários de outros anos.

As variáveis analisadas foram aquelas que permitissem traçar um perfil obstétrico e sociodemográfico: idade materna, tipo de parto, estado civil, escolaridade, estado nutricional, intercorrências gravídicas.

Para o estado nutricional foi calculado o IMC (Índice de Massa Corporal) de cada gestante. O IMC pré-gestacional foi a variável classificatória dos quatro grupos de estudo, a saber: gestantes eutróficas, desnutridas (baixo peso), com sobrepeso e obesas. Segundo o *Institute of Medicine* (IOM), a faixa de normalidade do IMC, que caracteriza eutrofia, corresponde a valores entre 19,8 e 25,9 kg/m<sup>2</sup>; IMC < 19,8 kg/m<sup>2</sup> caracteriza desnutrição; IMC entre 26 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> define sobrepeso; a partir de ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, obesidade.

Os dados foram coletados a partir das fichas e dos prontuários de acompanhamento das gestantes atendidas no Centro. Esses documentos estão arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram analisados no *Microsoft Excel*, por meio do qual se produziram tabelas com frequências absolutas e relativas.

O presente trabalho foi submetido ao comitê de ética local, aprovado pelo parecer n.º 1.450.341, e preservou o anonimato, conforme as recomendações da Portaria do Conselho Nacional de Saúde/MS–CNS, Resolução n.º 466/12, segundo os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

### 3 Resultados

A Tabela 1 mostra a distribuição etária das gestantes atendidas. Percebe-se o predomínio da faixa etária entre 21 e 30 anos durante o período investigado

**Tabela 1:** Distribuição da faixa etária de gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

Faixa Etária	n	%
13-20	49	25,78
21-30	79	41,57
31-40	58	30,52
Dados ignorados*	4	2,13

\*fichas/prontuários nos quais a variável não estava clara.

Na Tabela 2 estão os resultados referentes aos tipos de parto realizados no CSF. Observa-se a proximidade entre os valores do parto vaginal e do cesário.

**Tabela 2:** Tipo de parto em gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

<b>Tipo de Parto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vaginal	91	53,52
Cesária	79	46,48

A Tabela 3 apresenta a escolaridade das gestantes atendidas. Os maiores percentuais estiveram no ensino fundamental.

**Tabela 3:** Nível de escolaridade entre gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental	61	32,10
Ensino Médio	66	34,73
Ensino Superior	55	28,94
Dados ignorados*	8	4,23

\*fichas/prontuários nos quais a variável não estava clara.

A Tabela 4 contém informações sobre o estado civil das gestantes. Percebe-se que os maiores percentuais estiveram na categoria casada.

**Tabela 4:** Estado civil de gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteira	39	20,52
União Estável	63	33,15
Casada	81	42,63
Dados ignorados*	7	3,70

\*fichas/prontuários nos quais a variável não estava clara.

Na Tabela 5 estão os dados sobre o estado nutricional das gestantes que realizaram seu pré-natal no referido CSF. Note que houve prevalência de mulheres em sobrepeso.

**Tabela 5:** Estado nutricional materno de gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

<b>Estado nutricional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo peso	1	0,57
Eutrófica	70	38,88
Sobrepeso	76	42,22
Obesidade	33	18,33

Na Tabela 6 estão as informações referentes às intercorrências gravídicas entre as gestantes do CSF. As infecções do trato urinário prevaleceram.

**Tabela 6:** Intercorrências gravídicas registradas em gestantes atendidas em um CSF da cidade de Sobral/CE (no período de 2014 a 2017)

<b>Intercorrência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Infecção no Trato Urinário	54	15,97
Cirurgia Pélvica Uterina	26	7,69
Infertilidade	51	15,08
Hipertensão Arterial	32	9,46
Diabetes	30	8,87
Outros	60	17,75
Sem intercorrência	85	25,18

#### 4 Discussão

O presente estudo registrou ocorrência de gestante menores de idade, a partir dos 13 anos (Tabela 1). A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, devido às consequências biológicas e sociais para a mãe e o recém-nascido, tais como: abandono escolar e do trabalho, com queda no orçamento familiar e dependência econômica dos pais; risco derivado da não realização de um pré-natal adequado, por ausência de serviços qualificados ou por ocultação da gravidez pela adolescente; rejeição familiar e do parceiro; discriminação social e afastamento dos grupos de convivência, o que interfere na estabilidade emocional da adolescente (SILVA *et al.*, 2012). Conforme a Tabela 1, 25,78% do total das gestantes pesquisadas é composto por jovens de até 20 anos.

