



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Atención al planeamiento familiar y riesgo reproductivo evitable: estudio transversal

Camila Félix Américo¹, Alana Santos Monte², Ana Carolina Ribeiro Tamboril¹, Jacqueline Alves da Silva Alcântara¹, Escolástica Rejane Ferreira Moura¹

¹ Universidad Federal do Ceará

² Universidad Estadual do Ceará

RESUMEN

Objetivo: Conocer el perfil de mujeres asistidas en el planeamiento familiar y verificar la presencia de riesgos reproductivos. **Método:** Estudio analítico, transversal, realizado con 264 usuarias de servicios del planeamiento familiar del sistema público de salud de Fortaleza-CE, de marzo a junio de 2010. Los datos fueron recolectados por entrevista y sometidos al análisis estadística descriptiva. **Resultados:** Predominó el grupo de edad de 20 a 28 años (52,7%), compañero fijo (84,1%), enseñanza media (59,5%) y renta superior de un hasta tres salarios mínimos (42,4%). Prevalció el factor de riesgo reproductivo de embarazo en la adolescencia (36,0%), seguido por el intervalo gestacional menor que dos años (15,9%), multiparidad (más de cuatro partos) (6,4%) y gestación superior de los 35 años (3,0%). **Discusión:** Los hallazgos connotan la prevalencia elevada de riesgos reproductivos en mujeres asistidas en el planeamiento familiar. **Conclusión:** Factores de riesgo evitables deben constituir foco de la educación en la salud, para que parejas posean planear gestaciones sin riesgos.

Descriptor: Factores de Riesgo; Salud Reproductiva; Planeamiento Familiar.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC), lanzado en 2007 por el gobierno brasileño, procura aliar el crecimiento económico con el desarrollo y la equidad social, siendo la salud un de los campos de actuación fundamental del programa. En este sentido, el Programa Más Salud: Derecho de Todos, con perspectiva abarcadora, busca ahondar y actualizar los objetivos del Sistema Único de Salud (SUS), en un contexto contemporáneo, agregando nuevos desafíos y dimensiones para que los objetivos de universalidad, equidad y integralidad posean ser concretizados. El programa contempla 73 medidas y 165 metas y entre las medidas del eje promoción de la salud está la expansión de las acciones de planeamiento familiar⁽¹⁾.

En ese contexto de relevancia de la atención al planeamiento familiar, compete a los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), como conductoras de la atención básica en el SUS, asistir hombres, mujeres y/o parejas en esa área de cuidado, desarrollando espacios de discusión sobre la importancia de las elecciones conscientes cuanto a la maternidad y paternidad, abarcando aspectos culturales, socioeconómicos y de la salud reproductiva.

La oferta de servicios de planeamiento familiar se destaca en el eje de la promoción de la salud reproductiva, por minimizar inúmeros riesgos reproductivos. Con todo, en este artículo fueron abordados los riesgos: ocurrencia de partos en los extremos de la edad reproductiva (menos de 18 años o más de 35 años), intervalo interpartal menor que dos años y multiparidad (superior a cuatro partos), por constituyeren riesgos prevenibles por medio de la orientación y consejo en el campo del planeamiento familiar.

Las repercusiones negativas a la salud que podrán advenir de la presencia de los referidos

factores de riesgo reproductivo son discutidas en la literatura científica^(2,3,4). Las mujeres que conciben después de los 35 años de edad poseen mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y de generar conceptos prematuros o con bajo peso. La prematuridad también es más presente en intervalos gestacionales cortos (menos de dos años) y las múltiparas (superior a cuatro partos), por su vez, constituyen mayor riesgo de hemorragias cerebrovasculares^(3,4,5). Embarazadas adolescentes están expuestas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Además de la dimensión biológica, el mayor impacto envuelve la dimensión psicológica y socioeconómica, una vez que el embarazo en la adolescencia interfiere negativamente en el estilo de vida de las adolescentes y de sus familiares causando relacionamientos conflictivos⁽⁶⁾. Investigaciones científicas han mostrado relación entre intervalo interpartal corto (< 6 meses) y diversas alteraciones, incluyendo defectos del tubo neural, enfermedades cardíacas congénitas, nacimiento de bebés con bajo peso y anemia⁽⁷⁾.

