

PERFIL DE GESTANTES ASSISTIDAS NO PRÉ-NATAL EM UMA USF

PROFILE OF PREGNANT WOMEN ASSISTED IN PRENATAL AT A USF

Severino Aguinildo Lima¹
Diógenes José Gusmão Coutinho²

RESUMO: A gravidez pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde, trata-se, portanto, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo. Acompanhar o desenvolvimento do bebê durante os nove longos meses de gestação é maravilhoso, nenhuma invenção do ser humano, por mais completa e evoluída que seja, chega aos pés da magia que é o encontro de duas células num ambiente propício a formar um novo ser completinho, pronto para chorar e mamar. Esse estudo tem como objetivo descrever um estudo do tipo descritivo transversal quantitativo sobre o Pré-natal e os cuidados que uma mulher deve ter durante a gestação. A análise dos resultados aqui apresentados corresponde ao levantamento realizado as 121 gestantes entre ano de 2015 a 2016 no PSF “X”. Assim como objetiva identificar o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes atendidas na USF. A assistência à gestante necessita de total atenção por parte dos profissionais de saúde e dos que elaboram políticas públicas de saúde. Do total das 121 gestantes avaliadas, dentre essas gestantes 28% eram adolescentes até 20 anos. Entre essas 34 gestantes menores de 20 anos, 13 gestantes tinham menos de 16 anos, consideradas de risco pelo Ministério da Saúde. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado. Na análise dos dados verificou-se que 100% dos enfermeiros afirmam que os recém-nascidos sentem dor, sendo ela avaliada por meio de alterações fisiológicas, comportamentais e emocionais, porém apenas 7% afirmam fazer uso de escalas multidimensional. O pré-natal é a assistência que se dá à mulher a partir do momento em que ela descobriu que está grávida, o médico ou Enfermeiro procuram assistir e se preciso for, diagnosticar e tratar doenças preexistentes ou desenvolvida durante o Pre natal, oportunizando realização de um diagnóstico precoce de qualquer alteração tanto da mãe quanto do feto para que dentro das possibilidades existentes hoje elas possam ser corrigidas.

1203

Palavras-chave: Gravidez. Cuidado pré-natal. Enfermagem. ESF.

¹Pós-graduado em Administração com ênfase em Marketing, Graduado em Enfermagem e Graduado em Administração de Empresas. Aluno de Especialização em Pesquisa Avançada pela Faculdade Alpha, Mestrado Internacional EAD pela Atenas College University.

² Graduado em Biologia pela UFRPE. Doutor em Biologia pela UFPE.

ABSTRACT: Pregnancy may be the only contact a woman of reproductive age has with health services and is therefore a valuable opportunity for interventions aimed at promoting the health of women as a whole. Accompanying the development of the baby during the nine long months of gestation is wonderful, no invention of the human being, however complete and evolved, comes to the feet of the magic that is the encounter of two cells in an environment conducive to forming a new being complete, ready to cry and suck. This study aims to describe a quantitative cross-sectional descriptive study on prenatal care and the care a woman should have during pregnancy. The analysis of the results presented here corresponds to the survey of 121 pregnant women between the years 2015 to 2016 in the PSF "X". It also aims to identify the socioeconomic and demographic profile of the pregnant women attending the USF. Assistance to pregnant women requires full attention from health professionals and those who develop public health policies. Of the 121 pregnant women evaluated, 28% of these pregnant women were adolescents up to 20 years of age. Among the 34 pregnant women under 20 years of age, 13 pregnant women were less than 16 years old, considered at risk by the Ministry of Health. Data were collected through a semi-structured questionnaire. In the analysis of the data, it was verified that 100% of the nurses affirm that the newborns feel pain, being evaluated by means of physiological, behavioral and emotional alterations, but only 7% affirm to make use of multidimensional scales. Prenatal care is the care given to the woman from the moment she becomes pregnant, in which the doctor seeks to diagnose and treat preexisting diseases, to make an early diagnosis of any change in both the mother and the fetus so that within of today's possibilities can be corrected.

Keywords: Pregnancy. Prenatal care. Nursing. ESF.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez produz modificações no organismo materno que o coloca limite do patológico, representando uma sobrecarga de esforços físicos e psicológicos. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para mãe quanto para o feto. Estudos tem demonstrado que a política de assistência pré-natal bem executada, leva à minimização de taxas de mortalidade e morbidade perinatal, bem como dos índices de parto pré-termo.

Segundo Barros (2006), as alterações ocorrem nas primeiras semanas da gestação e estende-se até o período pós-parto. A mãe e feto formaram uma unidade fisiológica com meio interno em comum, sendo isso de extrema importância que o profissional de saúde conheça e compreenda essas transformações para que sejam evitadas intercorrências desnecessárias a mulher e ao feto.

