



**OBJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

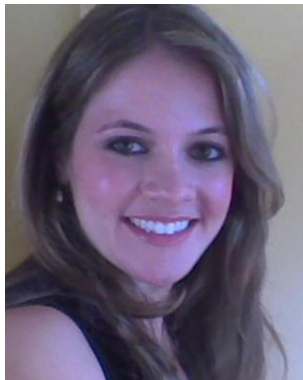
**Español**

Universidad Federal Fluminense

**uff**

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Salud sexual de embarazadas atendidas en una unidad básica de salud: estudio descriptivo

Ana Clara Patriota Chaves<sup>1</sup>, Maria Albertina Rocha Diógenes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Estadual do Ceará

<sup>2</sup>Universidad de Fortaleza

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la salud sexual de embarazadas, identificando los posibles factores de riesgo.

**Método:** Investigación exploratoria y descriptiva con 40 embarazadas, en una Unidad Básica de Salud de Quixadá-CE, en el período de diciembre/2011 a febrero/2012.

**Resultados:** Presentaron la edad media de 16 años para la iniciación sexual; 55% tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero. Los métodos contraceptivos utilizados antes de la gestación fueron el preservativo (60,0%) y anticoncepcional oral (57,5%). Durante la gestación, 75,0% no utilizaron el preservativo en las relaciones sexuales. Las principales quejas ginecológicas fueron el dolor pélvico (77,5%), disuria (70,0%) y la secreción vaginal (65,0%); 70,0% no había realizado el examen citopatológico en la gestación en curso.

**Discusión:** Las mujeres están empezando la vida sexual y embarazando de manera precoz sin tener informaciones y actitudes consistentes sobre la prevención de las ETS y a la importancia del examen citopatológico.

**Conclusión:** Las embarazadas presentaron factores de vulnerabilidad a las ETS que deben ser investigados y trabajados durante el prenatal.

**Descriptor:** Salud de la Mujer; Gestantes; Enfermedades de Transmisión Sexual; Atención Prenatal; Atención Primaria de Salud

## INTRODUCCIÓN

El período gestacional es una etapa de cambios fisiológicos y psicológicos del universo femenino. Hay una mezcla de sentimientos como alegría, satisfacción y deseo acompañados de otros, como miedo, inseguridad y angustia, los cuales causan impacto en la sexualidad y en el comportamiento sexual de las mujeres, exponiéndolas a los posibles riesgos. Otras alteraciones gestacionales como inmunidad baja, cambios anatómicos y hormonales también pueden contribuir para el curso de las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS). Tales enfermedades, a su vez, traen impactos para la salud materna y fetal y la transmisión puede ocurrir durante la gestación, en el transcurso del parto o después del parto<sup>(1)</sup>.

Las ETS, en ambos sexos, vuelve a los individuos más vulnerables al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), corroborando para una mayor mortalidad materna e infantil. Las ETS pueden llevar al dolor pélvico, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cáncer cervical, aborto espontáneo, parto prematuro, infecciones congénitas y prenatales, e infecciones puerperales, incurriendo en situaciones de riesgo durante el embarazo y el puerperio. Además, pueden afectar gravemente al feto, con posibilidades de muerte fetal, neonatal, o secuelas al nacer. Si estas enfermedades son tratadas precozmente, las consecuencias pueden ser minimizadas<sup>(2)</sup>.

Además, el número de mujeres con VIH ha sufrido aumento en los últimos años, observado por la razón entre el número de casos en hombres y el número de casos en mujeres. En 1989, la proporción de casos era de seis hombres para una mujer. Ya en 2009, llegó a 1,6 casos en hombres para 1 caso en mujer<sup>(3)</sup>.

Pero lo que ocurre con mayor frecuencia durante la realización del prenatal, es una preocupación mayor con enfermedades más comunes del período gestacional en detrimento de las ETS. Son raros los servicios de salud que proporcionan la evaluación ginecológica durante el prenatal. De modo general, el examen ginecológico ocurre sólo cuando hay quejas vaginales<sup>(4)</sup>.