Investigación de la abarcación nacional realizada en 2006, en 15 capitales brasileñas, identificó que 2.504 (14,0%) mujeres con hasta 19 años de edad posean, en el mínimo, un hijo vivo⁽⁸⁾. Otros riesgos reproductivos no fueron investigados en la referida investigación. Estudio realizado en el estado del Ceará con 279 usuarias de servicio de planeamiento familiar de 88 áreas registradas al ESF encontró 33 (13,9%) mujeres con histórico de más de cuatro partos, 151 (65,4%) con la edad del primero parto teniendo ocurrido entre 11 y 19 años, 04 (1,8%) tuvieron hijo después de los 35 años y 55 (36,2%) tuvieron intervalo interpartal menor que dos años⁽⁹⁾. Por lo tanto, los riesgos reproductivos aquí discutidos y pasibles de control con acciones de planeamiento familiar ofrecidas en la atención básica están presentes en la clientela asistida en los respectivos servicios.

Américo CF, Monte AS, Tamboril ACR, Alcântara JAS, Moura ERF. Attention to family planning and avoidable reproductive risk: a transversal study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 805-12. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4241>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134241>

En esta ocasión, se procedió el cuestionamiento: mujeres acompañadas en el planeamiento familiar en la atención básica de Fortaleza-CE están expuestas a riesgos reproductivos evitables? Para responder a esta cuestión se realizó este estudio objetivando analizar el perfil demográfico y socioeconómico de mujeres asistidas en el planeamiento familiar por los equipos del ESF y verificar la presencia de riesgos reproductivos evitables en el mismo grupo.

Se percibió, entonces, la relevancia de esa investigación que irá definir el perfil de las mujeres atendidas en los servicios del planeamiento familiar, pues una vez elaborado esos datos, ellos serán mucho útiles para alcanzar la mejoría de los servicios de salud a fin de atender la demanda, visto que serán apuntadas las conductas condecientes y no condecientes con prácticas evitables de riesgos reproductivos.

MÉTODO

Estudio analítico y transversal, de enfoque cuantitativo, realizado en siete Centros de Salud de la Familia (CSF) de Fortaleza, estado del Ceará, de marzo a julio de 2010.

La población fue compuesta por 841.481 Mujeres en Edad Fértil (MIF) del respectivo municipio. El parámetro de edad fértil utilizado fue el de 10 a 49 años, adoptado por el Ministerio de la Salud⁽¹⁰⁾. El "n" muestreo fue calculado por la fórmula para cálculo con poblaciones infinitas, siendo fijado nivel de confianza de 95%, erro muestreo de 5%, proporción P de 22,1%, se obteniendo n=264. El valor del P fue establecido con base en la Investigación Nacional de Demografía y Salud (PNDS)⁽⁸⁾.

El municipio de Fortaleza es dividido administrativamente en seis Secretarías Ejecutivas Regionales (SER). Para cada SER fue sorteado un CSF, de modo que la chance de usuarias de las

unidades básicas de salud de participar fuera la misma. En una de las SER fueron sorteados dos centros de salud, pues el primero centro sorteado presentó demanda insuficiente de mujeres.

Fueron excluidas las mujeres con acompañamiento en planeamiento familiar en servicio privado.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevista individualizada con las mujeres y registrados por la investigadora en el formulario orientador, paralelamente la entrevista. El formulario reunió preguntas sobre los aspectos demográficos y socioeconómicos (edad, condición de unión, escolaridad y renta familiar); y sobre los riesgos reproductivos: edad materna en los extremos de la fase reproductiva, intervalo interpartal menor que dos años y multiparidad (superior a cuatro partos).

Los datos fueron procesados por el *Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versión 13.0, y presentados en la tabla y el gráfico, conteniendo datos de estadística descriptiva.

