

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE MULHERES PARTICIPANTES DE GRUPOS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO DE COMUNIDADE CARENTE**SOCIAL-DEMOGRAPHIC PROFILE AND BIRTH OF WOMEN PARTICIPANTS OF INCENTIVE GROUPS TO BREASTFEEDING OF NEEDY COMMUNITY**Érika Ferreira da Costa¹, Rosa Aurea Quintella Fernandes²

Submetido: 10/02/2015

Aprovado: 22/05/2015

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres participantes de grupos de incentivo ao aleitamento materno de uma comunidade carente, no período de 2001-2012. **Método:** estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa das 498 fichas das integrantes dos grupos. **Resultados:** perfil sociodemográfico: 241 (48,39%) procedentes da região Nordeste, idade média de 23,66 anos (DP±6,07), 366 (73,49%) com companheiro, 235 (47,19%) com ≤ 7 anos de estudo, 180 (36,14%) desempregadas e 117 (23,49%) adolescentes, 271 (54,42%) compartilhavam o domicílio com 3,71 pessoas em média (DP±1,81). Renda Familiar média de R\$914,32 (DP±494,98). Os dados obstétricos evidenciaram: 230 (46,18%) de primíparas, 215 (43,17%) não faziam uso de método contraceptivo, 484 (97,19%) realizaram pré-natal, 188 (60,45%) parto normal e 263 (52,61%) não tiveram complicações no trabalho de parto ou pós-parto. As complicações principais foram infecção 7 (19,44%) e hipertensão 6 (16,67%). **Conclusão:** Nesta população há fatores de proteção para o AM, mas há aspectos que necessitam intervenções.

DESCRIPTORIOS: Aleitamento materno; Enfermagem obstétrica; Gestantes.

ABSTRACT

Objective: to identify the social-demographic profile and birth of women participants of incentive groups to breastfeeding of a needy community, during the period from 2001 to 2012. **Method:** retrospective study, with quantitative approach documentary 498 chips of members of groups. **Results:** social-demographic profile: 241 (48.39%) originating in the Northeast region, average age of 23.66 years (DP±6.07), 366 (73.49%) with mate, 235 (47.19%) with ≤ 7 years old of study, 180 (36.14%) unemployed and 117 (23.49%) teenagers, 271 (54.42%) shared domicile with 3.71 people (DP±1.81). Household income of R\$914,32 (DP±494.98). Obstetric data showed 230 (46.18%) of primiparous, 215 (43.17%) not made use of contraceptive method, 484 (97.19%) performed prenatal care, 188 (60.45%) normal childbirth, and 262 (52.61%) did not have complications in labor or postpartum. Major complications were infection 7 (19.44%) and hypertension 6 (16.67%). **Conclusion:** in this population there are protective factors to the AM, but there are aspects that require intervention.

DESCRIPTORS: Breast feeding; Obstetric Nursing; Pregnant women.

¹ Aluna de Iniciação Científica do Curso de Graduação em Enfermagem. PIBIC-CNPQ- Universidade Guarulhos

² Obstetriz. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos. Orientadora do Trabalho.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2000 identificou os problemas que mais afetavam o mundo e estabeleceu oito objetivos que devem ser atingidos até 2015 para modificar e melhorar as condições de vida dos povos. Um dos grandes problemas que emergiu foi a morte de crianças. Assim, foi estabelecido o Quarto Objetivo para o Desenvolvimento do Milênio que é a redução da mortalidade infantil¹.

As principais causas de morte são a falta de atenção adequada à gestação, ao parto, ao feto e ao bebê após o nascimento². A mortalidade infantil está associada também, às condições socioeconômicas dos pais, educação, renda familiar, acesso aos serviços de saúde, entre outras³.

