

## Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 11 (3)

June 2018

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=505&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



## Perfil epidemiológico das gestantes em uma unidade básica de saúde em Sinop-MT

### Epidemiological profile of pregnant women in a basic health unit in Sinop-MT

D. M. Trevisanutto, T. V. Souza, A. N. Cunha

Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop

**Author for correspondence:** [enf.alannc@hotmail.com](mailto:enf.alannc@hotmail.com)

**Resumo.** Este estudo tem como objetivo verificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Botânico em Sinop Mato Grosso, que apresentavam a data provável do parto até janeiro de 2017. Traçando o perfil epidemiológico das gestantes esperamos levantar informações pertinentes para identificação de possíveis problemas gestacionais, elencar suas condições sociais que possam influenciar negativamente na gravidez, identificar possíveis fatores de risco gestacionais e identificar as principais queixas desta população. A pesquisa tem um perfil descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram incluídas 20 mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos independente da sua história obstétrica, que são atendidas na UBS Jardim Botânico, que estejam cadastradas no Sispré-natal e que concordaram em participar do estudo. Foram excluídas gestantes com idade inferior a 18 anos, que não estão cadastradas no Sispré-natal, e aquelas que não estão dispostas a participar da pesquisa. A coleta de dados aconteceu por meio de questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas, sendo executada individualmente ou com a companhia do seu companheiro durante entrevistas pré-agendadas que foram realizadas na unidade de saúde ou em um local indicado pela gestante. Os dados quantitativos obtidos ao longo do estudo foram analisados, estruturados em planilhas e gráficos através dos programas Microsoft Office Excel e Word 2010, e os dados qualitativos foram analisados e distribuídos em categorias segundo método de Bardin. Para início da coleta de dados foi requerido autorização à Comissão de Ética da Instituição de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado anonimato, sigilo dos dados coletado, direito a retirar-se do estudo sem nenhum prejuízo e autorização de acesso ao pesquisador e aos resultados do estudo.

**Palavras chaves:** Pré-natal. Programa saúde da família. Perfil epidemiológico.

**Abstract.** This study aims to verify the epidemiological profile of the pregnant women attending the Basic Health Unit (BHU) of the Jardim Botânico in Sinop Mato Grosso, who presented the probable date of delivery until January 2017. Tracing the epidemiological profile of pregnant women, we hope to obtain pertinent information to identify possible gestational problems, to list their social conditions that may negatively influence pregnancy, to identify possible gestational risk factors and to identify the main complaints of this population. The research has a descriptive profile, with quantitative and qualitative approach. Twenty women, aged 18 years and over, regardless of their obstetric history, were treated at BHU Jardim Botânico, who were registered at Sispré-natal and who agreed to participate in the study. Pregnant women under the age of 18 years, who are not registered in Sispré-natal, and those who are not willing to participate in the survey were excluded. Data collection was done through a structured questionnaire with closed and open questions, being performed individually or with the companion's company during pre-scheduled interviews that were performed at the health unit or at a place indicated by the pregnant woman. The quantitative data obtained during the study were analyzed, structured in spreadsheets and graphs through the programs Microsoft Office Excel and Word 2010, and the qualitative data were analyzed and distributed in categories according to Bardin method. To begin the data collection, the Ethics Committee of the Institution was requested in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council. Participants signed the Free and Informed Consent Form, ensuring anonymity, confidentiality of data collected, right to withdraw from the study without any prejudice and authorization of access to the researcher and the results of the study.

**Keywords:** Prenatal care. Family health program. Epidemiological profile.

## Introdução

A gestação é um acontecimento fisiológico e sua evolução na maioria das vezes ocorre sem nenhuma irregularidade. Para que a gestação ocorra sem anormalidades e com segurança, são imprescindíveis cuidados da gestante, do companheiro, do grupo familiar e, principalmente dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de pré-natal. Compreender o perfil dessas mulheres auxilia no mapeamento das adversidades que cooperam para aumentar o risco da gestação e suas consequências sociais. E desta maneira, auxiliar na expansão de políticas públicas de saúde que possam diminuir e/ou eliminar as complicações da gestação.

A assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal é uma prática prevista nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde e executada pelos profissionais de saúde nas unidades de atenção básica e hospitais. (BRASIL *apud* SPINDOLA, 2006)

A assistência pré-natal tem como finalidade detectar apropriadamente e antecipadamente quais as clientes com mais possibilidade de denotar uma evolução prejudicial e amparar essa mulher desde o princípio da gestação. O indispensável dever dos profissionais implicados nesta assistência é a oitiva atenta das gestantes, demonstrando-lhes suporte e segurança indispensáveis para que possam nortear com independência suas gestações e partos. Neste sentido, é proveitoso que ocorra trocas de experiências através de ações educativas entre as gestantes e os profissionais de saúde, pois colaboram para o entendimento da gestação e suas atenuantes. É através da educação que as mudanças sociais podem decorrer, sendo cada encontro transformado em um instante de troca, engrandecimento e presteza. (SPINDOLA *et al.*, 2006)

Na Unidade de Saúde da Família onde foi realizada a pesquisa, o acompanhamento das gestantes de baixo risco ocorre em conjunto entre as Enfermeiras e Médicas, e tem uma grande adesão das gestantes. Nas consultas do pré-natal são realizadas a anamnese das gestantes, observado o peso, aferição da pressão arterial, da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), sendo solicitados exames de rotina, realizadas orientações pertinentes a cada período gestacional, bem como, àquelas relativas aos cuidados com o corpo, hábitos de vida, o parto e agendamento das consultas subsequentes. Perante este cenário, optou-se pela concepção de uma pesquisa que proporcionasse identificar a clientela atendida traçando assim o seu perfil.

O perfil epidemiológico é um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população. (ROUQUAYROL *apud* SILVA *et al.*, 2013)

A investigação do perfil epidemiológico é importante, pois se torna possível a determinação das características da população assistida e para a avaliação da qualidade de assistências que está sendo ofertada a essas mulheres. Com isso é possível melhorar os cuidados ofertados, e conseqüentemente melhorar os indicadores de saúde materna e infantil na área de abrangência da unidade de saúde. (CESAR, J. *et al. apud* GOMES & CÉSAR, 2013).