Segundo Silva, *et al* (2012) as estatísticas no Brasil e em países em desenvolvimento a morbimortalidade materna e perinatal estão fortemente entrelaçadas com o não cumprimento de cuidados maternos e perinatais de boa qualidade.

De acordo com Neme (2000), a assistência ao pré-natal surgiu por Browne & McClure Browne, era conhecida por antenatal. Em 1956, Eastman designou anteparto e 1957 Dill por higiene da prenhez. No Brasil, Raul Briquet, mestre da Obstetrícia em 1925 criou o serviço de pré-natal com caráter universitário em São Paulo. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher à mulher desde o início de sua gravidez acompanhando o período de mudanças físicas e emocionais (BRASIL, 2001).

Diante da importância da assistência ao pré-natal e das implicações na saúde do binômio mãe-filho, é essencial a investigação da qualidade da assistência ofertada as gestantes em nível de atenção básica. A qualidade da assistência ao pré-natal está relacionada a alguns fatores: oferta de serviço, aspectos sócio demográficos, emocionais, influência familiar, econômico. A atenção ao pré-natal tem importante potencial indicativo para avaliar a qualidade de serviço, pois dispõe de indicadores formais para um monitoramento e por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica. A estratégia de saúde da família veio solidificar e organizar a atenção ao pré-natal visto, este ser considerado uma área prioritária na atenção materno-infantil.

As diretrizes gerais da PAISM estão inseridas no SUS onde este deve estar orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher, visando a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004).

A PAISM tem como objetivo geral promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso a serviços de saúde realizando ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (BRASIL, 2001).

As análises das fichas de pré-natal podem apontar o chamado “indicador de risco”, termo adotado para medições epidemiológicas que não são sensíveis a uma intervenção, mas que descrevem grupos de indivíduos que são vulneráveis do que outros, isto é: idade, sexo, classe social, situação conjugal, grupo étnico etc. (WACHS, *et al* 2010).

Neste estudo dar-se-á ênfase nestas variáveis, de modo a apontar os indivíduos de maior vulnerabilidade dentre os vinculados ao programa de assistência ao pré-natal.

Como aderir o pré-natal e quais os cuidados que uma mulher deve ter durante a gestação trazendo análises precisas, traduzindo a realidade da consulta de Enfermagem na USF, enquanto atendimento e acompanhamento em diferentes etapas do período gestacional? Esse estudo tem como objetivo descrever um estudo do tipo descritivo transversal quantitativo sobre o Pré-natal e os cuidados que uma mulher deve ter durante a gestação, salientando a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganizar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo dessa forma para diminuir a mortalidade materna e neonatal.

QUAIS SÃO AS HIPÓTESES DO TRABALHO?

QUAL A RELEVANCIA DO SEU ESTUDO?

QUAIS APLICAÇÕES PARA A SOCIEDADE PARTEM DESTE ESTUDO?

QUAIS LACUNAS PRETENDE PREENCHER?

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado numa USF no município do Agreste Setentrional - PE, cuja população abrangência é de 5.143. O período foi referente durante o ano de 2015 a 2016.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO?

TIPO DE TRABALHO?

EXPLORATÓRIO, DESCRITIVO, EXPLICATIVO?

BÁSICO OU APLICADO?

FALTA MELHORAR O EMBASAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

ANÁLISE DOS DADOS? DESCREVA MELHOR.

O objetivo foi descrever um estudo do tipo descritivo transversal quantitativo sobre o pré-natal e os cuidados que uma mulher deve ter durante a gestação atendidas na USF, identificar o nº. de consultas de pré-natal além de verificar o período de início do pré-natal.

A amostra foi composta pela análise de 122 fichas perinatais de mulheres vinculadas ao programa de pré-natal da USF. As variáveis selecionadas para análise foram: idade, escolaridade, situação conjugal, número de consultas, idade gestacional do início do pré-natal.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos da mesma envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa, por essa razão o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Organização Mundial de Saúde observando as Normas Éticas da Resolução nº 240/2000 do Código de Ética dos

Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (FRANÇA & LOPES, 2002) para análise e aprovação da mesma.

Os dados obtidos foram analisados com base num enfoque do método quantitativo, a partir dos dados primários que foram coletados através de informações contidas no instrumento de coleta. Em seguida, esses dados foram agrupados através de softwares estatístico com uma relação mais significativa entre as variáveis que foram coletadas e apresentadas em gráficos e tabelas, que serviram para discussão dos resultados à luz da literatura pertinente (GIL, 2002).