A ocorrência de morbimortalidade na infância é alta em países pouco desenvolvidos, mas principalmente entre nascidos de mães adolescentes. Isto, associado a uma situação socioeconômica desfavorável, à falta de apoio na gestação, de informações adequadas sobre a

alimentação e amamentação, sobre imunização infantil, geram impactos prejudiciais ao desenvolvimento da criança, bem como à saúde pública, além de limitações pessoais, sociais e profissionais à gestante (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

As condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança, dentre as quais a idade materna é muito influente. A gravidez na adolescência e em idades avançadas, em relação ao período reprodutivo, requer maior preocupação e atenção em função das possíveis consequências tanto sobre a saúde materna quanto sobre os indicadores de saúde do recém-nascido, ou seja, sobre as condições perinatais (ROMERO; SIMÃO; SOUZA, 2010). Apesar das controvérsias a respeito do que o fator idade pode provocar isoladamente, sua interferência sobre a gestação é reconhecida (ROMERO; SIMÃO; SOUZA, 2010).

Alguns autores afirmam que a gravidez na adolescência é comumente referida como a que ocorre antes dos 20 anos. Pacientes com idade inferior a 16 anos são consideradas adolescentes precoces; entre 16 e 19 anos e 364 dias, classificadas como adolescentes tardias. No Brasil, há um aumento da incidência da gravidez na faixa etária correspondente à adolescência, com números que vão de 14% a 22% (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

Ainda em relação à Tabela 1, mulheres em idade avançada (acima de 40 anos) foram registradas em alguns anos investigados. Dentre os motivos que explicam essa tendência crescente à gestação em idades mais avançadas, destacam-se o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, o efetivo controle da natalidade, os avanços da reprodução artificial ou assistida, os avanços na atenção à saúde voltada à maternidade em idades extremas, o casamento adiado, e as taxas de divórcios seguidas por novas uniões (CASY; MCINTIRE; LEVENO, 2001).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1958, definiu como gestante idosa aquela com idade superior a 35 anos. Atualmente, tais gestações são denominadas tardias, e as gestantes com idade superior a 45 anos são consideradas com idade materna muito avançada (SALIHU *et al.*, 2008).

Durante as últimas três décadas houve tendência ao adiamento da maternidade, por decisão das mulheres. Fatores como a estabilidade profissional, o anseio pela educação, o aumento da expectativa de vida, da liberação e divulgação de métodos anticoncepcionais, bem como a inserção da mulher no mercado de trabalho, e a industrialização, contribuíram para tanto (PINTO, 2008). Conseqüentemente, o número de gestações tardias aumentou em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003).

Um dos indicadores que avalia a qualidade do cuidado obstétrico é a taxa de partos cesarianos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que uma prevalência de parto

cesáreo maior que 15% é injustificável (FREITAS *et al.*, 2005). Em emergências, a cesárea é a única solução satisfatória, como nos casos de descolamento prematuro da placenta, quando esta se desprende do útero antes do nascimento do bebê, isto é, nas situações de placenta prévia e de sofrimento fetal agudo (FREITAS *et al.*, 2005). Percebe-se, no presente estudo (Tabela 2), que essa realidade se encontra distante do estipulado pela OMS, ao se observarem as taxas de partos cesarianos englobarem 46,48% das gestantes.

A OMS sinaliza ainda que as taxas de cesarianas no Brasil estão entre as mais altas do mundo, o que se observa nesta pesquisa. Destaca-se que o parto operatório aumenta o risco de morbidade e mortalidade maternas e perinatal (FREITAS *et al.*, 2005). Isto corrobora os dados da OMS em relação às altas taxas brasileiras desse tipo de parto.

É necessário rever as condutas relacionadas ao parto, de modo que sejam abolidos os procedimentos intervencionistas, em razão dos maus-tratos ao binômio mãe-bebê, provocados por práticas invasivas (SILVEIRA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2004).

Os altos valores de partos cesarianos reafirmam o uso abusivo da tecnologia em procedimentos desnecessários, a precariedade na qualidade da assistência pré-natal e de parto, assim como a deficiência na formação e na qualificação dos profissionais<sup>(3)</sup>. Tais práticas podem estar associadas ao advento da medicalização da assistência obstétrica, ao aprimoramento de tecnologias, ao aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, além dos fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado, visto que a dor é temida pela maioria das mulheres (ALDRIGHI *et al.*, 2012).

Entende-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável. É fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, para preparação dos pais, e para aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento. Embora a obstetrícia recomende a humanização no parto, não existe a mesma atenção quanto ao puerpério (SILVEIRA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2004).