Delinear o perfil epidemiológico da população compreende um minucioso levantamento das peculiaridades sócias e demográficas, ocorrência de morbidades e mortalidades e condições ambientais. E a produção de dados epidemiológicos locais a respeito dessa população converte-se de grande utilidade para a elaboração de estratégias futuras para a assistência às gestantes, com objetivo de diminuir a chance de intercorrências e desfechos prejudiciais envolvendo a mulher e a criança.

O interesse pela temática emergiu a partir do contato da autora com as gestantes durante as consultas de pré-natal realizadas no decorrer do estágio supervisionado do oitavo semestre.

Uma boa assistência pré-natal assegura o envolvimento dos profissionais de saúde e contribui de maneira significativa para uma gestação sem intercorrências, possibilitando a orientação adequada das mulheres atendidas e reduzindo assim os agravos. Levando em consideração que o propósito dessas unidades de saúde da família não é só efetuar o atendimento pré-natal, mas também o de proporcionar saúde preventiva por meio da orientação da população atendida pela unidade.

A importância de se pesquisar o perfil epidemiológico das gestantes encontra-se no fato de que se conhecendo o perfil das gestantes atendidas na unidade de saúde, podem-se elaborar estratégias adequadas de atendimento ao seu público alvo. Com o perfil traçado os profissionais de saúde e os gestores municipais estarão informados dos fatores a serem trabalhados para organização de campanhas e estratégias que vislumbrem melhorar o atendimento às mulheres.

Objetivou-se com este trabalho identificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Sinop, Mato Grosso, de modo a levantar informações pertinentes para identificação de possíveis problemas gestacionais. Além de elencar as condições sociais que possam influenciar negativamente a gravidez, possíveis fatores de risco gestacional e as principais queixas.

## Métodos

O estudo será realizado no município de Sinop, que está localizada a 477 km da capital Cuiabá. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) “em 2015 Sinop possui uma população estimada de 129.916 mil habitantes”. (BRASIL, 2015)

Pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

O perfil epidemiológico é um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população. (ROUQUAYROL *apud* SILVA *et al*, 2013)

De acordo com Denzin *et. al. apud* Terence e Escrivão Filho (2006), a pesquisa quantitativa possibilita a mensuração de hábitos, opiniões e atitudes através de uma amostra que o descreva estatisticamente. Na pesquisa quantitativa é seguido um plano pré-estabelecido, que tem como objetivo enumerar ou medir eventos e usa como instrumento de coleta de dados questionários estruturados, e com questões fechadas.

Pesquisa qualitativa compreende a obtenção de dados descritivos por meio de interação direta entre o pesquisador e o objeto de estudo. Usualmente o pesquisador procura compreender os fenômenos, de acordo com o ponto de vista dos participantes do estudo, a partir daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados. Na análise de conteúdo será empregada a perspectiva de Bardin. Na pesquisa qualitativa o emprego do método de organização e análise dos dados possui particularidades. Primeiramente, admite-se que o seu foco seja caracterizar as vivências do sujeito, bem como sua compreensão sobre determinado objeto e seus fenômenos.

No entanto, a análise de conteúdo também pode ser usada para o aperfeiçoamento de estudos quantitativos, e, portanto tem uma visão matemática dessa abordagem.

Esta análise foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Botânico, que é composta por duas equipes de saúde (I e II), sendo que na unidade o atendimento às gestantes são realizadas em conjunto entre Médicas e Enfermeiras. A UBS está localizada em área urbana, na Avenida das Acácias no Jardim Botânico, bairro residencial próximo ao centro da cidade.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Foram incluídas 20 mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos independente da sua história obstétrica, com data provável do parto até janeiro de 2017, que estão cadastradas na área de abrangência da unidade de saúde do Jardim Botânico, que estejam cadastradas no Sispré-natal e que concordarem em participar do estudo. Serão excluídas gestantes com idade inferior a 18 anos, que não estão cadastradas no Sispré-natal, que não estão cadastradas na área de abrangência da unidade e aquelas que não estão dispostas a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu através de entrevista por meio de questionário semi-

estruturado com perguntas fechadas e abertas. A entrevista foi realizada individualmente ou com a companhia do seu companheiro durante entrevistas pré-agendadas que foram realizadas na unidade de saúde ou em um local indicado pela gestante. Os dados quantitativos obtidos ao longo do estudo foram analisados, estruturados em planilhas e gráficos através do programa Microsoft Office Excel e Word 2010, e os dados qualitativos serão analisados segundo Bardin.

A análise de dados foi distribuída em categorias, para facilitar a visualização e compreensão do leitor, sendo elas: perfil social, perfil econômico, condições de saúde e comportamento, perfil e condições ginecológicas e obstétricas e sentimentos a respeito da gestação.

Para início da coleta de dados foi requerido autorização à Comissão de Ética da Instituição de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado anonimato, sigilo dos dados coletado, direito a retirar-se do estudo sem nenhum prejuízo e autorização de acesso ao pesquisador e aos resultados do estudo.

## Resultados e discussão

Os dados apresentados a seguir são provenientes de uma pesquisa realizada na UBS do Jardim Botânico no município de Sinop. Foi aplicado um questionário a 20 gestantes, independentemente da sua história obstétrica, que tinham idade igual ou superior a 18 anos, cadastrada no Sispré-natal da unidade de saúde citada previamente.

Para apresentação e análise dos resultados os dados foram agrupados em categorias, como: perfil social, perfil econômico, condições de saúde e comportamento, perfil, condições ginecológicas e obstétricas e sentimentos á respeito da gestação. Segundo Bardin *apud* Camargo (2005), “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definidos”.