Por outro lado, o declínio das mortes infantis está ligado a fatores como o aumento da cobertura vacinal e da assistência pré-natal, redução da fecundidade, aumento da escolaridade das mães e o aleitamento materno (AM)¹. Por isto, o apoio e incentivo ao AM, principalmente, o exclusivo deve ter início ainda na gestação e ter continuidade no pós-parto.

Apesar do AM trazer inúmeros benefícios para o bebê e para a mãe há vários fatores que podem interferir negativamente nesta prática e em sua manutenção, como a baixa escolaridade materna⁴, a pouca idade da mãe e a ocupação fora do lar³. As nutrizes referiram cansaço físico, sobrecarga emocional, desorientação e isolamento durante o período de amamentação. O apoio à mulher é fundamental para a continuidade do processo de aleitar e pode ocorrer por parte da família, amigos e profissionais de saúde⁷.

Envolver a família no cuidado à amamentação é essencial e constitui estratégia concreta para

abordar possíveis situações que estejam prejudicando o aprendizado e o estímulo ao aleitamento, a rede de apoio à mulher é extremamente importante para a manutenção do AM.

Os profissionais de saúde são responsáveis por dar apoio à mãe, retirar dúvidas, dar suporte e acolher a nutriz, para isto precisam de conhecimento sobre o manejo clínico da amamentação, e conhecer o perfil sociodemográfico para conduzir o aconselhamento⁷.

Para que o profissional possa orientar as gestantes sobre a importância do aleitamento precisa ele mesmo acreditar nos benefícios do leite materno para a saúde e desenvolvimento do bebê, é fundamental, ainda, que conheça os obstáculos que se interpõem para a mãe nesta tarefa para conseguir ajudá-la.

Há muitos tabus, crenças e desconhecimento que colocam em risco a continuidade do aleitamento e podem levar ao desmame precoce⁷. Os profissionais de saúde devem discutir estes aspectos com as futuras mães para poder empoderá-las e torná-las seguras quanto a esta prática.

Grupos de gestantes onde as mulheres podem discutir suas vivências, compartilhar suas histórias e tirar suas dúvidas, é considerado uma estratégia importante de apoio para que as futuras mães⁵, entre outras coisas, reconheçam a importância do AM e tomem a decisão de aderir a ele.

Assim, as iniciativas públicas ou de entidades privadas que buscam fortalecer o vínculo mãe-filho e incentivar o AM, principalmente, o exclusivo devem ser estimuladas e apoiadas.

Este estudo teve por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães que

participaram dos grupos de incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em uma comunidade carente, no período de 2001 a 2012. Espera-se com os resultados da pesquisa não só verificar se ocorreram alterações significativas no perfil das mães ao longo do tempo, mas, principalmente obter subsídios para redirecionar as ações desenvolvidas no programa, adequando-as ao perfil identificado.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa, desenvolvido com o banco de dados do Núcleo São Lucas de Atendimento à Saúde da Mulher e da Criança.

Todas as gestantes que participam dos grupos de orientação no Núcleo e depois os seus bebês, que são acompanhados durante seis meses em consultas de enfermagem, como parte da estratégia de incentivo ao AME, têm um prontuário do qual constam os dados sociodemográficos da mãe, sua história obstétrica progressiva, dados do pré-natal atual e dados do parto. Do prontuário do bebê constam dados de seu nascimento, peso, comprimento, Apgar e carteira de vacina.

Em cada consulta são registrados no prontuário dados sobre o Aleitamento Materno e sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Além disso, constam as orientações ministradas às mães de acordo com as necessidades cuidativas identificadas.

A população foi constituída por todos os prontuários das 498 mães que participaram dos grupos de gestantes no período de 2001 a 2012, tendo como critério de inclusão os prontuários das mães que tinham o registro dos dados sociodemográficos e obstétricos.