A aderência das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, que será essencial para diminuição dos altos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Figueiredo (2005), o artigo 198 da Constituição Federal explica que o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em um conjunto de unidades que prestam serviços de saúde à população, o SUS tem como diretrizes: descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para estados e municípios, atendimento integral à população e o controle social através da participação popular. Universalidade, Equidade e Integralidade são seus princípios norteadores que garantem a todos os cidadãos o acesso universal aos serviços de saúde. Sendo assim, às mulheres são a maioria da população brasileira correspondendo a (50,77%), elas são principais usuárias do SUS frequentando ou acompanhando algum familiar para os serviços de saúde. Analisando por esta ótica, o Ministério criou e implantou programas específicos voltados à política de atenção à saúde da mulher assistindo-as em todos os seus ciclos de vida, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde seus conteúdos serão desenvolvidos através da assistência clínico-ginecológica, assistência ao pré-natal, parto e puerpério imediato (FIGUEIREDO, 2005).

O Ministério da Saúde vem considerando que a saúde da mulher é uma de suas prioridades de governo, e por isso elaborou e implantou o PAISM. Esse programa foi oficializado em 1980, como estratégia de prioridade destinado à população feminina abrangendo todas as fases de seu desenvolvimento, desde a adolescência até o pós-climatério, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação envolvendo assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, em

planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, saúde da mulher adolescente, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional de mulher (BRASIL, 2004).

O programa, PAISM, tem como objetivos de acordo com Figueiredo (2005), aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização do serviço para toda a população; melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle cérvico-uterino e de mamas; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de doenças transmitidas sexualmente; implantar ou ampliar atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo; desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando estados de infertilidade; evitar aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes do SUS, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção. É um compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para garantir os direitos humanos às mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida como também suas especificidades das diferentes faixas etárias e dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004).

Fernandes (2006), desde sua criação até os dias de hoje, o SUS teve avanços significativos os mais importantes foram o surgimento e consolidação de Sistemas Municipais de Saúde, administrando os recursos federais que passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde. Com isso, os municípios ampliaram o acesso da população aos serviços de saúde básica, contribuindo para o impacto positivo nos indicadores epidemiológicos, oferecendo uma melhor qualidade de assistência na Atenção Básica. Outro significativo avanço foi à estratégia estruturante do Programa de Saúde da Família (PSF), este é o mais importante avanço dos últimos anos, identificando áreas de risco e acolhendo os usuários de forma mais humanizada nas unidades de saúde da família. O

avanço substancial foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano.

Para Duncan; Schmidt e Giugliani, (2006), o PSF é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo os princípios do SUS; no Brasil, PSF nasceu em 1994 sendo avanço do Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS instalado em 1991. Os PSF's são envolvidos equipes multiprofissionais, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Com o avanço do Programa, foram incorporadas Equipe de Saúde Bucal, que é composta por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário.

Segundo Klinger (2003), a estratégia do PSF é aumentar resolutividade da equipe nos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Este programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade de Saúde da Família e nos domicílios, levando a saúde mais perto da família, criando vínculos de responsabilidade e facilitando a identificação dos problemas de saúde da comunidade.

Entende-se que o PSF representa uma transformação do modelo de atenção à saúde do município, por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais expostas ao risco de adoecer; por estabelecer uma metodologia de organização de trabalho dos profissionais de saúde voltada ao indivíduo, sua família e seu ambiente estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem às pessoas e quais são as suas necessidades; por estar articulada a rede de saúde de forma hierarquizada e regionalizada, garantir o acesso aos serviços de maior complexidade.

De acordo com Ramalho e Costa (2003),

[...] a gravidez é uma fase de desenvolvimento da mulher que implica uma série de mudanças: corporal, fisiológicas como afetiva e racional. É um estado especial da vida da mulher, que pode ser vivido intensamente e encarado como oportunidade de crescimento e amadurecimento emocional (RAMALHO E COSTA, 2003, p.97).

A gravidez é vivida por uma mulher que está inserida num contexto familiar e social, portanto, é uma vivência tanto individual como grupal e familiar que exigirá o desenvolvimento de novos papéis como: de mãe, de pai e de avós. O mesmo processo acontece com a adolescência que redimensiona não só a adolescente, mas todos os meios em que está

inserida e os familiares ao redor são novos papéis a serem assumidos como: buscar uma identidade, ser pai e mãe de um jovem e não mais uma criança.

Segundo Silva (2002),

[...] é preciso enfatizar a educação e os acessos de informações relacionados aos métodos contraceptivos, promoverem campanhas educativas levando informações e orientações necessárias sobre sexualidade, anticoncepção, gestação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Ainda agravado pelo baixo nível sócio-econômico-cultural de nossa população, levando à gestação indesejada (SILVA, 2002, p.80).