A divisão dos dados em categorias tem o intuito de facilitar a análise e compreensão dos dados obtidos durante a pesquisa. Ainda de acordo com Camargo (2005) a divisão em categorias proporciona através da compactação dos dados, uma representação simplificada dos dados brutos. Essa representação é imprescindível para a compreensão dos elementos de análise.

Os resultados demonstrados na tabela 1 evidenciam que da população estudada 04 mulheres (20%) encontram-se na faixa etária de 18-21 anos, 05 mulheres (25%) tem entre 22-25 anos, 06 mulheres (30%) estão na faixa de idade de 26-29 anos, e 05 mulheres (25%) estão com 30-34 anos. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (2012), em 2010 das 3.542 gestantes

do estado 67,73% estavam na faixa etária de 20-34 anos.

Segundo os dados obtidos no sistema de informação do Sistema Único de Saúde, em uma amostra de 2014 com 2.979.259 nascidos vivos no Brasil de acordo com a faixa etária da mulher, demonstra que 25% das mulheres tinham entre 20-

24, aquelas que tinham entre 25-29 anos representavam 24% das mulheres e 19% destas mulheres tinham entre 30-34, demonstrando que 68% dos nascidos vivos em 2014 eram provenientes de mulheres que estão na faixa etária de 20-34 anos. (BRASIL, 2014).

Tabela 1. Perfil social de gestantes em uma UBS – Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Idade		
18 – 21	04	20%
22 – 25	05	25%
26 – 29	06	30%
30 -34	05	25%
Estado civil		
Solteira	06	30%
Namorando	01	5%
Casada	06	30%
Vive com companheiro	07	35%

Com relação ao estado civil 06 mulheres se declararam solteiras (30%), 06 se declaram casadas (30%), 07 mulheres disseram que vivem com o companheiro (35%) e 01 declarou que namora (5%). Estes resultados são semelhantes a um estudo realizado com 118 fichas de atendimento a gestantes em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro por Spindola *et al.* (2006), onde relata que 27% das mulheres se declararam solteiras, 38% se declararam casadas e 33% viviam com o companheiro/união estável.

O censo demográfico de 2010 relata a porcentagem da população que revelou ser solteira era de 34% e casados era de 55%. Dos casados, 42% tinham se casado no civil e religioso, e 36% estavam em uma união estável/moravam com o companheiro, sendo que os demais apenas estavam casados apenas no civil ou no religioso. (BRASIL, 2010)

Quanto à escolaridade metade das entrevistadas relataram que tinham o ensino fundamental completo, 45% relatou que tinha o ensino médio completo e apenas 01 entrevistada relatou ter concluído o ensino superior.

De acordo com o estudo executado na cidade de Fortaleza, Ceará, com 310 gestantes por Peixoto *et al.* (2009), a faixa que teve predominância (47%), foi a de 9 a 12 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio.

Esse resultado não confere com o estudo realizado no Rio de Janeiro com 23.894 mulheres de Viellas *et al.* (2014), que demonstrou que as gestantes que tinham o ensino fundamental completo correspondiam a 25% da amostra, e as que tinham concluído o ensino médio representavam 39% da amostra e apenas 8,9% tinham concluído o ensino superior.

O grau de instrução é de suma importância, pois a baixa escolaridade pode ser considerada um agravante para a saúde da gestante e deve ser observado no momento da consulta pré-natal, pois pode intervir na compreensão por parte da gestante a respeito das condutas que devem ser realizadas para manutenção de uma gestação, parto e puerpério adequados, e até mesmo a respeito dos hábitos saudáveis, o que pode refletir no cuidado com a gestação.

O perfil social de gestantes entrevistadas com relação a raça/cor da pele, tabela 2, é semelhante ao da pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro por Viellas *et al.* (2014), onde relata que as gestantes de raça/cor de pele parda correspondiam a 56% das entrevistadas, brancas (33%) e negras (8,6%). Porém, estes resultados não conferem com um estudo realizado por Gomes e César (2013), onde demonstra que a maioria das gestantes declarou ter a cor da pele branca (54%), enquanto 21% declarou possuir a cor da pele parda e 24% se declarou negra. Quanto à profissão/ocupação das gestantes, Tabela 2, está de acordo com a pesquisa de Spindola *et al.* (2006), onde 33% das gestantes não exercem atividade remunerada e 16% são secretárias do lar.

Em contrapartida Viellas *et al.* (2014), afirma que 58% das gestantes dedicam-se a cuidar do lar, o que influencia na redução da renda da família. Entretanto, beneficia o aleitamento materno e o vínculo da mãe e do bebê, pois após o término da licença maternidade as mulheres voltam ao seu trabalho, o que favorece ao desmame precoce, e no Brasil as técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno ainda não é totalmente difundida e ensinada às mulheres.

Tabela 2. Perfil social de gestantes em uma UBS – Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Cor/Raça		
Branca	07	35%
Parda	10	50%
Negra	03	15%
Ocupação		
Auxiliar administrativo	03	15%
Atendente de loja	02	10%
Arquiteta	01	5%
Cuidadora	01	5%
Dona de casa	06	30%
Estudante	01	5%
Garçonete	01	5%
Operadora de caixa	01	5%
Secretária do lar	04	20%

Tabela 3. Perfil Econômico de gestantes – Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Renda familiar		
Até 01 salário mínimo	03	15%
Até 02 salários mínimos	06	30%
Até 03 salários mínimos	10	50%
04 ou mais salários mínimos	01	5%
Condições de moradia		
Casa de alvenaria	08	40%
Casa de madeira	12	60%
Saneamento básico		
Sim	20	100%
Não	00	0%
Energia elétrica		
Sim	20	100%
Não	00	0%
Água encanada		
Sim	20	100%
Não	00	0%

Em relação à situação conjugal dos pais das gestantes, 40% das entrevistadas relatou que seus pais eram casados, 40% eram separados/divorciados e 20% vivem com outro companheiro (a). Os dados convergem com o estudo realizado com trinta gestantes no município de Sinop por Santos (2016), onde 23% dos pais das gestantes eram casados/união estável, 67% eram separados, 3% solteiros e 7% são viúvos. A distribuição das gestantes conforme a renda familiar, demonstrada na tabela 3, não correspondem com a pesquisa realizada em Sinop por Santos (2016), onde as gestantes que vivem com menos de um salário mínimo representavam

10% da amostra, as que viviam com até um salário (30%), que viviam com até dois salários (47%) e as que viviam com mais de dois salários mínimos representavam 13% da amostra. Na pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro com 112 fichas de atendimento à gestantes por Spindola e Silva (2009), demonstra que no grupo de gestante que foram investigadas, a grande maioria (66,9%) tinha a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, demonstrando estar inserida na classe menos favorecida.