El proyecto fue sometido al Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Federal del Ceará, obteniendo parecer favorable, bajo el nº 04/10. Fueron atendidas las exigencias de la Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de la Salud, que trata de la investigación envolviendo seres humanos. Las mujeres, después de ser informadas sobre los objetivos de la investigación, firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

RESULTADOS

Rasgos de las mujeres participantes

La edad de las mujeres cambia de 15 a 46 años, con media de 27,17± 6,3 años, se encontrando, pues, frecuentando los servicios de planeamiento familiar de la atención básica de

Fortaleza, mujeres en el inicio de la fase reproductiva (adolescentes en franca fase reproductiva), y mujeres iniciando la fase final de la vida reproductiva (después de los 35 años).

Tabla 1. Distribución del número de mujeres acompañadas en el servicio de planeamiento familiar en el SUS, conforme condiciones demográficas y socioeconómicas. Fortaleza-CE, 2010

Variables (n=264)	No.	%
Edad (en años completos) (27,17± 6,3)		
15 a 19	31	11,8
20 a 28	139	52,7
29 a 35	62	23,5
36 a 46	32	12
Condición de la unión		
Compañero fijo	222	84,1
Compañero eventual	42	15,9
Escolaridad		
Sin escolaridade	1	0,4
Enseñanza fundamental	99	37,4
Enseñanza media	159	59,5
Enseñanza superior	7	2,7
Renta familiar mensual (en sueldos mínimos*) (2,4 ±0,85)		
Sin renta	3	1,1
Bajo de 1	40	15,2
1	95	36
Más de 1 a 3	112	42,4
Más de 3 a 4	14	5,3

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

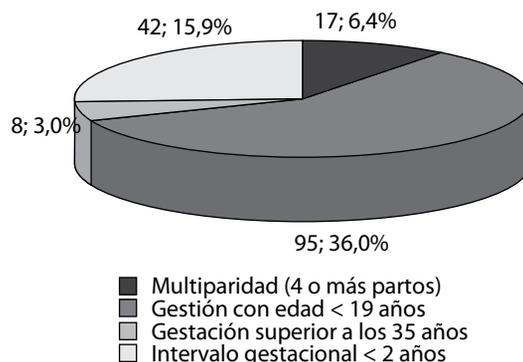
*Sueldo mínimo vigente - R\$ 510,00

El tipo de unión estable con compañeros fijo fue referido por 222 (84,1%) de las mujeres. Predominó la enseñanza media entre 159 (59,5%) mujeres. Las mujeres convivían con renta media de 2,4 sueldos mínimos (DP = ±0,85).

El Gráfico 1 presenta los riesgos reproductivos evitables a que las mujeres del estudio estaban expuestas. El porcentaje de mujeres que han parido en la adolescencia fue de 95 (36%) y a las que poseen edad avanzada para concebir perfez solamente ocho (4%) de las mujeres investigadas. La frecuencia de mujeres con historia de más de cuatro partos, lo que define la multiparidad como riesgo reproductivo,

correspondió a 17 (6%). Mayor valor, 42 (16%), fue encontrado para el intervalo gestacional menor que dos años.

Gráfico 1. Distribución del número de mujeres, segundo riesgos reproductivos evitables. Sistema Único de Salud de Fortaleza-CE, mar-jul, 2010



Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

DISCUSIÓN

El perfil de las mujeres investigadas se ha caracterizado por ser mayoritariamente jóvenes, predominando el grupo de edad de los 20 a los 28 años, correspondiendo a 139 (52,7%).

El número de mujeres cuya edad representó riesgo reproductivo correspondió a 63 (23,8%) de las entrevistadas, siendo 32 (12,0%) mujeres con más de 35 años y 31 (11,8%) adolescentes. Esas mujeres precisan de atendimento diferenciado en planeamiento familiar, debido a las particularidades que suscitan las fases de la adolescencia y del climaterio. Sin atención de planeamiento familiar eficaz en esas fases, la gestación podrá venir a ocurrir en edad que representa riesgo reproductivo.