A equipe de saúde tem um lugar de destaque na educação para a sexualidade, incorporando a necessidade e a possibilidade de adotar uma atitude comunicativa que permita reforçar os vínculos de cooperação com as gestantes. Com o propósito de contribuir para a melhoria da prevenção da gravidez, é fundamental que sejam dadas orientações e priorizadas as atividades de planejamento familiar.

A gestação na mulher é preparada a cada ciclo menstrual. As modificações que surgem a partir da nidação ovular e de sua evolução, são frutos de várias adaptações do binômio materno fetal. Essas modificações podem ser sistêmicas ou gerais, porque atinge os diversos aparelhos e locais, e as modificações que ocorrem nos órgãos genitais, especialmente o útero (NEME, 2000).

1210

Para Rezende e Montenegro (2003),

[...] na gravidez há modificação nos componentes do sistema de coagulação, coincidindo com o aumento de estrogênios e progesterona que ocorre no primeiro trimestre. O volume sanguíneo total e o débito cardíaco maternos aumentam em até 50% na gravidez. Na gravidez, a pressão sanguínea normalmente diminui e retorna a níveis pré-gravídicos (REZENDE E MONTENEGRO, 2003, p.77).

Durante a evolução da gravidez, a mulher vivencia alterações no corpo que desenvolve sensação de estar diferente, tornando-se importante saber como ela percebe seu corpo, pois as mudanças são causadas principalmente pelo aumento do abdome, alterações da mama, ganho de peso e possível aparecimento de edemas. Levaremos em conta que a interpretação das modificações físicas da gravidez está supostamente relacionada como a mulher para a visualizar e encarar o seu corpo com essa nova situação, onde suas roupas passam a não mais servir no seu corpo, tornando significado simbólico das mudanças da auto-imagem (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

De acordo com Branden (2000), a gravidez normal está associada a várias alterações fisiológicas e patológicas. Ocorrendo complicações a gestante e toda a sua família podem ser

afetadas negativamente, a paciente e sua família podem necessitar de apoio emocional. Uma complicação é qualquer distúrbio ou disfunção da própria gravidez que ocorra até a 20^a semana de gestação. A detecção dessa complicação pode transformar num momento especial para mulher em um período de estresse e ansiedade.

Na gestação de risco a detecção precoce é importante para oferecer um atendimento diferenciado o que possibilita a prevenção das complicações, com isto reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período. Estudos epidemiológicos têm mostrado categorias de risco, a história obstétrica anteriores, os eventos da gestação atual e os fatores socioeconômicos e psicossociais. Algumas doenças como cardiopatias e os distúrbios endócrinos, podem ser agravadas com a gestação. O aumento do risco materno associa-se aos fatores de pré-eclâmpsia, doenças prévias da gestação, hemorragias obstétricas e infecções (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

O pré-natal começa com a concepção e termina com o início de trabalho de parto. O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal devem garantir as condições necessárias para prestar assistência criteriosa e de qualidade a gestante e seu filho. A assistência deve ser organizada, para atender as reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos e dos recursos disponíveis mais adequados. Em relação a adolescente grávida a equipe deve identificar precocemente essa clientela para que a assistência ao pré-natal seja iniciada no primeiro trimestre e haja o acompanhamento das mudanças físicas e os desequilíbrios emocionais. Esse acompanhamento é essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (MARINHO; FRANÇA, 2002).

Para Branden (2000), a avaliação do pré-natal inicia com a primeira consulta, onde a enfermeira colhe a história clínica da gestante, exame físico, solicitação de exames complementares periódicos de saúde (sumário de urina, parasitológico de fezes, hemograma completo, tipo sanguíneo, fator Rh, VDRL ou FTA-ABS que serão repetidos na 36^a semana, e em caso positivo encaminhar para tratamento da patologia), para avaliação do estado geral de saúde da gestante. As consultas devem ser agendadas como de rotina a cada quatro semanas, até a 28^a semana de gestação, uma consulta a cada duas semanas até a 36^a semana e em seguida

semanalmente até o bebê nascer, visando atenção para a pressão arterial, presença de edemas, altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais.

A quantidade de consultas depende das condições gerais da paciente. Outros autores Duncan; Schmidt; Giugliani (2006) diz que a primeira consulta deve ocorrer o mais cedo possível. O número de consultas corresponde de 6 a 9 consultas. As consultas de pré-natal envolvem procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar a demanda da gestante, transmitindo apoio e confiança necessária para o fortalecimento da mesma.