A respeito da moradia, 40% das mulheres responderam morar em uma casa de alvenaria e 60% em casa de madeira. E todas (100%) relataram

ter energia elétrica, água encanada e saneamento básico (abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto e coleta de lixo). O bairro Jardim Botânico localiza-se na área central de Sinop o que é evidenciando pela totalidade das gestantes que vivem em condições básicas de vida. Conhecer as condições econômicas da família é de extrema importância para uma assistência eficaz, pois sabe-se que quanto mais carente é a família, mais dificuldades estas terão para levar uma gestação saudável e com qualidade.

Na pesquisa feita em Itamogi, Minas Gerais com 54 gestantes por Dias (2011), 55% das gestantes residiam em casa de alvenaria/tijolos, e todas (100%) tinham acesso à energia elétrica, abastecimento de água e coleta de lixo e tratamento do esgoto. No estudo de Gomes e César (2013), 62% viviam em casa feita de tijolos, 79,8% estavam conectadas à rede pública de esgoto, 94% tinham acesso à água encanada e 99,6% tinham energia elétrica em sua casa.

Tabela 4. Características comportamentais – Sinop - 2017

Características	N=20	%
Alcool		
Sim	06	30%
Não	14	70%
Tabagismo		
Sim	01	5%
Não	19	95%
Outras drogas		
Sim	00	0%
Não	20	100%

As características comportamentais obtidas, tabela 4, não estão em conformidade com um estudo realizado por Alves *et al.* (2013), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior do Rio Grande do Sul com 88 prontuários de gestantes. Onde das 88 mulheres, 10,2% relatou fazer uso de cigarro no decorrer da gestação, 10,2% fez uso de bebida alcoólica e 1,1% afirmou fazer uso de outras substâncias ilícitas. Em um estudo realizado por Silva *et al.* (2011) com 56 prontuários de gestantes atendidas em uma UBS em Montes Claros, Minas Gerais, evidencia que 8,9% eram tabagistas e 7,1% eram etilistas.

Segundo Kaup *et al. apud* Freire *et al.* (2009), a utilização de substâncias prejudiciais à saúde durante a gestação, como as drogas lícitas e ilícitas, deve ser verificada pelos profissionais de

saúde e desencorajada, pois o uso dessas substâncias está relacionado com a restrição do crescimento fetal, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no feto, dentre outros. Segundo Kroeff *et al. apud* Freire *et al.* (2009), a alta incidência de fetos pequenos para a idade gestacional e baixo peso ao nascer está relacionado ao tabagismo na gestação.

De acordo com Moraes e Reichenheim *apud* Freire *et al.* (2009), o uso de álcool durante a gestação é extremamente prejudicial para o feto. A síndrome alcoólica fetal (SAF) é mais famosa e preocupante, e acarreta consequências diretas para o feto. Segundo Riley e McGee *apud* Freire *et al.* (2009), a SAF ocasiona prejuízos ao sistema nervoso central (SNC), malformações no feto e disfunções comportamentais.

Tabela 5. Principais queixas das gestantes em uma UBS – Sinop/MT - 2017

Características	N	%
Náusea	16	80%
Ansiedade	15	75%
Dor em baixo ventre	15	75%
Cefaleia	14	70%
Constipação	12	60%
Pirose	12	60%

No presente estudo, as gestantes relataram quais são suas maiores queixas da gestação, tabela 5. Estes resultados não estão em concordância com um estudo realizado com 1.049 gestantes em Gurupi, Tocantins por Silva *et al.* (2015), onde as queixas mais predominantes foram cefaleia (38%), dor no baixo ventre (35%), sendo que náusea teve incidência em 12% das entrevistadas e pirose 7,3%.

Segundo estudo realizado em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro com 118 fichas de gestantes por Spindola *et al.* (2006), 27 das gestantes (22,8%) relataram dor em baixo ventre sem perdas transvaginais, 23 gestantes (19,4%) relatou náuseas e 15 gestantes (12,7%) relatou cefaleia não associada a hipertensão arterial.

A elevação dos níveis de progesterona ocasiona a redução da motilidade do trato

gastrointestinal. Deste modo, a diminuição do tônus gástrico, ocasiona o relaxamento e eleva o tempo de esvaziamento do estômago que em associação a atonia da cárdia ocasiona às náuseas e refluxo gastresofágico, o que também está relacionado com a incidência de pirose na população estudada. A elevação dos níveis de progesterona e das prostaciclina estimula a diminuição do tônus do músculo liso do trato digestivo e redução dos movimentos peristálticos do intestino, o que é um fator de predisposição para a constipação. (LOWERMILK, *et al. apud* PEREIRA & BACHION, 2005).

A dor em baixo ventre está associada a elevação dos níveis de estrogênio e a presença da relaxina ovariana que proporcionam o relaxamento dos tecidos conjuntivos e colágeno, ocasionando maior mobilidade das articulações, que associada a expansão do útero gravídico e das dimensões pélvicas promovem a separação da sínfise púbica e diástase dos músculos retos abdominais. (PEREIRA & BACHION, 2005).

A cefaleia não associada á hipertensão arterial provém das variações hormonais que ocorre no corpo das grávidas, como o aumento de estrogênio que causa vasodilatação dos vasos, o que aumenta a possibilidade de um episódio de

cefaleia. Mudanças de hábitos, alimentação irregular, desidratação, alterações metabólicas e episódios de estresse também podem estar relacionados a cefaleia. (RODRIGUES, 2014).