O índice de escolaridade materna também é decisivo para traçar o perfil obstétrico e sociodemográfico das gestantes, influencia diretamente no tipo de parto escolhido e na quantidade de consultas pré-natal realizadas. Segundo Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), as mães com maior grau de instrução têm chance duas vezes maior de recorrer a mais do que seis consultas no pré-natal, e precocemente, por darem mais importância e/ou terem mais acesso ao acompanhamento médico em sua gestação.

Nesta pesquisa, nota-se que a maioria das gestantes possui o ensino médio (34,73%), conforme Tabela 3. Os resultados deste estudo estão de acordo com uma pesquisa realizada por

Belarmino *et al.* (2009), na qual 52,5% das gestantes haviam chegado ao ensino médio, mesmo que algumas o tivessem abandonado ou estivessem cursando.

O baixo nível de escolaridade é considerado um fator de risco para a gravidez, diretamente relacionado a problemas de saúde pública, como gravidez na adolescência, abortos, excesso de partos cesarianos e falta de incentivo para aleitamento materno exclusivo. Além disso, segundo estudos realizados por Rouquayrol *et al.* (1996), a prevalência do pré-natal entre as gestantes que sabem ler pelo menos uma mensagem simples foi três vezes maior que entre as analfabetas, o que representa um risco atribuível bastante superior para a variável pré-natal.

Sobre a distribuição das gestantes quanto ao estado civil, a maioria está em um relacionamento, união estável (33,15%) ou casamento (42,63%), conforme visto na Tabela 4. A importância de analisar esse dado vem da influência que a relação do casal tem sobre a autoestima da mulher, logo, o olhar do homem pode amenizar o desconforto ou a insegurança dela em relação a sua própria imagem (MARIN, 2011).

Esses dados se contrapõem a estudos realizados por Furlan (2003), cuja amostra é em sua maioria constituída por gestantes solteiras. No presente estudo, apenas 20,52% das grávidas são mães solteiras (FURLAN, 2003).

Em relação à Tabela 5, sobre o estado nutricional materno, complicações gestacionais, com desfechos desfavoráveis para mães e filhos, também são associadas tanto ao ganho de peso gestacional insuficiente, quanto excessivo. Ademais, além de maior risco de complicações perinatais, a inadequação nutricional no período fetal associa-se, também, a enfermidades na vida adulta (ZADIK, 2003).

Há uma taxa mais alta de gestantes que iniciaram sua gestação com sobrepeso (42,22%). Evidencia-se nisto a importância do cuidado nutricional não apenas durante o pré-natal, mas na atenção à saúde integral da mulher em idade fértil, nos períodos anterior e posterior à gravidez. Um dos objetivos deve visar o estado nutricional adequado para que, ao engravidar, a mulher esteja com peso esperado para a estatura. E, após o parto, receba acompanhamento para prevenção da retenção de peso pós-parto, especialmente porque dados recentes evidenciam que o excesso de peso afeta cerca de metade das mulheres brasileiras (IBGE, 2010).

Recém-nascidos com baixo peso têm maiores taxas de morbidade e mortalidade infantil, decorrentes de doenças infecciosas e desnutrição; são mais propensos a apresentar inadequado crescimento e desenvolvimento, e têm maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão na vida adulta (GALISA, 2008).

Foi observado, na Tabela 5, que houve (0,57%) gestante em situação de baixo peso no início da gestação. Segundo a literatura, deve-se atentar aos tabus alimentares e às crendices,



às dietas de restrição mal orientadas, aos vômitos incoercíveis, à psicose gravídica e às más condições econômicas, pois, muitas vezes, esses fatores podem ser causas da desnutrição da gestante (BRUNO; FELIX; SALADO, 2009).

Em relação às gestantes em situação de obesidade, detectou-se um total de 18,33% delas. Isto mostra a importância do nutricionista na composição da equipe multidisciplinar para orientar adequadamente às gestantes em relação ao ganho de peso. Pois, além dos cuidados médicos, o acompanhamento e o monitoramento nutricional estão diretamente relacionados à saúde do feto (CNATTINGIUS *et al.*, 1998).

Durante as últimas décadas, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, inclusive durante a gravidez, que passou a ser considerada um fator de risco para a obesidade (NUCCI *et al.*, 2001; OLIVEIRA; LEMOS, 2010).