También es necesario mantener en mente que la atención a la mujer embarazada debe ser integral, siendo, por tanto, de extrema importancia durante el prenatal el abordaje a la salud sexual, compartiendo nuevos conocimientos y habilidades para que ejercite su sexualidad de manera saludable.

Por lo tanto, es conveniente para el profesional de la salud comprender el comportamiento sexual de esas mujeres por medio del acompañamiento en consultas de prenatal mensuales, con el fin de prevenir las ETS en la gestación y complicaciones a ellas asociadas, así como promover el desarrollo de una sexualidad saludable.

Delante de ese contexto, es necesaria una investigación para evaluar la salud sexual de las gestantes y detectar comportamientos de riesgo o de vulnerabilidad que puedan impactar de modo negativo en la salud de la embarazada y del niño. Surge, entonces, la pregunta problema que orienta el estudio: ¿Cuáles son los aspectos de riesgo en la salud sexual de gestantes?

Así, los objetivos de la investigación pretenden identificar comportamientos sexuales de riesgo entre gestantes; conocer las principales quejas ginecológicas y; verificar la realización del examen citopatológico en el prenatal.

Esas particularidades proponen subsidios para que se realice nuevos abordajes e intervenciones, por medio de un equipo multidisciplinar que actúe efectivamente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades y propongan medios para que cada sujeto adquiera autonomía sobre su salud.

## **MÉTODO**

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo realizado en una Unidad Básica de Salud (UBS) de la zona rural del municipio de Quixadá-CE, Brasil, durante los meses de diciembre de 2011 a febrero de 2012.

En la referida UBS, son desarrolladas acciones del Programa de Salud de la Familia (PSF) por medio de un equipo compuesto por un médico, una enfermera, una técnica de

enfermería, tres auxiliares generales y nueve agentes comunitarios de la salud. Las consultas del prenatal son realizadas tanto por el médico como por la enfermera.

La población elegida fue aquella constituida por un total de 50 gestantes registradas y acompañadas en la Unidad Básica de Salud de la Familia – Várzea da Onça, área rural del municipio de Quixadá. Las participantes fueron seleccionadas por medio de la técnica del muestreo no probabilístico aleatoria por conveniencia, que consiste en componer la muestra con base en la facilidad del acceso a los participantes.

Fueron incluidas en la muestra aquellas que se encontraban en el período gestacional, registradas y acompañadas en la unidad, que habían realizado por lo menos una consulta de prenatal y que aceptaron participar de la investigación. Fueron excluidas mujeres gestantes que, a pesar de haberse registrado o empezado el prenatal en la unidad referente, habían cambiado de domicilio. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la población accesible fue compuesta por 40 gestantes.

Para la colecta de datos, se utilizó un formulario con preguntas cerradas referentes a las variables sociodemográficas, variables de interés sobre el comportamiento sexual y quejas ginecológicas, así como sobre la realización del examen citopatológico. El formulario fue aplicado durante la consulta del prenatal.

El análisis de datos fue desarrollada en el software estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 19.0. El análisis envolvió estadística descriptiva (frecuencia simple, media, mediana y desvío patrón), cruzamiento de variables y cálculo *Odds Ratio* (razón de chance). Los datos fueron puestos en tablas para mejor visualización y comprensión de los datos y, en seguida, fueron analizados con la literatura pertinente al tema.

La investigación se presentó de acuerdo con los principios éticos y legales de la Resolución 196/96<sup>(5)</sup>, siendo aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Estadual de Ceará, bajo el protocolo nº 11582654-8. Para participar de la investigación, todas las gestantes fueron informadas sobre la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos

La media de edad entre las gestantes fue de 25,8 (DP=6,4) años y el nivel de escolaridad presentó media de sólo 7,7 años (DP=3,1) de estudio. En el ámbito familiar, hubo una media de cuatro personas por familia y residencias con media de cinco cómodos. En 31 (77,5%) de esas familias, sólo una persona contribuía para la renta familiar. La mayoría (n=35; 87,5%) recibía menos de un salario mínimo y 25 (62,5%) recibían beneficios del programa del gobierno.

### Aspectos de la salud sexual

Se presentan, en la Tabla 1, los resultados referentes a la edad del comienzo de la vida sexual y el número de compañeros sexuales entre las gestantes de la investigación.