Para las mujeres con más de 35 años, se recomienda el uso de métodos anticoncepcionales (MAC) de elevada eficacia como las hormonas (orales e inyectables) o dispositivo intrauterino (DIU), ambos debiendo tener la indicación acompañada por un profesional de la salud (médico

o enfermero). Las hormonas combinadas debe ser utilizadas bajo la supervisión después de los 35 años, pues colaboran para el aumento de los niveles presóricos con mayor acometimiento en esta fase de la vida. Si la mujer tiene más de 35 y es fumante (más de 15 cigarrillos por día) no debe usar anticoncepcionales hormonales combinados (oral o inyectable), pues aumentan los riesgos de enfermedades cardiovasculares, especialmente infarto del miocardio, cuando comparadas a las que no fuman. Los estudios también demostraron un aumento del riesgo del infarto del miocardio proporcional al número de cigarrillos fumados por día⁽¹¹⁾.

De modo general, las adolescentes pueden usar cualquier MAC, pues la edad en sí no constituye razón clínica que contraindique los MAC, la excepción del inyectable de progestágeno en menores de 18 años, una vez que puede ser responsable por el riesgo aumentado de osteoporosis en el climaterio^(11,12). Aspectos sociales y de comportamiento sexual también deben ser considerados en la elección de MAC en la adolescencia, como la exposición al riesgo mayor de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST), por ejemplo. Así, adolescentes pueden elegir cualquier método, pero en algunos casos puede ser más apropiado al uso de métodos que no requieren régimen diario. También se demostró que adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuidad del uso del MAC⁽¹²⁾.

La elección del MAC en la adolescencia también puede estar influenciada por los padrones de relaciones sexuales en ese grupo de edad, generalmente esporádicas, así como por la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Las adolescentes vivencian los cambios físicos, psicológicos y sociales. De este modo, los servicios de salud, principalmente la enfermería, pueden integralizar la asistencia a la

salud por medio de actividades de educación en salud y consejo relacionado a la salud sexual y reproductiva, los derechos y las responsabilidades de las adolescentes, insertando la familia en ese proceso educativo, con el intuito de colaborar en la tomada de decisión individual y colectiva⁽¹³⁾.

La condición de la unión monogámica, presumiblemente tenida en las uniones estables, así como en este estudio, también prevalece en el Brasil. La investigación de la condición de unión gana importancia en el contexto del planeamiento familiar, porque asuntos como planeamiento de la prole, con tomada de decisiones compartidas, abortamientos provocados, dentro de otros aspectos, pueden estar más presentes en las uniones estables, mereciendo enfoque profesional en consultas de planeamiento familiar⁽⁹⁾.

En términos de escolaridad, la mayor parte de la población femenina, en el Brasil, posee de 9 a 11 años de estudio (36,9%)⁽⁸⁾, resultado similar al encontrado en este estudio. La escolaridad amplia la capacidad de aprendizaje y de adopción a los comportamientos de vida saludable. Así, es pertinente que equipos de la ESF que asisten al planeamiento familiar identifiquen adolescentes y mujeres fuera de la escuela y dependan esfuerzos para su retorno a la estructura educacional disponible⁽¹⁴⁾.

La renta familiar analizada permite inferir constituir grupo de precaria condición socioeconómica, situación común a la mayoría de las usuarias del SUS y que necesita ser reflejada en la tomada de decisión cuanto al número de hijos.

Los factores de riesgo reproductivo menos presentes en el grupo estudiado fueron gestaciones superiores a los 35 años y multiparidad (más de cuatro partos). El embarazo en la adolescencia fue el factor de riesgo predominante, seguida por el intervalo gestacional menor que dos años. Con todo, esos son factores evitables, debiendo constituir foco de la educación en la

salud dirigido al planeamiento familiar, de modo que las parejas puedan planear las gestaciones para el grupo de edad que no representan riesgo reproductivo y que vengan a tener en el máximo cuatro gestaciones, con intervalos siempre superiores a dos años, evitando intercorrientes maternas y fetales.