Trata-se de estudo derivado de um projeto primário e para a coleta dos dados foi acessado o banco de dados, elaborado na Pesquisa Primária, do qual constam os dados sociodemográficos e obstétricos das mulheres que foram transcritos para uma ficha de registro elaborada para este estudo. Os dados estão armazenados no programa EXCEL 2007. A análise estatística utilizou as frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

O projeto da pesquisa primária foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnG - CEP/UnG sob o nº 182/2010. Atendendo às normas das pesquisas em seres humanos (Resolução 466/12), sobre a confidencialidade, não houve identificação do nome das mães que constam nos prontuários, eles foram numerados em ordem crescente de acordo com a data de participação da mãe no grupo.

RESULTADOS
Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos das mulheres que compuseram a amostra 2001 a 2012. São Paulo 2013.

Variáveis	N	%	Média ± Desvio Padrão
Naturalidade (N=498)			
Nordeste	241	48,39	
Sudeste	188	37,75	
Centro-Oeste	06	1,20	
Norte	05	1,00	
Sul	05	1,00	
Não Informado	53	10,64	
Faixa Etária (N=498)			
13 a 18	117	23,49	23,66±6,07
19 a 24	178	35,74	
25 a 30	126	25,30	
31 a 35	53	10,64	
36 a 40	15	3,01	
>40	03	0,60	
Não Informado	06	1,20	
Estado Civil (N=498)			
Casada/União Consensual	366	73,49	
Solteira	116	23,29	
Separada/Divorciada	09	1,81	
Não Informado	07	1,41	
Escolaridade (N=498)			
Analfabeta	07	1,41	
Fundamental Incompleto	235	47,19	
Fundamental Completo	69	13,86	
Médio Incompleto	97	19,48	
Médio Completo	74	14,86	
Superior Incompleto	02	0,40	
Superior Completo	04	0,80	
Não Informado	10	2,01	
Ocupação (N=327)			
Desempregada	180	55,05	
Empregada	75	22,94	
Do Lar	72	22,02	
Renda Familiar em Salário (N=498)			
<1	230	46,18	914,32±494,98
1 a 2	144	28,92	
≥3	06	1,20	
Não informado	118	23,69	
Número de Pessoas Por Domicílio (N=498)			
1 a 2	150	30,12	3,71±1,81
3 a 5	271	54,42	
6 a 8	62	12,45	
≥9	09	1,81	
Não Informado	06	01	

*Salário Mínimo R\$ 678,00

O perfil sociodemográfico das mães cujos prontuários foram analisados está apresentado na Tabela 1 e pode ser assim delineado: 48,39% são procedentes da região Nordeste, têm idade média de 23,66 anos (DP 6,07), a maioria (73,49%) vive com o companheiro, 47,19% têm 7 anos ou mais

de estudo e 36,14% estavam desempregadas. O percentual de adolescentes foi de 23,49%. A maioria dos domicílios (54,42%) é compartilhada por 3 a 5 pessoas com média de 3,71(DP 1,81). A renda familiar média daqueles que forneceram esta informação foi de R\$ 914,32 (DP 494,98).

Tabela 2. Distribuição dos dados obstétricos das mulheres que compuseram a amostra de 2001 a 2012. São Paulo 2013.

Variáveis	N	%	Média ± Desvio Padrão
Número de Filhos (N=498)			
1	230	46,18	2,07±1,40
2 a 3	182	36,55	
4 a 5	64	12,85	
>6	14	2,81	
Óbito	01	0,20	
Não Informado	07	1,41	
Método Contraceptivo (N=498)			
Sim	197	39,56	
Não	215	43,17	
Não Informado	86	17,27	
Pré Natal (N=498)			
Sim	484	97,19	
Não	06	1,20	
Não Informado	08	1,61	
Tipo do Parto (n=311)			
Normal	188	60,45	
Cesárea	95	30,55	
Fórceps	28	9,00	
Complicações Durante o Parto (N=498)			
Sim	37	7,43	
Não	262	52,61	
Não informado	199	39,96	
Complicação Pós-Parto (N=498)			
Sim	36	7,23	
Não	263	52,81	
Não Informado	199	39,96	
Sexo (N=326)			
Feminino	164	50,31	
Masculino	162	49,69	
Peso do Bebê ao nascer	3.143g ± DP 622.88g		