**Tabla 1** - Distribución de las embarazadas según edad del comienzo de la vida sexual y número de compañeros, Quixadá - CE, 2012

<b>Comienzo de la vida sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 13 e 16 años	27	67,5
Más de 16 años	13	32,5
<b>Número de compañeros</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solamente un compañero	18	45,0
Dos o más compañeros	22	55,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración de las autoras

En relación a la actividad sexual de esas mujeres, se puede observar que la mayoría inició la vida sexual entre 13 y 16 años, con media de edad de la primera relación sexual de 16,0 años y mediana de 15,0 años. Se observó que 22 (55%) tuvieron dos o más compañeros sexuales.

La Tabla 2 presenta el cruzamiento de los datos referentes a la escolaridad y al inicio de la vida sexual.

**Tabla 2** - Distribución de las embarazadas según años de estudio y edad del inicio de la vida sexual, Quixadá - CE, 2012

Años de estudio	Rango de edad del inicio de la vida sexual				Total	
	Entre 13 a 16 años		Más de 16 años			
	n	%	n	%	n	%
<b>0 a 8 años</b>	18	81,8	4	18,2	22	100,0
<b>Más de 8 años</b>	9	50,0	9	50,0	18	100,0
<b>Total</b>	27	67,5	13	32,5	40	100,0

Fuente: elaboración de las autoras

Se observó que la mayoría (n=18; 81,8%) de entre aquellas con hasta ocho años de estudio, lo que corresponde a la enseñanza fundamental, tuvieron la iniciación sexual más precoz si comparada con las demás. Al calcular el valor *Odds Ratio* ( $OR=18*9/9*4$ ;  $OR=4,5$ ), para aquellas con bajo nivel de escolaridad, hay una razón de chance aproximadamente cuatro veces mayor de éstas iniciar más precozmente la vida sexual en comparación al grupo que tiene más de ocho años de estudio.

En relación a los métodos contraceptivos, la Tabla 3 presenta los datos de las gestantes cuanto al uso del preservativo y del anticoncepcional oral (ACO).

**Tabla 3** - Distribución de las gestantes conforme utilización del preservativo y anticoncepcional oral, Quixadá - CE, 2012

Uso del preservativo	Uso del anticoncepcional oral				Total	
	Sí		No			
	n	%	n	%	n	%
<b>Sí</b>	15	37,5	9	22,5	24	60,0
<b>No</b>	8	20,5	8	20,0	16	40,0
<b>Total</b>	23	57,5	17	42,5	40	100,0

Fuente: elaboración de las autoras

Se observó que 24 (60%) y 23 (57,5%) gestantes, respectivamente, ya había utilizado preservativo o ACO alguna vez, durante las relaciones sexuales. Quince gestantes (37,5%) afirmaron uso de doble protección antes del embarazo. Pero, aún se observó un porcentual significativo de aquellas que no hicieron uso del preservativo.

En relación a la actividad sexual durante el período gestacional, la mayoría (n=32; 80%) mantuvieron relaciones sexuales, pero 30 (75%) no hicieron el uso del preservativo.

En la Tabla 4, se presentan las principales quejas ginecológicas citadas por las gestantes.

**Tabla 4** - Distribución de las embarazadas según las principales quejas ginecológicas, Quixadá - CE, 2012

<b>Quejas ginecológicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dolor pélvico	31	77,5
Disuria	28	70,0
Secreción vaginal	26	65,0
Prurito vaginal	18	45,0
Secreción con olor fétido	15	37,5
Edema vulvar	6	15,0
Verruga genital	4	10,0

Fuente: elaboración de las autoras

Las quejas ginecológicas más referidas por las gestantes de la investigación fueron dolor pélvico (n=31; 77,5%), disuria (n=28; 70%) y secreción vaginal (n=26; 65%), fijando también para cuatro (10%) que relataron verruga genital.

Sobre la realización del examen citopatológico, la mayoría (n=28; 70%) no realizó el examen durante el prenatal, como muestra la Tabla 5.