El porcentual de adolescentes (36%) y de mujeres con más edad para concebir (4%) perfirió total de 103 (40,0 %). A fin de minimizar la ocurrencia de ese factor de riesgo, medidas gubernamentales son instituidas en los niveles federal, estatal y municipal, como oferta de servicio que asegure la elección libre de los MAC y ampliar el acceso a la información, a los medios y técnicas acerca del planeamiento familiar. El impacto de esas medidas tan tenido resultados favorables en la tasa de fecundidad en las últimas décadas. En 30 años, la media nacional de fecundidad decreció para 1,8 hijos⁽⁸⁾.

Investigación realizada en el estado del Ceará con usuarias de planeamiento familiar constató que 151 (66,8%) entrevistadas tuvieron parto en la adolescencia, siendo este el factor de riesgo gestacional más frecuente, corroborando resultado encontrado en este estudio⁽⁹⁾.

En muchos casos, el embarazo no planeado es interrumpido por aborto, frecuentemente practicado en pésimas condiciones higiénicas y técnicas, con riesgo de presentar serios agravios, pudiendo llevar hasta mismo al óbito materno. En este escenario, se hace necesario que el enfermero, durante las consultas de enfermería, refuerza la importancia del planeamiento familiar, orientando acerca del método elegido, de la salud sexual y reproductiva, forneciendo el método, encaminando para consulta médica (cuando necesario) y fijar el retorno⁽¹⁵⁾.

Con todo, por ser riesgos evitables, con medidas de promoción de la salud y de prevención primaria, posibles factores intervinientes deben ser investigados, como la renta familiar

baja (realidad vivenciada entre las investigadas), que conlleva dificultades de vivienda, alimentación, escuela y salud. Restricciones de ese tipo influyen negativamente en la calidad de vida de los miembros de la familia. Por lo tanto, la decisión consciente sobre tener o no hijos necesita ser facilitada por profesionales de la salud, que deben realizar diálogo en ambiente de confianza, proporcionando a la mujer o a la pareja soporte para que evalúen dificultades y encuentren formas realistas para lidiar con las limitaciones al planeamiento de la familia⁽⁹⁾.

Múltiparas (más de cuatro partos) que hicieron parto vaginal tienen mayor probabilidad de desarrollar etapas más avanzadas de cáncer en el cuello de útero y de presentar disminución de la función muscular del piso pélvico contribuyendo para la infección urinaria femenina^(16,17).

Intervalo gestacional menor que dos años puede generar complicaciones peri y posnatal, como prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal^(4,7). En este estudio, 42 (15,9%) mujeres embarazaron antes del último hijo completar dos años de edad. En esta condición, cabe a los proveedores de servicios de planeamiento familiar investigar el contexto en que ocurrió gestación, o sea, si ese corto intervalo gestacional fue por deseo urgente del embarazo o si decurso de falta de uso o del uso incorrecto del MAC o, aún, por el desconocimiento de que tal condición presenta riesgo reproductivo. Un intervalo gestacional menor que dos años repercute más allá de los riesgos biológicos; puede generar problemas familiares y sociales, en virtud de la extensión familiar en poco tiempo, careciendo muchas veces de un subsidio financiero, espacial y emocional.

Los hallazgos de este estudio connotan la prevalencia elevada de riesgos reproductivos en mujeres asistidas en el planeamiento familiar. Todavía, la baja prevalencia de esos es marcador importante de garantía de la cualidad de

los servicios de planeamiento familiar. Así, se debe reforzar entre gestores y profesionales de la salud a la importancia de la elaboración de acciones de educación en salud reproductiva, a fin de concientizar mujeres para asumir la corresponsabilidad en las decisiones reproductivas. Escientes de los riesgos reproductivos existentes, estas podrán, de forma consciente, planear cuando comenzar a tener hijos, cuando parar de tenerlos, el intervalo entre ellos y cuantos tener, reduciendo los riesgos a su salud y a del concepto.

CONCLUSIÓN

Las mujeres del estudio presentaron bajos niveles de escolaridad y renta, lo que puede hacerlas vulnerables a los riesgos reproductivos discutidos. Esas restricciones deben ser contornadas mediante comprometimiento de profesionales de los equipos del ESF que asisten en planeamiento familiar, mediante continua difusión del consejo en esa temática, a fin de proporcionar decisión familiar consciente, considerando limitaciones socioeconómicas presentes.