De acordo com Andersson *et al. apud* Araújo *et al.* (2008), a gestação é vista como um momento de transformação, de grande importância na vida da gestante e que requer numerosas adequações. Segundo Falcone *et al.* (2005), acredita-se que no período gravídico a gestante está mais suscetível ao desenvolvimento de episódios de ansiedade. A ansiedade pode ocasionar danos para a mulher, para o feto, e até para o companheiro. Assim, é imprescindível a descoberta dos fatores associados á ansiedade no período gestacional, sendo uma oportunidade para a equipe de saúde buscar maneiras de prevenir, identificar e realizar o tratamento de tais transtornos.

De acordo com Neme e Maretti *apud* Spindola *et al.* (2006), os dados obtidos com a pesquisa evidencia o perfil de - gestantes fisiológicas- e demonstram a importância da assistência pré-natal adequada, que permite a utilização de medidas diagnósticas, de prevenção e curativas no decorrer da gestação que tem como objetivo preservar a saúde e diminuir as morbidades e mortalidades materna e fetal.

Tabela 6. Perfil e condições ginecológicas e obstétricas das gestantes– Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Menarca		
09 anos	01	5%
11 anos	05	25%
12 anos	08	40%
13 anos	03	15%
14 anos	03	15%
Início atividade sexual		
13-15 anos	09	45%
16-18 anos	07	35%
19-21 anos	03	15%
22 ou mais	01	5%

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 6 demonstra a idade na qual as entrevistadas apresentaram menarca, e os resultados obtidos estão em conformidade com o estudo realizado por Gomes e César (2013), onde a média de idade da menarca das entrevistadas foi de 12,6 anos.

Contrário a esses dados está a pesquisa realizada por Santos (2016), que fala que as faixas etárias onde teve maior ocorrência da menarca foi a de 13-15 anos (65%), e a de 10-12 anos (47%).

Segundo Carvalho *et al.* (2007), cada grupo populacional apresenta distintas idades de ocorrência da menarca. Nos últimos anos está ficando evidente que a menarca está ocorrendo cada vez mais cedo, tanto nos países

desenvolvidos, em maior evidência, como nos em desenvolvimento.

De acordo com Parent *et al. apud* Carvalho *et al.* (2007), vários pesquisadores em diversos países, por meio de um estudo detalhado que ocorreu entre 1840 e 1980, mostraram que houve uma redução de três meses na idade da menarca a cada década, caindo de dezessete anos para treze anos. Acredita-se ter uma relação com a melhoria das condições sociais e econômicas nos países estudados.

Posteriormente a década de 80, em diversos países do mundo, pesquisas a respeito da idade da menarca tem demonstrado uma estabilidade e uma queda menos intensa. A idade média de

menarca no Brasil é de 12 anos. (CARVALHO, 2007).

Referente ao início da atividade sexual a faixa etária mais predominante foi a de 13-15 anos (45%), 16-18 (35%), 19-21 (15%) e apenas uma gestante relatou ter iniciado relações sexuais dos 22 anos de idade. A média de idade do início das relações sexuais foi de 16,4 anos. Esses dados estão em concordância com os resultados da pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com 238 gestantes de Gomes e César (2013), onde a média foi de 16, 2 anos. No estudo feito por Peixoto *et al.* (2009), revelou que o 88,4 % das entrevistadas teve início das relações sexuais na faixa de 11-19 anos.

As modificações hormonais da puberdade estimulam a descoberta da sexualidade, da busca por novas sensações corporais e a procura por relacionamentos interpessoais entre os adolescentes. Neste contexto de modificações e novas experiências acontece os primeiros contatos sexuais. (BRASIL, 2006)

O início das relações sexuais tem-se demonstrado acontecer de maneira mais precoce, devido ao estilo de vida moderno da sociedade e aos estímulos ambientais. Conseqüentemente, vários jovens estão expostos a situações de risco como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e indesejada. (BERLOFI, *et al.*, 2006).

Os resultados evidenciam que oito gestantes (40%) não faziam uso regular de método contraceptivo. Entre as doze mulheres que relataram que faziam uso de algum método contraceptivo, nove (45%) disse usar algum anticoncepcional em pílula e duas mulheres (10%) usava contraceptivo injetável. Apenas uma mulher (5%) relatou usar preservativo regularmente como método contraceptivo. O que chama atenção nesses resultados é a grande incidência de indivíduos que não fazem uso do preservativo, pois é o único método capaz de prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Estes resultados não estão em concordância com a pesquisa realizada com cinquenta gestantes em São Luís no Maranhão por Souza *et al.* (2013), que revelou que 74% das entrevistadas utilizavam o preservativo masculino como principal método contraceptivo. Em um estudo realizado em Campinas, São Paulo por Belo e Silva (2004), com 156 gestantes, 32% delas revelou que faziam uso de algum método contraceptivo, sendo que o mais utilizado era o preservativo (49%), anticoncepcional oral (37,3%) e anticoncepcional injetável (3,9%).

Os profissionais da saúde que realizam o monitoramento das mulheres e seus companheiros devem realizar a educação em saúde, pois a orientação á respeito da contracepção é de extrema importância para se prevenir gestações indesejadas e também a transmissão de IST. (SPINDOLA *et al.*, 2005).

Quando questionadas sobre o desejo da gravidez atual, das vinte mulheres, dezoito (90%) relatou ser uma gestação desejada e duas mulheres (10%) afirmou não ser uma gestação desejada. Esse estudo é semelhante a uma pesquisa realizada em Caratinga, Minas Gerais com 44 mulheres em uma instituição hospitalar filantrópica por Domingos *et al.* (2011), onde 87% das mulheres relataram desejar a gestação, e 13% não desejavam.