Segundo Barros; Marin; Abrão, (2002),

[...] para uma assistência de pré-natal efetiva é necessário: discussão com a população sobre a importância da assistência pré-natal, identificação precoce das gestantes para que possa iniciar o mais rápido possível o pré-natal, com controle periódico e contínuo e envolvendo também recursos humanos treinados, unidade básica de saúde adequada com equipamento e instrumental, sistema de referência e contra referência para garantir continuidade, apoio do laboratório e aquisição de medicamentos básicos e avaliação permanente da assistência pré-natal reforçando que nos cuidados à gestante adolescente, esses devem visar à detecção precoce de futuras complicações na gravidez (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002, p.101).

Brasil (1998), a assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, quando necessitar encaminhar para unidades de referência do SUS. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da USF, assegurando atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal. Como condições para uma assistência pré-natal eficaz, esses elementos devem ser garantidos: identificação precoce da gestante na comunidade: iniciando o acompanhamento da gestante no 1º trimestre de gravidez, traçando ações preventivas, educativas e terapêuticas; recursos humanos treinados: a equipe da USF deve estar preparada para prestar uma assistência de qualidade; área física adequada: preservar um ambiente físico adequado, destinado à assistência pré-natal; equipamento e instrumental necessários: mesa e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, fita métrica, espéculos, pinças de Cheron, material para colheita de exame colpocitológico, Sonar de Doppler (se possível); instrumentos de registro e estatística: permitindo o acompanhamento sistemático da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta utilizando material como: ficha perinatal, cartão da gestante e mapa de registro diário;

medicamentos básicos: a unidade de saúde deverá manter um sistema para suprimento de medicamentos para assistência à mulher; apoio laboratorial mínimo: toda unidade de saúde deve ter acesso a laboratório que garanta a realização dos exames de rotina: grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, sumário de urina, dosagem de hemoglobina (Hb) e teste HIV.

Para Duncan; Schimidt; Giugliani (2006) relatam que a ultra-sonografia é indicada melhor entre 16 e 22 semanas, pois neste período pode-se detectar malformação e gestação gemelar; sistema eficiente de referência e contra-referência: garantir referência a toda clientela, de modo a possibilitar seu acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de acordo com cada caso; avaliação das ações de assistência pré-natal e tem como objetivos: avaliar a qualidade de assistência pré-natal, identificar os problemas de saúde da população alvo e do desempenho do serviço, permitir a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a assistência pré-natal.

Para Duncan; Schimidt; Giugliani (2006),

[...] o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, incluindo os aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. Para promover a segurança da mãe e do feto, é necessário identificar as gestações de risco e oferecer assistência diferenciada nos vários graus de exigência, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal. Identificadas estas gestações, exigindo avaliações mais frequentes e com maior complexidade (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIAI, 2006, p.56).

Para Rezende e Montenegro (2003), os objetivos básicos da assistência pré-natal são: Orientar os hábitos de vida: higiene pré-natal; Assistir psicologicamente a gestante; Prepará-la para maternidade: instruí-la sobre o parto, dando-lhes noções de puericultura evitar o uso de medicação e de medidas que seja ameaça para o conceito (anomalias congênitas); tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez; fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes.

De acordo com Brasil (2000), a gestante deverá receber orientações necessárias referente ao acompanhamento pré-natal na USF, e será fornecido o cartão da gestante, o calendário de vacinas e orientações sobre a participação nas atividades educativas, reuniões de grupos e visitas domiciliares. Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Esta também é uma atribuição da enfermeira, desenvolver ações educativas em saúde para as grávidas, dentro e fora da Unidade de Saúde da

Família, promovendo a interação mediante palestras, cursos, atividades em escolas, em creches e em associações de bairros, em locais que possam divulgar a necessidade de controle periódico do pré-natal (MARINHO; FRANÇA, 2002).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência pré-natal e puerperal de boa qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. Realizando um pré-natal dentro das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde tenta-se garantir mais bem resultados durante a gestação.