Observa-se, na Tabela 2 que em relação ao número de filhos 46,18% das mulheres eram primíparas, 43,17% não faziam uso de nenhum tipo de método contraceptivo. A maioria delas

(97,19%) realizou o pré-natal e 60,45% dos partos foi normal, a maioria (52,61%) não teve complicações durante o trabalho de parto ou no pós-parto (52,81%). A média de peso do bebê ao nascer foi de 3,143g, sendo que 50,31% deles eram do sexo feminino.

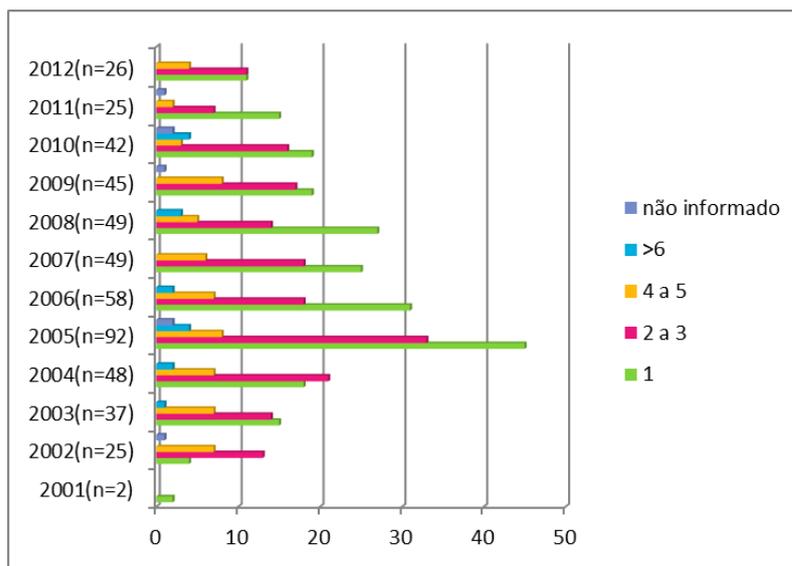


Figura 1. Distribuição das mães por número de filhos e ano de participação no programa 2001 a 2012. São Paulo, 2013.

Nota-se na Figura 1, que nos anos de 2002 e 2004 prevaleceram as mulheres com 2 e 3 filhos. Em todos os outros anos, menos 2012, preponderaram as mulheres com apenas um (1) filho.

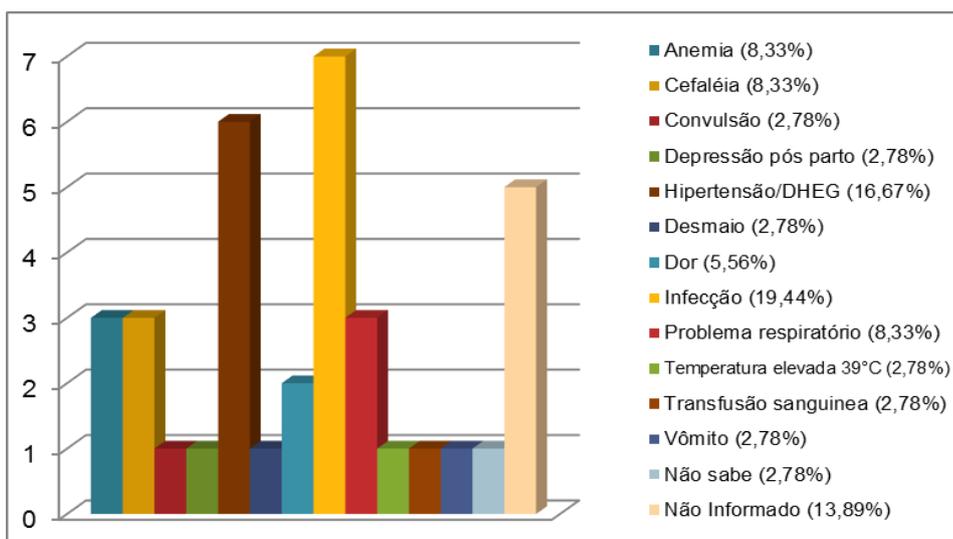


Figura 2. Complicações Pós Parto no período de 2001 a 2012. São Paulo, 2013.