Secundo Arrais *et al.* (2013), muitas vezes a gestação integra um elaborado planejamento familiar e acontece em um momento que foi planejado e desejado. Entretanto, pode ocorrer em momentos não planejados. Uma parcela dessas gestações não planejadas poderá ser aceita e gerar momento de felicidade a essa mulher e ao bebê, porém outras poderão ser rejeitadas, resultado em sentimentos conflituosos, abortamentos, conflito no relacionamento mãe-filho e abandono de recém-nascidos. A gestação não desejada tem chances elevadas de causar repercussões emocionais negativas para a mulher, posteriormente prejudicando a relação mãe-bebê.

Tabela 7. Perfil e condições ginecológicas e obstétricas das gestantes – Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Número de gestações*		
Primípara	08	40%
02 gestações	03	15%
03 gestações	06	30%
04 ou mais	03	15%
Tipo de parto	N=12	%
Vaginal	07	58,3%
Cesárea	05	41,7%
Abortos	N=20	%
Sim	04	20%
Não	16	80%



Fonte: Dados da pesquisa

\*Incluindo a gestação atual

Os dados presentes na tabela 7, demonstram que a atual pesquisa tem semelhança com um estudo realizado em Itamogi Minas Gerais com 54 gestantes, 46% eram primíparas, 20% estavam na segunda gestação, 23% estavam na terceira gestação e 7% estavam na quarta ou mais gestações. (DIAS, 2011).

Em um estudo realizado por Peixoto *et al.* (2009), 86,5% das gestantes entrevistadas estavam entre a primeira e terceira gestação.

A média de filhos por mulher no Brasil está sofrendo uma queda, pois em 1970 a média de filhos era de 5,8 e passou para 1,8 em 2006. As taxas de fecundidade, de acordo com a idade também diminuíram drasticamente no período de 1970 a 2006, principalmente na faixa etária a partir dos 30 anos, com uma queda de mais de 70%. A faixa etária de 15 a 19 anos foi a única que teve uma elevação da taxa de fecundidade neste período. (BRASIL, 2009)

A respeito da via de parto, 41,7% das mulheres disseram ter realizado cesárea nos partos

anteriores, e 58,3% relataram ter realizado parto normal. Os resultados não estão em concordância com o estudo realizado por Dias (2011), onde as que realizaram partos normais representam 70,1% das gestantes e as que realizaram cesáreas foram 29,9%.

O Brasil apresenta uma elevação nas taxas de cesáreas desde meados da década de 1990, e no ano de 2009 a proporção de cesáreas ultrapassou a proporção de partos normais no Brasil, atingindo o valor de 52%. A Organização Mundial de Saúde estipula em 15% o limite máximo da proporção de cesarianas. (DOMINGUES, *et al.*, 2014).

Em relação a ocorrência de abortos, quatro mulheres (20%) disse ter sofrido ao menos um aborto, espontâneo ou provocado. O resultado tem semelhança ao estudo realizado por Peixoto *et al.* (2009), onde relatava que 18% das mulheres revelaram que tinham sofrido ao menos um aborto até o momento da pesquisa.

Tabela 8. Perfil e condições ginecológicas e obstétricas das gestantes – Sinop/MT - 2017

Características	N=20	%
Já fez CCO		
Sim	17	85%
Não	03	15%
Último CCO		
2011-2012	02	11,76%
2013-2014	05	29,41%
2015-2016	10	58,82%

Fonte: Dados da pesquisa

A respeito da realização do exame colpocitológico (CCO) prévio, tabela 8, a maioria das gestantes afirmou já ter se submetido a ele, ao menos uma vez. De acordo com Peixoto *et al.* (2009), o resultado está relacionado com o fácil acesso para realização do exame ginecológico nas unidades de saúde e ao incentivo por parte dos profissionais de saúde.

Esses resultados apresentam semelhança a pesquisa realizada em São Luiz, no Maranhão com 465 mulheres por Oliveira *et al.* (2007), onde 82,4% das mulheres já haviam realizado o exame preventivo, e 17,6% nunca realizou.

Em uma pesquisa realizada por Souza *et al.* (2013), com 50 mulheres em uma Unidade Básica de Saúde em São Luís, no Maranhão, onde 78% das mulheres afirmou que já tinha realizado o exame preventivo ao menos uma vez, sendo que 51,4% realizou o exame entre os anos de 2012-2013, e 22% delas nunca realizou o referido exame.

De acordo com Clarke e Anderson apud Oliveira *et al.* (2007), o exame colpocitológico é uma tecnologia de fácil realização, de baixo custo e

muito eficiente para a prevenção do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Norte, Fernandes *et al.* (2009), relata que o trabalho, descuido, a falta de solicitação do exame pelo médico, a vergonha são as principais barreiras para a realização do exame CCO.

O exame preventivo é o principal e mais utilizado método de rastreamento do câncer do colo do útero. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), com a cobertura de no mínimo 80% da população-alvo, seria possível reduzir aproximadamente 60 a 90% da incidência do câncer do colo do útero invasivo. (Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2009)

Em alguns países desenvolvidos demonstra que onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres assistidas, teve uma redução de aproximadamente 80% da incidência do câncer do colo do útero. (OMS apud INCA, 2009)

Em relação ao aleitamento materno, das vinte gestantes, oito (40%) ainda não tinham filhos, dez (50%) afirmou ter amamentado os filhos nas

gestações anteriores, e apenas duas (10%) não amamentaram, sendo que uma relatou que não amamentou, pois o filho tinha lábio leporino e a outra gestante alegou “não ter leite” (sic).

Em um estudo realizado em Fortaleza, Ceará com 310 gestantes por Peixoto et al. (2009), as mulheres que amamentaram foi 45,1%, as que não amamentaram representam 3,5% e as demais (51,2%) não tinham filhos.

No estudo de Souza et al. (2013) com 50 gestantes em São Luiz, Maranhão 64% das gestantes relataram ter amamentado em gestações anteriores e 36% não tinham filhos.

A respeito do tempo de aleitamento materno, duas mulheres (20%) relataram ter amamentado até três meses, três (30%) amamentaram de 4-6 meses, duas (20%) amamentaram entre sete e onze meses, e três mulheres (30%) amamentaram de um ano ou mais.