Os efeitos negativos da obesidade na reprodução humana são amplamente discutidos: atraso para concepção espontânea, maior prevalência de infertilidade feminina e masculina, de abortos naturais, pior resposta aos tratamentos de infertilidade, além da maior predisposição a complicações obstétricas e à síndrome dos ovários policísticos (SOP). A SOP é uma causa comum de infertilidade por fator ovulatório, acomete de 5% a 7% das mulheres, com frequente associação com índice de massa corpórea  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso ou obesidade) (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Entre as intercorrências gravídicas, conforme visto na Tabela 6, a hipertensão arterial foi verificada em 9,46% das gestantes. A hipertensão arterial gestacional é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico, com incidência em 6% a 30% das gestantes, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. A etiologia ainda é desconhecida. Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver Síndrome Hipertensiva Gestacional, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra (BIANCO *et al.*, 1998).

Verifica-se ainda um percentual de 8,87% de gestantes com diabetes, cada vez maior em gestantes em idade fértil. A hiperinsulinemia fetal, que resulta do diabetes materno, é um fator importante no crescimento fetal excessivo. Filhos hiperinsulinêmicos de mães diabéticas possuem um risco aumentado de hipoglicemia após o parto (EHRENBERG; MERCER; CATALANO, 2004; NOLD; GEORGIEFF, 2004). Outras complicações neonatais relacionadas à diabetes são a hiperbilirrubinemia, a hipocalcemia, o retardo de crescimento intrauterino, a policitemia e a síndrome de angústia respiratória (NOLD; GEORGIEFF, 2004).

Na Tabela 6, 15,97% das gestantes apresentavam vários fatores que tornam a infecção do trato urinário (ITU) uma relevante complicação do período gestacional, com agravamento do prognóstico materno (PETITT *et al.*, 1985; CONDE-AGUDELO; VILLAR; LINDHEIMER, 2008) e do perinatal (SCHIEVE *et al.*, 1994). Preocupação adicional para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal dessas mulheres é a incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, justamente nesse período, diante de um arsenal terapêutico antimicrobiano e de possibilidades profiláticas restritas, por conta da toxicidade de alguns fármacos para o produto conceptual (embrião/feto e placenta). Por tais motivos, o diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, de maneira que se evite comprometer o prognóstico materno e gestacional (DUARTE *et al.*, 2006).

## 5 Conclusões

As informações obtidas nesta investigação poderão contribuir para as políticas de saúde pública direcionada ao grupo da população estudada. Chama atenção a elevada prevalência de cesariana encontrada neste estudo. O índice é preocupante e alerta para a necessidade de intervenção por parte de gestores e profissionais de saúde.

Também são alarmantes os achados em relação à idade materna, quando revelam a ocorrência de gestação precoce (12 anos) atualmente, evidência da falta de investimentos governamentais em educação sexual. Em relação ao estado nutricional, os percentuais de gestantes com sobrepeso ou obesas indicam a necessidade de mais assistência profissional em relação a essa variável.

## Referências

ALDRIGHI, J. D. *et al.* Perfil obstétrico de puérperas internadas no alojamento conjunto de um hospital universitário. *In: SIMPÓSIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO*, 16., 2012, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria, 2012.

ASSIS, T.; VIANA, F.; RASSI, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008. Doi: 10.1590/S0066-782X2008001300002.

BELARMINO, G. O. *et al.* Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 169-175, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200009>.

BIANCO, A. T. *et al.* Pregnancy outcome and weight gain recommendations for the morbidly obese woman. **Obstetrics and gynecology**, New York, v. 91, n. 1, p. 97-102, 1998. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00545-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00545-0).

BRUNO, I. R.; FELIX, R. C.; SALADO, G. A. Relação da condição socioeconômica de gestantes e seus hábitos alimentares e possível influência no peso ao nascer. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA*, 6., 2009, [S.l.]. **Anais...** Centro Universitário de Maringá, 2009.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012. DOI: 10.1590/S1414-81452012000100009.

CARVALHO, I. A. *et al.* Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1973-1982, 2011. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201413.

CASY, B. M.; MCINTIRE, D. D.; LEVENO, K. J. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. **New England Journal Medicine**, Waltham, v. 344, n. 7, p. 467-71, 2001. DOI: 10.1056/NEJM200102153440701.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. *In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning, 2009. p. 73-158.

CNATTINGIUS, S. *et al.* Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. **New England Journal Medicine**, Waltham, v. 338, p. 147-52, 1998. DOI: 10.1056/NEJM199801153380302.

CONDE-AGUDELO, A.; VILLAR, J.; LINDHEIMER, M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. **American Journal Obstetrics Gynecology**, [s.l.], v. 198, n. 1, p. 7-22, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.07.040>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937807009192>. Acesso em: 4 mai. 2021.