Verifica-se, na Figura 2 que as complicações pós-parto com maiores percentuais de ocorrência foram a infecção (19,44%) e a hipertensão (16,67).

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo a realização do exame colpocitológico. São Paulo 2013.

Variável	N	%
Realização do exame (N=498)		
Realizou	342	68,67
Nunca Realizou	72	14,46
Não Informado	84	16,87
Tempo da Última Coleta em anos (N=342)		
≤1	10	2,92
2 a 3	84	24,56
>4	245	71,64
Não sabe	03	0,88
Resultado (N=342)		
Normal	174	50,88
Anormal	85	24,85
Não Sabe	61	17,84
Não Informado	22	6,43
Tratamento (N=85)		
Realizou	72	84,71
Não Realizou	02	2,35
Não Informado	11	12,94

DISCUSSÃO

O percentual de mulheres que migraram da região nordeste da federação (48,39%) é maior do que a referida no último censo do IBGE que apresenta um percentual de 35,4% de migração interna. São Paulo foi apontada como a região onde há mais pessoas que vieram de outras

regiões, seguida do Rio de Janeiro⁶. Nesta comunidade houve uma queda da migração da região Nordeste para São Paulo, uma vez que estudo realizado na mesma comunidade apontou que em 2009 o percentual de mulheres procedentes das regiões Norte e Nordeste foi de 56%.

A média de idade das mulheres encontrada é semelhante ao de outros estudos^{7,8} de caracterização do perfil de puérperas e de parturientes, nos quais as médias variaram de 23,9 a 24,88 anos o que caracteriza uma população jovem.

O percentual de adolescente identificado foi de 23,49%, percentual comparável a outros estudos. Em duas pesquisas^{12,13} desenvolvidas no nordeste do país, estes percentuais variaram de 34% a 20,9. Outras pesquisas realizadas no Rio de Janeiro encontraram 20% e 22% de adolescentes grávidas^{9,10}. Dados do Ministério da Saúde mostram queda de 20% de gravidez na adolescência, no período de 2003 a 2009.

Identificar o percentual de adolescentes grávidas é importante principalmente em projetos de incentivo ao AME, uma vez que alguns estudos consideram a pouca idade da mãe como um fator de risco para o desmame precoce^{16,12}. Pesquisa realizada na mesma comunidade identificou risco de desmame entre as mães adolescentes⁶.

Os dados analisados mostram que 73,49% das mulheres são casadas ou vivem em união consensual, resultado que se assemelha aos encontrados em outros estudos que apresentam percentuais de 80,0% e 79,1%^{6,12}. O fato de as mulheres terem companheiro é positivo para o aleitamento materno, uma vez que o apoio do pai tem contribuído para a manutenção do AM¹³.

Em relação à escolaridade 47,19% tinham ensino fundamental incompleto e 1,41% eram analfabetas. A baixa escolaridade materna é apontada também como um dos fatores de desmame precoce e baixa adesão ao pré-natal^{6,14}. Entretanto, há autores que não

identificaram esta associação em seus estudos^{20,15}.

A escolaridade pode ter refletido na ocupação exercida por essas mulheres, uma vez que 55,05% delas não tinham ocupação remunerada. Estudo¹³ com puérperas atendidas no SUS em Salvador-BA identificou percentual semelhante de mulheres que não tinham ocupação remunerada (55,7%) e considerou que este dado pode estar relacionado à baixa escolaridade encontrada no estudo.