Em um estudo com 310 gestantes em Fortaleza, Ceará realizado Peixoto et al. (2009), onde das 310 gestantes, 140 já tinham outros filhos, e 7,9 % delas relataram que tinham amamentado até 3 meses, 22,8% amamentou entre 4-6 meses, 19,2% amamentou entre 7-11 meses e 24,2% amamentou entre 12-24 meses.

Segundo uma pesquisa realizada em Cuiabá, Mato grosso por Franca et al. (2007), revela que a suspensão do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade abaixo de 180 dias demonstrou estar relacionada à baixa escolaridade da mãe.

O aleitamento materno proporciona vínculo, carinho, proteção e nutrição para o bebê e constitui a mais econômica, sensível e sábia estratégia para diminuir a morbimortalidade infantil. Embora existam milhares de evidências científicas demonstrando a superioridade do leite materno a respeito de outros meios de alimentar a criança, as taxas de aleitamento materno no Brasil, estão bem abaixo do que é recomendado, e os profissionais de saúde de um papel primordial na mudança dessa realidade. (BRASIL, 2009)

De acordo com Pamplona apud Souza et al. (2013), o aleitamento materno é uma experiência de um ciclo específico da vida da mulher, que é o período gestacional e puerperal, e claramente a maneira que ela experimenta esses momentos influenciará no seu entusiasmo para amamentar.

Mulheres que tiveram experiências benéficas a respeito da amamentação de outros filhos demonstram maior disposição para amamentar um novo filho e geralmente amamentam por um tempo maior, quando comparadas com mulheres que vivenciaram experiências negativas, como dor, mastite, fissuras entre outros. (BRASIL, 2006)

Em relação aos sentimentos das gestantes a respeito da gestação, oito mulheres (40%), relatou estarem felizes, quatro mulheres (20%) afirmou estarem ansiosa e feliz, três mulheres (15%) duas mulheres relataram estarem triste e cansada, duas

mulheres (10%) sente-se com medo e ansiosa, uma gestante (5%) relatou estar tranquila e feliz, uma mulher (5%) afirmou estar ansiosa e uma gestante (5%) relatou estar feliz, realizada e abençoada.

Segundo Brazelton e Cramer apud Borsa (2007), a gravidez é uma etapa complexa e ocorrem diversas mudanças na vida da gestante. É uma experiência cheia de sentimentos complexos, intensos, variados e ambivalentes. A relação da mulher com o seu filho começa inicia-se no decorrer da gestação, e será fundamental para a relação mãe-bebê que iniciará após o nascimento e no decorrer do crescimento da criança.

Ainda de acordo com os autores citados anteriormente, a gestação de uma mulher expressa toda a sua vivência anteriormente a gestação. As experiências com seus pais, as circunstâncias que a fizeram adaptar-se com êxito ou não a gestação e outras situações que ela viveu. Para esses autores, tudo isso influencia na adaptação desta mulher ao papel de mãe.

### **Considerações Finais**

Na atenção básica é imprescindível conhecer a clientela que é assistida pela equipe de saúde, e acredita-se que o delineamento do perfil das gestantes torna possível identificar suas características e determinar fatores de risco a fim de evitar e tratar possíveis intercorrências.

Conforme o que foi proposto, foi delineado o perfil das gestantes que são atendidas na unidade de saúde já citada anteriormente. Essas são, em sua maioria, adultas jovens com idade entre 26 e 29 anos, vive com o companheiro, tem baixa escolaridade, são de cor/raça parda e não exercem atividade profissional remunerada. Seus pais são separados ou vive com outro companheiro, a renda familiar é até três salários mínimos. A casa onde vive é de madeira, e tem acesso a saneamento básico, luz elétrica e água encanada.

As principais queixas relatadas foram náuseas, ansiedade, dor em baixo ventre, cefaleia não associada com hipertensão arterial, constipação e azia. A menarca em média ocorreu aos 12 anos, o início das relações sexuais aos 16 anos. Em sua maioria fazia uso de anticoncepcional oral, são primigestas. A maior incidência nas gestações anteriores foi o parto normal e em sua maioria nunca tiveram aborto espontâneo ou provocado.

A promoção da saúde, as ações educativas e a prevenção de complicações gestacionais são primordiais para a assistência e orientação a mulher durante o período gestacional, e fica evidente a importância da Enfermagem neste processo.

O estudo epidemiológico na atenção básica pode contribuir para monitorar os indicadores de saúde e auxiliar na determinação de prioridades de intervenção, melhorando a assistência a população estudada.

Por fim, percebe-se que as gestantes têm suas particularidades e que estas devem ser percebidas durante as consultas de pré-natal.

Tendo consciência do perfil destas mulheres, os profissionais que irão prestar o atendimento a elas poderão refletir quais ações são direcionadas para essa população, especialmente as atividades de educação em saúde individual ou coletivamente, que provavelmente auxiliará na manutenção da gestação de uma maneira saudável.

## Referências

ALVES, C.N.; RESSEL, L.B.; SANFELICE, C. BISOGNIN, P. WILHELM, L.A.; ZANINI, R.R. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Disponível em: <<file:///C:/Users/Debora/Downloads/2052-15142-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17/02/2017.

ARAÚJO, D.M.R.; PACHECO, A.H.R.N.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300013)>. Acesso em: 08/02/2017.

ARRAIS, L.; SOUZA, C.A.; MASULLO, C. A gravidez desejada e não desejada. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/gravidez/336034/a+gravidez+desejada+e+a+nao+desejada.htm>>. Acesso em: 17/02/2017.

BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rsp/article/view/31747/33661>>. Acesso em: 09/02/2017.