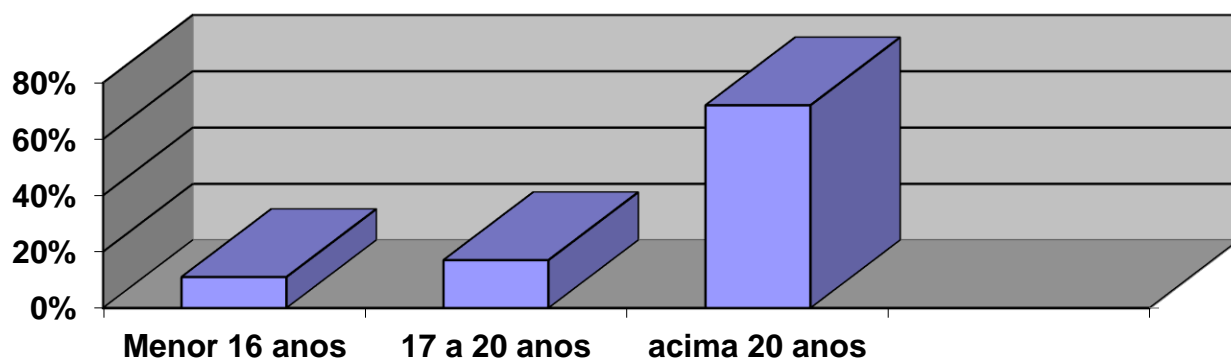
As diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão inserido no Sistema Único de Saúde onde este deve estar orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher, visando a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde (ERNA e MECCA, 2005).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes do SUS, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção. É um compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para garantir os direitos humanos às mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida como também suas especificidades das diferentes faixas etárias e dos diferentes grupos populacionais (BARROS, 2006).

A análise dos resultados aqui apresentados corresponde ao levantamento realizado as 121 gestantes entre ano de 2015 a 2016 no PSF “X”.

Do total das 121 gestantes avaliadas, dentre essas gestantes 28% eram adolescentes até 20 anos. Entre essas 34 gestantes menores de 20 anos, 13 gestantes tinham menos de 16 anos, consideradas de risco pelo Ministério da Saúde, como mostra o gráfico 01. Estes dados apontam a necessidade de investir em programas de educação em saúde, pois a gravidez na adolescência está diretamente relacionada com maior frequência de baixo peso ao nascer, risco maior de menores no primeiro ano de vida, mortalidade materna mais elevada, maior incidência de eclampsia, infecção urinária e anemia.

Gráfico Nº 01 - Apresentação das gestantes de acordo com a faixa etária que frequentam o PSF, Agreste Setentrional - PE.



Fonte Pesquisa: 2015 a 2016.

Verifica-se no gráfico Nº 01 que 13 (11%) das gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2015 a 2016 no PSF “X”, eram menores de 16 anos. 21 (17%) estão entre 17 a 20 anos e 87 (72%) tinham acima de 20 anos. Verificou-se que a incidência de gravidez abaixo de 20 anos está aumentando, reflexo de uma série de mudanças nos padrões culturais, da idade menarca precoce e das influências sociais dos meios de comunicação que estimulam a vida sexual cada vez mais precoce, e é considerado importante problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2000).

Tabela Nº 01 - apresentação do grau de escolaridade das gestantes que frequentam o PSF

GRAU DE ESCOLARIDADE	NENHUM	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	ENSINO MÉDIO COMPLETO	UNIVERSITÁRIO
	03	41	23	39	12	03
	3%	34%	19%	32%	10%	2%

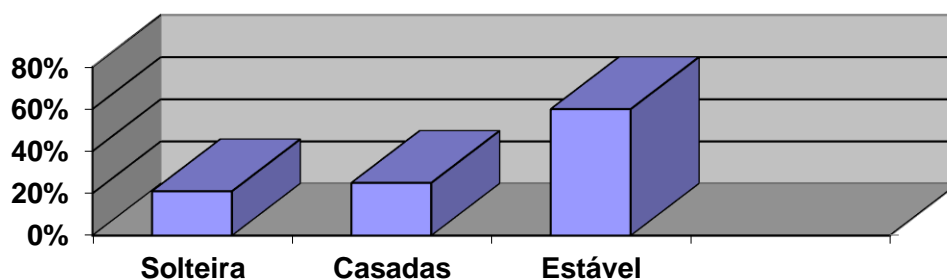
Fonte: Pesquisa ano 2015 a 2016.

Observou-se de acordo com a Tabela Nº 01 que das gestantes 03 (3%) não tem nenhuma escolaridade 41 (34%) cursaram o ensino fundamental incompleto, apenas 23 (19%) cursaram o fundamental completo, 39 (32%) cursaram ensino médio incompleto. 12 (10%) cursaram ensino médio completo e 03 (2%) chegaram universitária.

Verificou-se que a maioria não possui um grau de conhecimento satisfatório. Com isso quanto maior o tempo de escolaridade, menor o número de gestante entre adolescentes. Um fator determinante na melhoria das suas condições de vida. O estudo também define suas perspectivas futuras, e por isso a importância do fator escolaridade em suas vidas.