A média de pessoas que compartilham o mesmo domicílio foi 3,71 pessoas, resultado que se assemelha a de outro estudo¹² que encontrou média de 4,7 de pessoas por domicílio. O fato de ter várias pessoas vivendo em conjunto pode representar uma forma de proteção ao AM se estas pessoas tiverem disponibilidade para auxiliar a mãe nas tarefas domésticas e apoiá-la em suas necessidades.

A média de salário mínimo encontrado foi de R\$ 914,32, sendo que 46,18% vivem com <1 salário mínimo, dado de estudo mostrou percentual bastante similar (46,3%)⁶. Este é outro dado importante a ser considerado na população em estudo e nas ações de apoio ao AM, uma vez que o baixo nível socioeconômico pode refletir negativamente no AM¹².

A Tabela 2 mostra que 46,18% das mulheres eram primigestas, resultado semelhante ao de outro estudo que mostrou percentual de 55,8% de primigestas¹². A primiparidade é considerada um fator de risco de interrupção do aleitamento materno, por outro lado elas são mais receptivas às orientações porque não passaram por experiência de fracasso no aleitamento materno

ou receberam informações equivocadas como as multiparas¹².

No que se refere ao uso de contraceptivos nota-se que 43,17% das mulheres não faziam uso de nenhum método contraceptivo. Estas mulheres ou não queriam fazer o controle da natalidade ou não estavam informadas sobre os cursos de planejamento familiar e a distribuição gratuita de contraceptivos pelo SUS. Estudo¹⁶ realizado no Rio de Janeiro mostrou que mesmo as mulheres que não tinham desejo de engravidar, não utilizavam nenhum método de controle da natalidade.

Quanto à realização do pré-natal observa-se que a maioria (97,17%) o realizou. Outros estudos^{12,26} encontraram resultados semelhantes, em um deles o percentual de gestantes que realizou o pré-natal foi 97,8% e em outro 98,0%. O ideal é que todas as mulheres tivessem acompanhamento durante a gestação. Entretanto, estudo²⁶. Realizado com mulheres em maternidade pública no Ceará verificou que mulheres com maior paridade tinham menor adesão ao pré-natal.

A atenção pré-natal tem como objetivo acolher a mulher do começo da gestação até o fim, dando suporte para conduzir uma gestação saudável, por meio de atividades educativas, identificação de riscos tanto para mãe quanto para o bebê, prevenção, redução ou mesmo eliminação de fatores de risco²⁵.

Neste estudo a maioria das mulheres (60,45%) teve parto normal, provavelmente por terem sido assistidas na rede pública. A realidade do percentual de partos normais na rede privada é bem diferente, uma vez que predominam os partos operatórios¹⁷.

No Brasil, as taxas de cesárea no serviço privado são muito superiores as da assistência

realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) No setor de saúde suplementar a taxa de cesarianas chega próximo de 80%, enquanto no SUS fica próxima de 30%²⁸.

A UNICEF¹⁸ em seu relatório sobre a infância 2011 destaca que no Brasil a taxa de cesarianas é muito elevada e continuam em um crescente, em 2000 o percentual era de 38,9% e passou para 46,5% em 2007. O parto operatório representa risco para a mãe, estudo associou a via do parto e complicações maternas identificando que cesáreas apresentaram mais riscos de complicações que partos via vaginal.

Quanto à variável sexo do bebê, 50,31% eram do sexo feminino, estudo realizado em hospitais no Recife e Pernambuco⁴ também encontraram porcentagem de 50,9% de crianças do sexo feminino.

No que se refere, neste estudo, ao peso das crianças ao nascer verificou-se peso médio de 3,143g. Estudos realizados no nordeste do país mostram que a maioria das crianças nasceu com 2.500 kg ou mais^{4,24}.