**Tabla 5** - Distribución de las embarazadas según la realización del examen citopatológico, Quixadá - CE, 2012.

<b>Examen citopatológico en la gestación actual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No	28	70
Sí	12	30
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración de las autoras

## DISCUSIÓN

Algunos aspectos de la salud sexual de las gestantes pueden determinar un mayor riesgo o una mayor vulnerabilidad de ese grupo a las ETS/SIDA.

Las gestantes presentaron bajo nivel escolar, con media de 7,7 años de estudio y baja renta familiar, ya que la mayoría (87,5%) recibía menos de un salario mínimo por mes. Estos factores están asociados al número de gestaciones o, entonces, muchas veces el

embarazo lleva a la evasión escolar y, consecuentemente, al bajo nivel escolar y a la baja renta, como muestra otra investigación<sup>(6)</sup>.

Se constató que las gestantes presentaron edad media de 16 años para la iniciación sexual, concordando con estudio de Custodio et al<sup>(7)</sup>. Otros estudios<sup>(8-9)</sup>, presentaron una media de edad menor para iniciación sexual, 15 años, muy próxima a aquella encontrada en la presente investigación. Se percibe que muchos adolescentes inician su vida sexual en la edad precoz sin tener informaciones suficientes sobre el ETS y gravidez no planeada y sus modos de prevención.

La iniciación sexual precoz bien como la multiplicidad de compañeros encontrados en la investigación son factores de vulnerabilidad del universo femenino, los cuales dejan a las mujeres más expuestas a las ETS/SIDA. Estos descubrimientos concuerdan con resultados de otra investigación<sup>(10)</sup> que envolvió 1.543 mujeres entre 15-49 años, cuyos principales comportamientos de riesgo encontrados se relacionan a falta de uso del preservativo en la última relación sexual (72%), el inicio de las relaciones sexuales con menos de 18 años (47%), uso de alcohol y drogas por el compañero (14%) y dos o más compañeros (7%).

Así como esta investigación, que encontró un mayor chance de mujeres de baja escolaridad iniciar la vida sexual más precozmente, estudios<sup>(11-12)</sup> mostraron que hay una asociación significativa entre el bajo nivel de escolaridad, familia de baja renta e iniciación precoz de la vida sexual. Además de eso, en la investigación<sup>(13)</sup> con 73 gestantes en el municipio de Quixadá, 82,2% de las gestantes no participaron de las actividades educativas, lo que dificulta el consejo y la educación sobre temas como la salud sexual. El conocimiento e información sobre sexualidad son extremadamente necesarios durante ese período de la vida de la mujer para garantizar prácticas sexuales seguras.

En relación al uso de los métodos contraceptivos, esta investigación identificó que la mayor parte de las gestantes ya ha hecho el uso de preservativo y/o ACO como método contraceptivo. La investigación de Duarte et al<sup>(8)</sup> con 487 mujeres apuntó que los



métodos contraceptivos más utilizados antes del embarazo fueron el ACO (61,8%) y el preservativo masculino (38,2%). En la investigación<sup>(14)</sup> con 339 mujeres, el ACO también fue el método más prevalente (59%), seguido del preservativo (57%) antes del embarazo. Aunque el uso de métodos contraceptivos haya aumentado entre las parejas, el porcentual que utiliza doble protección aún es bajo si comparado con aquel que utiliza sólo un método contraceptivo, el preservativo o ACO.

Se observó que la mayor parte de las embarazadas que mantuvieron relación sexual durante la gestación afirmaron no haber usado preservativo. Estos resultados corroboran con el estudio<sup>(15)</sup> realizado con 11 embarazadas, el cual apunta que ninguna de ellas habían hecho el uso de preservativo durante la gestación. Mujeres gestantes, por haber estado en esa situación, saben que no van a embarazar en el momento y rechazan el preservativo. O, en otros casos, rechazan el preservativo por el hecho del marido no concordar o de reprender el uso de ese método. Tal actitud se puede presentar como factor de la exposición a las ETS/SIDA<sup>(15)</sup>.

Las quejas ginecológicas más referidas por las embarazadas de esta investigación fueron el dolor pélvico, disuria y secreción vaginal. El estudio semejante con 339 gestantes apunta una frecuencia de 51,6% con secreción vaginal, presentándose como una de las quejas ginecológicas más presentes<sup>(14)</sup>.