O impacto emocional ocasionado pela gravidez indesejada decorre basicamente do despreparo emocional e financeiro para a maternidade, além dos conflitos familiares e sociais. Em relação ao despreparo para a maternidade, o desconhecimento e a desinformação relacionado à gravidez e ao parto, além da responsabilidade social quanto ao papel de mãe. O referido autor relata que a prevenção da gravidez indesejada deve estar baseada num sistema de educação sexual (FRANÇA, 2002).

Gráfico Nº 02 - Apresentação do estado civil das gestantes que frequentam o PSF



Fonte: Pesquisa 2015 a 2016.

Um companheiro ou marido é mais uma preocupação e dificuldade para algumas dessas gestantes. Foram observadas no gráfico Nº 02 que 25 (21%) das gestantes são solteiras, e 28 (23%) são casadas, e 68 (%) estão unidas numa relação estável. Nota-se que um grande número das gestantes depende totalmente da renda familiar, onde esse é um dos efeitos negativos.

Independente do estado civil deve-se ser observadas que as alterações fisiológicas na gestação decorrem de fatores hormonais e mecânicos. As mudanças ocorridas no organismo materno devem ser consideradas normais, durante o estado gravídico, por vezes aparecem sintomas prejudiciais à paciente. Apresenta-se as seguintes modificações do organismo materno (NEME, 2000):

A. Modificações Sistêmicas

- **Postura e Deambulação:** à medida que vai evoluindo a gestação, a parede abdominal e as mamas dilatadas e engrandecidas, pesa no tórax, o centro da gravidade se desvia

para diante, e para manter o equilíbrio o corpo se joga para trás, surgindo lordose da coluna lombar. A deambulação da grávida lembra a deambulação dos gansos, a marcha anserina.

- **Alterações no Metabolismo:** na gestante é necessário para suprir as exigências do processo de amadurecimento e desenvolvimento do concepto durante a gravidez. O concepto é consumidor de glicose, a mãe é quem fornece essa demanda de glicose, mesmo estando no período prolongado de jejum, o feto continua retirando glicose e aminoácidos da gestante, em taxas idênticas existentes nos períodos de alimentação. Quanto ao metabolismo protéico, a concentração da maioria dos aminoácidos está reduzida na gravidez. As necessidades calóricas, de vitaminas, de sais minerais, aumento ponderal da grávida, são elementos de grande importância na assistência ao pré-natal. O metabolismo hidroeletrólítico, as modificações da água e dos eletrólitos são de grande importância, dessa forma a entender o significado da presença de edema no final da gravidez em muitas mulheres. O acréscimo total de água no organismo da gestante sem edema é de 7,5l dos quais 1,7l estão nos tecidos, porém mais hidratados que fora da gestação. É suplemento adicional de água que vai haver retenção de cloreto de sódio para manter a osmolaridade.

- **Sistema Cardiovascular:** são modificações também importantes pela sobrecarga que determinam na grávida cardiopata, a maior parte ocorre no 1º trimestre antes das transformações, há uma elevação do volume cardíaco de 35-50%. Na gravidez a pressão sistólica sofre uma queda ligeira (5-10 mmHg), e a pressão diastólica baixa significativa (10-15 mmHg), no 2º trimestre retorna aos níveis pré-gravídicos, isto por causa do decréscimo de resistência vascular sistêmica.

- **Sistema Sanguíneo:** na gravidez há um aumento das necessidades de ferro, por isso, a frequência de anemia, por sua carência. O próprio organismo materno extrai essa demanda de ferro, absorvendo maior quantidade desse elemento da dieta e mobilizando os estoques maternos de ferro (PINHO, 2000, p. 109). O resultado das modificações gravídicas na homeostase tem por objetivo assegurar as perdas hemorrágicas no situs placentário.

- **Sistema Urinário:** a diminuição do peristaltismo e da tonicidade facilita estase urinária, por isso a maior incidência de infecções urinárias na gravidez. O volume urinário diário chega até 80% do filtrado é reabsorvido nos túbulos proximais. A frequência urinária é exercida pela compressão do útero gravídico na bexiga.

- **Sistema Respiratório:** alterações do volume sanguíneo e a vasodilatação da gravidez resulta em hiperemia e edema da mucosa das vias respiratórias superiores, esse distúrbio desencadeia à congestão nasal e a epistaxe. As alterações na parede do tórax e no diafragma são comuns na gravidez. Está aumentado de 15% a 20% o consumo de oxigênio na gravidez para suportar a massa materno-fetal adicionado ao trabalho cardiorrespiratório. A dispneia é uma das queixas frequentes atingindo 60% a 70% na gestante.