BERLOFI, L.M.; ALKMIN, E.L.C.; BARBIERI, M.; GUAZZELLI, C.A.F.; ARAÚJO, F.F. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2>>. Acesso em: 09/02/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS/DATASUS. Sisprenatal. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 21/10/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102asistencia1.pdf>>. Acesso em: 01/10/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 21/10/2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>>. Acesso em: 04/11/2016.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 9.263, de 12 de fevereiro de 1996. Dispõe sobre o planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União Brasília, DF, 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)>. Acesso em: 01/10/2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/im\\_prensa/ppts/00000006460511142011051416506447.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/im_prensa/ppts/00000006460511142011051416506447.pdf)>. Acesso em: 07/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/SVS/SM). Dashboard da Natalidade. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard2/natalidade/>>. Acesso em 29/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/SVS/SM). Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 29/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadernos de Informação de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>>. Acesso em: 04/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Nascidos vivos Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cn/nvuf.def>>. Acesso em: 07/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher – PNDS. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 09/02/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 09/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta da gestante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 41p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 1.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 29/01/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança e nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)>. Acesso em: 17/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). Disponível em: <[file:///C:/Users/Debora/Downloads/relatorio\\_final\\_PNDS2006\\_04julho2008.pdf](file:///C:/Users/Debora/Downloads/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf)>. Acesso em: 30/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas para as mulheres. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM. 1. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Disponível em: <

[http://svs.aids.gov.br/download/manuais/manual\\_obito\\_materno\\_2009.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/manual_obito_materno_2009.pdf)>. Acesso em: 29/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>>. Acesso em: 04/11/2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>>. Acesso em: 04/11/2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Censo demográfico 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/im\\_prensa/ppts/0000008473104122012315727483985.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/im_prensa/ppts/0000008473104122012315727483985.pdf)> Acesso em: 04/11/2016.

CAMARGO, E.P. O ensino de Física no contexto da deficiência visual: elaboração e condução de atividades de ensino de Física para alunos cegos e com baixa visão. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000358628>>. Acesso em: 07/02/2017.

CARVALHO, W.R.G.; FARIAS, E.S.; GUERRA-JUNIOR, G. A idade da menarca está diminuindo? Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038920014.pdf>>. Acesso em: 08/02/2017.

DATASUS. Departamento de Informação do SUS. SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>> Acesso: 26/10/2016.

DIAS, W.S.L. Perfil das gestantes do PSF II do município de Itamogi MG. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3033.pdf>>. Acesso em: 08/02/2017.

DOMINGOS, S.R.F.; MERIGHI, M.A.B.; FARIA, E.C.R.; FERREIRA, L.M.G. Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga-MG. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/64>>. Acesso em: 17/02/2017.

- DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E. FALCONE, W.M.; MADER, C.V.N.; NASCIMENTO, C.F.L.; SANTOS, J.M.M.; NÓBREGA, F.J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 08/02/2017.
- FERNANDES, J.V.; RODRIGUES, S.H.L.; COSTA, Y.A.S.; SILVA, L.C.M.; BRITO, A.M.L.; AZEVEDO, J.W.V.; NASCIMENTO, E.D.; AZEVEDO, P.R.M.; FERNANDES, T.A.A.M. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/355.pdf>>. Acesso em: 17/02/2017.
- FRANCA, G.V.A.; BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; ESCUDER, M.M.; VENANCIO, S.I.; Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500004)>. Acesso em: 18/02/2017.
- FREIRE, K.; PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a03.pdf>>. Acesso em: 17/02/2017.
- GOMES, M.T.; CÉSAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/241/549>>. Acesso em: 07/02/2016.
- MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de atenção à saúde. Matriz diagnóstica estadual: rede cegonha. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivos/444/rede-cegonha>>. Acesso em: 07/02/2017.
- MATO GROSSO. SES - Secretaria Estadual de Saúde. Razão de Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador>>. Acesso em: 29/10/2016.
- OLIVEIRA, M.M.H.N.; SILVA, A.A.S.; BRITO, L.M.O.; COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>>. Acesso em: 17/02/2017.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- PEIXOTO, C.R.; LIMA, T.M.; COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; OLIVEIRA, A.S.; DAMASCENO, A.K.C. Reme (Revista mineira de Enfermagem). Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/516>>. Acesso em: 17/02/2017.
- PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6>>. Acesso em: 08/02/2017.
- RODRIGUES, M.S.D. Cefaleia gestacional. Disponível em: <<https://medicoresponde.com.br/dor-de-cabeca-na-nuca-durante-a-gravidez-o-que-pode-ser/>>. Acesso em: 08/02/2017.
- SANTOS, P.M. Perfil de adolescentes gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Sinop/MT: um rastreamento da gravidez indesejada. Disponível em: <<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA>>. Acesso em: 09/02/2017.
- SILVA, J.R.; SOUZA, L.P.S.; FIGUEIREDO, M.F.S.; MESSIAS, R.B.; RIBEIRO JUNIOR, A.F.; REIS, T.C. Perfil socioeconômico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claro, MG. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd162/perfil-socioeconomico-das-gestantes-atendidas.htm>>. Acesso em: 17/02/2017.
- SILVA, M.G.; GONTIJO, E.E.L.; FERREIRA, D.S.; CARVALHO, F.S.; CASTRO, A.M. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/3305/2864>>. Acesso em: 08/02/2017.
- SOUZA, A.I.; FILHO, M.B.; FERREIRA, L.O.C. Alterações hematológicas e gravidez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v24n1/a06v24n1>>. Acesso em: 15/02/2017.
- SOUZA, N.A.; QUEIROZ, L.L.C.; QUEIROZ, R.C.C.S.; RIBEIRO, T.S.F.; FONSECA, M.S.S. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís/MA. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/r>>

[cisaude/article/view/1919/2833](http://cisaude/article/view/1919/2833)>. Acesso em: 09/02/2017.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09>>. Acesso em: 07/02/2017.

SPINDOLA, T.; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a14>>. Acesso em: 07/02/2017.

TERENCE, A.C.F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006\\_tr5\\_40368\\_8017.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr5_40368_8017.pdf). Acesso em: 16/02/2017.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.D.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016)>. Acesso em: 07/02/2017.