Los principales factores asociados a la ocurrencia de la secreción vaginal patológica en el período gestacional son las ETS, la edad inferior a los 20 años, unión conyugal no estable, múltiples compañeros sexuales y manutención de las relaciones sexuales sin uso del preservativo<sup>(14)</sup>.

Entre las causas más comunes de la secreción vaginal, se tiene la infección por clamidia. La investigación<sup>(4)</sup> multicéntrica con 3.303 gestantes verifica que las infecciones por clamidia y co-infecciones por clamidia y gonorrea, en ese grupo, presentaban una prevalencia de 9,4% y de 10%, en este orden. Ya en una investigación realizada por Brandão, Lacerda e Ximenes<sup>(16)</sup> con 96 embarazadas, fue encontrada una prevalencia

para clamidia de 4,4% embarazadas, siendo esta infección asociada a la iniciación sexual precoz.

La frecuencia de las señales y síntomas referentes a las enfermedades infecciosas y sexualmente transmisibles han aumentado considerablemente entre las gestantes, pasando de 3,5%, en 2006, para 10,1%, en 2011<sup>(17)</sup>. La investigación<sup>(18)</sup> con 120 gestantes apunta que 77,5% presentaban alguna enfermedad ginecológica, entre ellas, 40% candidiasis, 25% vaginitis bacteriana y 13% tricomoniasis. Tales infecciones pueden estar asociadas a los síntomas como el dolor pélvico, disuria y secreción vaginal intensa y que si no son tratadas adecuadamente, pueden evolucionar para los casos graves durante el puerperio.

Otra cuestión importante relacionada a la salud sexual es la realización del examen citopatológico. Grande parte de las embarazadas inicia el prenatal con el examen citopatológico desactualizado. Tal examen entre embarazadas no es habitual, ellas aún poseen algunos prejuicios, tabús y miedos en relación a esa práctica, principalmente durante el embarazo, lo que disminuye la detección de una ETS en tiempo hábil<sup>(19)</sup>.

En la investigación<sup>(20)</sup> con 230 puérperas, 155 de ellas tenían indicación para realizar el examen citopatológico durante el prenatal, sin embargo, sólo 33,6% lo realizaron. Estos datos son semejantes a los de esta investigación, la cual constató que solamente 30% de las embarazadas realizaron el examen. Otro estudio<sup>(19)</sup>, realizado con 445 puérperas, también identificó la necesidad del examen citopatológico durante el prenatal, pues 272 (61,8%) de ellas presentaban examen citopatológico desactualizado en el inicio del prenatal.

Algunos factores que interfirieron en la realización del examen fueron: miedo de realizar la colecta por estar embarazada, miedo de sentir dolor, dificultad para marcar el examen y retornar al servicio para realizarlo. Ese contexto infiere que debe haber una mayor percepción de los profesionales de la salud, durante las consultas del prenatal, para la salud sexual, evaluación ginecológica y prevención de las ETS/SIDA.

## CONCLUSIÓN

Aunque este estudio haya presentado algunas limitaciones, principalmente en relación a la muestra, porque el estudio fue desarrollado en la zona rural, se puede concluir que, al evaluar la salud sexual de un grupo de embarazadas, existen algunos factores de mayor prevalencia que pueden determinar mayor riesgo o vulnerabilidad de las embarazadas a las ETS/SIDA. Entre ellos se citan el bajo nivel de escolaridad, baja renta familiar, el inicio precoz de la vida sexual, la multiplicidad de compañeros y la falta de uso del preservativo durante la gestación.

Se percibe que ese grupo presentó algunos comportamientos de exposición y quejas ginecológicas como el dolor pélvico, disuria, secreción vaginal y verruga vaginal, las cuales pueden indicar posibles ETS. Deben, por lo tanto, ser investigadas durante el prenatal y, si necesario, realizar el examen citopatológico.

La realización de ese examen entre las gestantes, que debería ser una herramienta de diagnóstico precoz, se mostró deficiente, pues, probablemente, aún hay déficit de conocimiento por parte de las mujeres sobre el examen, con también un déficit en la investigación y sensibilización del profesional sobre la realización del mismo.