DUARTE, G. *et al.* Infecções gênero–urinárias na gravidez. *In: ALVES FILHO, N. et al. (eds.). Perinatologia básica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 129-41.

EHRENBERG, H. M.; MERCER, B. M.; CATALANO, P. M. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. **American Journal Obstetrics Gynecology**, [s.l.], v. 191, n. 3, p. 964-8, 2004. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.05.052.

FRANCISQUETI, F. V. *et al.* Estado nutricional materno na gravidez e sua influência no crescimento fetal. **Revista Simbio-Logias**, Botucatu, v. 5, n. 7, p. 74-86, dez. 2012. ISSN 1983-3253.

FREITAS, P. F. *et al.* Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000500010.

FURLAN, J. P. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 625-639, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000900002>.

GALISA, M. **Nutrição conceitos e aplicações**. São Paulo: M. Books, 2008.

Haidar, H. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1027-29, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400037>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9050-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html?edicao=9051&t=sobre>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MAGALHÃES, M. C.; CARVALHO, M. S. Atenção hospitalar e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 329-37, 2003. Doi: 10.1590/S1519-38292003000300012.

MAGALHÃES, M. L. C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferenças nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 8, p. 446-52, 2006. DOI: 10.1590/S0100-72032006000800002.

MARIN, A. L. *et al.* A constituição da maternidade em gestantes solteiras. **PSICO**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 246-54, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25529806.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2021.

NOLD, J. L.; GEORGIEFF, M. K. Infants of diabetic mothers. **Pediatric Clinical North American**, [s.l.], v. 51, n. 3, p. 619-37, 2004. DOI: 10.1016/j.pcl.2004.01.003.

NUCCI, L. B. *et al.* Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 367-74, 2001. Doi: 10.1590/S0101-311X2001000600007.

OLIVEIRA, F. R.; LEMOS, C. N. C. D. Obesidade e reprodução. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 245-249, mai. 2010. ISSN 0100-7254. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a004.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2021.

PADUA, K. S. *et al.* Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2010. Doi: 10.1590/S0034-89102010000100008.

PETITT, D. J. *et al.* Gestational diabetes mellitus and impaired glucose tolerance during pregnancy. Long-term effects on obesity and glucose tolerance in the offspring. **Diabetes**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 119-22, 1985. Suplemento. DOI: 10.2337/diab.34.2.s119.

PINTO, M. S. A. P. **Avaliação dos recém-nascidos a termo com índice de Apgar baixo de um hospital geral terciário, público e de ensino no Ceará, em 2005**. 2008. 55 f.

Dissertação (Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 2008.

RIZVI, S. Maternal risk factors associated with low birth weight in Karachi: a case-control study. **Eastern Mediterranean Health Journal**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 1343-1352, 2007.

Disponível em:

[mhttps://applications.emro.who.int/emhj/1306/13\\_6\\_2007\\_1343\\_1352.pdf?ua=1](https://applications.emro.who.int/emhj/1306/13_6_2007_1343_1352.pdf?ua=1). Acesso em: 4 mai. 2021.

ROMERO, J. A.; SIMÃO, A. B.; SOUZA, I. M. Resultados perinatais de nascidos vivos de mães adolescentes e adultas: uma análise exploratória do município de Belo-Horizonte. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 14., 2010, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ROUQUAYROL, M. L. *et al.* Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo caso-controle. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 72, n. 6, p. 374-378, 1996. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/96-72-06-374/port.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SALIHU, H. M. *et al.* Advanced maternal age and risk of antepartum and intrapartum stillbirth. **Journal Obstetrics Gynaecology**, [s.l.], v. 34, p. 843-50, 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00855.x>. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1447-0756.2008.00855.x>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SCHIEVE, L. A. *et al.* Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. **American Journal Public Health**, [s.l.], v. 84, n. 3, p. 405-10, 1994. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.84.3.405>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SILVA, F. N. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 1166-1178, 2012.

DOI: 10.18673/qs.v3i3.23067. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555786>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009. Doi: 10.1590/S0080-62342009000100012.

SILVEIRA, I. P.; OLIVEIRA, M. I. V.; FERNANDES, A. F. C. Perfil obstétrico de adolescentes de uma maternidade pública no Ceará. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 205-210, 2004. Doi: 10.1590/S1414-81452012000300009.

ZADIK, Z. Maternal nutrition, fetal weight, body composition and disease in later life.

**Journal Endocrinol Invest**, [s.l.], v. 26, p. 941-6, 2003. DOI: 10.1007/BF03345248.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14964450/>. Acesso em: 4 mai. 2021.