Los riesgos reproductivos encontrados en la muestra estudiada presentaron prevalencia elevada, con predominio del embarazo en la adolescencia (36,0%), seguido por el intervalo gestacional menor que dos años (15,9%), por la multiparidad (más de cuatro partos) (6,4%) y por la gestación superior a los 35 años de edad de la mujer (3,0%). Estos factores son evitables, debiendo constituir foco de la educación en la salud en las acciones de planeamiento familiar, de modo a proporcionar a las parejas el planeamiento de gestaciones sin riesgos.

Este estudio fue realizado en contexto municipal de una única metrópolis, por lo tanto, los hallazgos no pueden ser generalizados, pero utilizados para fines de comparación con datos

de estudios desarrollados en otros municipios y servicios. Sin embargo, para el escenario del estudio, há traído relevancia significativa en la medida en que determina la necesidad de /ou implementação da informação relativa à prevenção de riscos reprodutivos nas ações de planejamento familiar, o que deve ser oferecido em consultas individuais de enfermeiros e médicos, bem como em atividades educativas. Ademais, compete aos agentes comunitários de saúde divulgar estas informações por meio de visitas domiciliares, aspecto que deve ser previamente planejado e dialogado com a categoria.

CITAS

1. Ministério da Saúde . Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Nascimento Júnior HJ, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Esc Anna Nery Enf. 2009 June [cited 2013 Dec 03] 13(2): 319-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200012&lng=en.
3. Jung SY, Bae HJ, Park BJ, Yoon BW; Acute Brain Bleeding Analysis Study Group. Parity and risk of hemorrhagic strokes. Neurology. 2010; 74(18):1424-9.
4. Madeni FE, Horiuchi S, Jitsuzaki M. Reduction of maternal mortality rate in Tanzania: development of reproductive health awareness materials to prevent unwanted pregnancy to adolescent. Japão: St. Luke's College of Nursing; 2010.
5. Ferreira CL, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA, Maia EMC. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. Estud pesqui psicol [Internet]. 2012[cited 2013 Dec 03] 12(1):188-204. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100011&lng=pt&nrm=iso

6. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, Melo ASO. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev bras ginecol obstet.* 2009; 31(8):404-10.
7. Martelli DRB, Cruz KW, Barros LM, Silveira MF, Swerts MSO, Martelli Júnior H. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip- palate. *Braz j otorhinolaryngol.* 2010;76(1):107-12.
8. Ministério da Saúde . PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasília : Ministério da Saúde; 2009.
9. Moura ERF, Silva RM, Gomes AMA, Almeida PC, Evangelista DR. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. *Rev baiana saúde pública.* 2010; 34(1): 119-33.
10. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas. Brasília: Ministério da Saúde; 03 Ago 2012. 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de 2012.
11. Lemos ER, Moura ERF, Guedes TG, Nogueira PSF, Souza CBJ. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres assistidas em área distrital e fatores determinantes. *Rev APS.* 2011 out/dez; 14(4): 417-23.
12. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009.
13. Gurgel GI, Alves MDS, Ximenes LB, Vieira NFC, Beserra EP, Gubert FA. Revisão integrativa: prevenção da gravidez na adolescência e competências do enfermeiro para promoção da saúde. *Online braz j nurs* [online]. 2011 Sep/Dec [cited 2013 Dec 03] 10(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3586/1113>.
14. Andrade PR, Ribeiro CA, Ohara CVS. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev gaúch enferm.* 2009; 30(4):662-8.
15. Queiroz INB, Santos MCFC, Machado MFAS, Lopes MSV, Costa CCC. Planejamento Familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2010; 11(3):103-13.
16. Knorst Mr, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TI. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev bras fisioter.* 2012; 16(2): 102-7.
17. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC, Pinheiro AKB. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía. *Rev esc enferm USP* [online]. 2010[cited 2013 03] 44(4):912-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400008&lng=en&nrm=iso.

Recibido: 28/02/2013

Revisado: 14/10/2013

Aprobado: 22/10/2013