Cabe a los profesionales de la salud, principalmente enfermeros de la atención básica, prestar los debidos cuidados de enfermería a la salud de la mujer en todos sus ciclos de vida y envolver tal grupo en actividades de planeamiento familiar, prevención de las ETS/SIDA, orientación sobre el uso del preservativo y promoción de la sexualidad saludable.

Es necesario evaluar los déficits de la asistencia de la enfermería durante el prenatal para corregirlos, así como reforzar las acciones de la educación en salud, construyendo nuevos conceptos junto a esas mujeres, auxiliándolas en el desarrollo de las actitudes y comportamientos que puedan protegerla de la inerte exposición a las ETS.

## CITAS

1. Guarnizo TM, Pardo TMP. El significado de la sexualidad durante la gestación. Av enferm [Internet]. 2011[Cited 2013 Jan 10]; 29(2):294-306. Available from: Chaves ACP, Diógenes MAR. Sexual health of pregnant women in a basic healthcare unit: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 346-58. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4198> doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134198>

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002011000200009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200009&lng=en).

2. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Rev bras ginecol obstet*. 2008;30(7):349-54.
3. Ministério da Saúde (Brasil) [homepage on Internet]. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Aids no Brasil [cited 2010 dec 2010]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.
4. Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, Ribeiro D, Oliveira EC, Garcia EG, et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. *Rev bras ginecol obstet*. 2008;30(12):614-9.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 16 out 1996.
6. Grandim CVC, Ferreira MBL, Moraes MJ. O perfil das grávidas adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. *Rev APS*. 2010;13(1):55-61.
7. Custódio G, Massuti AM, Shuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. *DST j bras doenças sex transm*. 2009;21(2):60-4.
8. Duarte HHS, Bastos GAN, Duca GFD, Corleta HE. Use of contraceptive methods by female adolescents in Restinga and Extremo Sul communities in Southern Brazil. *Rev paul pediatr*. 2011;29(4):572-6.
9. Saldanha AAW, Carvalho EAB, Diniz RF, Freitas ES, Félix SMF, Silva EAA. Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *DST j bras doenças sex transm*. 2008;20(1):36-44.
10. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev saúde pública* [Internet]. 2002 [cited 2013 Jan 10];36(6):670-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700003>.
11. Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Schirò EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicol estud*. 2010;15(1):73-85.
12. Lima LHM, Viana MC. Prevalência e fatores de risco para a infecção por HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e HTLV-I/II em parturientes e gestantes de baixa renda atendidas na Região Metropolitana de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad saúde pública*. 2009;25(3):668-76.

Chaves ACP, Diógenes MAR. Sexual health of pregnant women in a basic healthcare unit: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 346-58. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4198> doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134198>

13. Barros MEO, Lima LHO, Oliveira EKB. Prenatal care in the city of Quixadá: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 16];11(2):319-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782>.
14. Fonseca TMV, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ulmi EF, Neumann NA. Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad saúde pública*. 2008; 24(3):558-66.
15. Pereira SVM, Bachior MM. Nursing Diagnoses identified in pregnant patients under prenatal care. *Rev bras enferm*. 2005;58(6):659-64.
16. Brandao VCRAB, Lacerda HR, Ximenes RAA. Frequência de Papilomavírus humano (HPV) e Chlamydia trachomatis em gestantes. *Epidemiol serv saúde*. 2010;19(1):43-50.
17. Figueiró Filho EA, Freire SSA, Souza BA, Aguenta GS, Maedo CM. Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *DST j bras doenças sex transm*. 2012;24(1):32-7.
18. Hernández BH, Boza AV, Cutié León E, Pineda ABA. Enfermedades de Transmisión Sexual y su relación con el embarazo. *Rev cuba obstet ginecol*. 1998;24(1):28-33.
19. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(5):2501-10.
20. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Evaluation of the frequency of accomplishment of the breast examination and of oncotoc cervical cytology and the obstetrical ultrasound during the prenatal period: an inversion of values. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):290-5.

**Recibido: 06/02/2013**

**Aprobado: 01/05/2013**