Os resultados sobre as complicações no pós-parto coincidem com os do MS que em relatório de 2013, coloca a infecção e a hipertensão entre as três primeiras causas de morte materna no Brasil. O relatório indica que as cinco primeiras causas de óbito materno são: hipertensão gestacional, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e aborto²⁰.

É importante ressaltar que apesar de 68,67% das mulheres (342) realizarem o exame de detecção precoce do câncer do colo do útero (colpocitológico), a maioria (71,64%) colheu o exame há mais de 4 anos, o que contraria a recomendação dos órgãos de saúde. Alguns artigos^{21,22}, apontam que apesar do Papanicolaou

constituir uma forma rápida e de baixo custo para prevenção do câncer do colo de útero, ainda há mulheres que nunca o realizou apesar de terem recebido informações sobre o exame, o que pode indicar receio frente ao exame, descaso da paciente, falha no rastreamento ou na forma de transmitir a informação

CONCLUSÕES

As mulheres que participaram dos grupos de gestantes e participaram desta pesquisa têm um perfil socioeconômico e de saúde que merece atenção no que se refere aos fatores de proteção ao aleitamento materno. O percentual de adolescentes, o baixo nível de escolaridade a baixa renda, entre outros achados indicam risco para o desmame precoce. Por outro lado, a rede familiar é um ponto positivo para o apoio e incentivo ao AME, se bem trabalhada pelos profissionais de saúde.

Alguns aspectos do perfil de saúde como o uso de preservativos e o exame de detecção precoce do câncer merecem atenção e indicam a necessidade de ações de intervenção para melhorar a saúde reprodutiva das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Os oito objetivos para o desenvolvimento do milênio. [acesso em 2015 nov 17]. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>
2. GNDH-Grupo Nacional de Direito Humanos. [acesso em 2015 out 10]. Disponível em: http://mpba.mp.br/atuação/saude/acoesinterativas/roteiro_de_atuação_atenção_perinatal_2012.pdf
3. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras:

um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad Saúde Pública. 2012; 28(11):2163-2176.

4. Narchi NZ, Fernandes RÁQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):87-94.

5. Hoga LAK, Reberte LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):559-566.

6. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Migração e deslocamento. [acesso em 2015 nov 05]. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/>

7. Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Almeida PC, Ximenes LB. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(3):345-351.

8. Rodrigues QP, Domingues PML, Nascimento ER. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(2):242-248.

9. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2010; 26(3):567-578.

10. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5):953-965.

11. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 2015 nov 05]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/4941->
12. Zapana PM, Oliveira MN de, Taddei JA de C. Factores de determinam a lactancia materna em ninõs matriculados em jardines Infantiles públicos y filatrópicas em São Paulo, Brasil. ALAN. 2010; 60(4):60-367.
13. Piazzalunga CRC, Lamounier JA. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2):133-141.
14. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação Normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. Rev Esc Enferm. USP 2011; 45(6):1293-1300.
15. Ramos VW, Ramos JW. Aleitamento Materno, desmame e fatores associados. CERES 2007; 2(1):43-50.
16. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPRUSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no estado do rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2):269-278.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria da vigilância em saúde. Mortalidade Materna no Brasil; 2013.
18. Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF). Alerta sobre o alto percentual de cesarianas no Brasil. [acesso em 2015 out 10]. Disponível em: http://www.unicef.org/brasil/pt/media_21237.htm
19. Junior LCM, Servrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC. et al. Associação entre via do parto e complicações maternas em hospital publico da Grande São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(1):124-132.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha e a Prevenção da Mortalidade Materna. [acesso em 2015 10 nov]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Zdw5gVJY_8EJ:portalses.saude.sc.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D7449%26Itemid%3D82+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
21. Batista RPB, Mastroeni MF. Fatores associados à baixa adesão ao exame colpocitológico em mães adolescentes. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):879-888.
22. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo de uterino durante o pré-natal. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(5):2501-2510.