- **Sistema Digestivo:** as modificações do aparelho digestivo têm como objetivo o aumento da absorção de nutrientes para fornecimento do concepto. Há aumento do apetite e da sede no 1º trimestre, a causa pode estar ligada a diminuição dos níveis de glicose e aminoácidos ou porque o aumento das gorduras cause alteração central no balanço energético. O esôfago, o estômago, a vesícula e intestino estão atônicos durante toda gestação, desvio aos fatores hormonais (NEME, 2000).

- **Pele:** Há aumento na pigmentação da linha alva do abdome inferior (linha nigra) da vulva, das aréolas mamárias e da face (cloasma) provocada pelos hormônios. Também há o aumento da vascularização ao nível da pele provocando eritema palmar e aumento da pilificação (NEME, 2000).

B. Modificações dos Órgãos Genitais

- **Vulva e Vagina:** há um aumento da vascularização, promove a mudança da tonalidade das paredes vaginais perdendo a cor rósea para arroxeada. A vagina e a vulva exibem sinais de hipertrofia da musculatura lisa vaginal devido ao afrouxamento do tecido conjuntivo (NEME, 2000).

- **Mamas:** como uma preparação para lactação na dependência do estímulo hormonal, a mama cresce, apresenta nodulações. A vascularização aumentada pode ser vista sob a pele, formando a característica rede venosa de Haller. O mamilo aumenta de volume e hiper pigmentação junto a aréola primária. Na aréola, as glândulas sebáceas tornam-se hipertróficas e salientes, onde são chamados de tubérculos de Montgomery (NEME, 2000).

- **Útero:** é o órgão que abriga o concepto e seus anexos. Possui grande sensibilidade a estímulos hormonais e nervosos e proporciona ao óvulo considerável fluxo sanguíneo. Há várias modificações na consistência, na forma, no volume, na capacidade, na posição, no peso e na espessura do útero. O útero é considerado um órgão endócrino que tem grande importância

idêntica a das glândulas de secreção interna da mulher, as substâncias nele produzidas e tem efeito local e sistêmico. Ele é um órgão pélvico que com 12 semanas de gestação torna-se perceptível ao palpar abdominal e seu crescimento pode ser acompanhado mês a mês, delimitando-se o fundo e medindo-lhe a altura em relação a sínfise púbica (NEME, 2000).

Em função de tantas alterações, às gestantes enfrentam instabilidade emocional, sensibilidade acentuada, grande irritabilidade, medo, ansiedade e necessidade de um afeto maior.

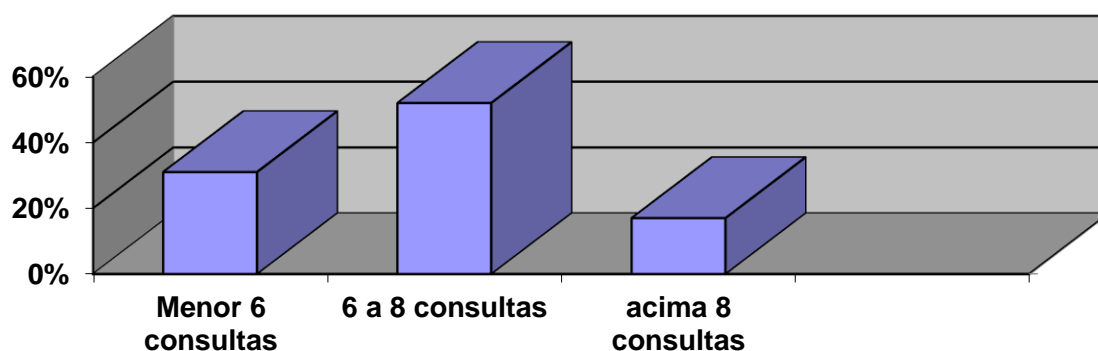
Tabela Nº 02 - número de consulta realizada com as gestantes que frequentam o PSF

CONSULTAS	ANO 2014	ANO 2015	ANO 2016
MENOS DE 6 CONSULTAS	14 (45%) GESTANTES	16 (36%) GESTANTES	08 (45%) GESTANTES
6 A 8 CONSULTAS	13 (42%) GESTANTES	23 (52%) GESTANTES	27 (59%) GESTANTES
ACIMA 8 CONSULTAS	04 (13%) GESTANTES	05 (12%) GESTANTES	11 (24%) GESTANTES

Fonte: Pesquisa 2015 a 2016.

A quantidade de consultas depende das condições gerais da paciente. A primeira consulta deve ocorrer o mais cedo possível. O número de consultas corresponde de 6 a 9 consultas. As consultas de pré-natal envolvem procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar a demanda da gestante, transmitindo apoio e confiança necessária para o fortalecimento da mesma (DUCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2006).

Gráfico Nº 03 - número de consulta realizada com as gestantes que frequentam o PSF



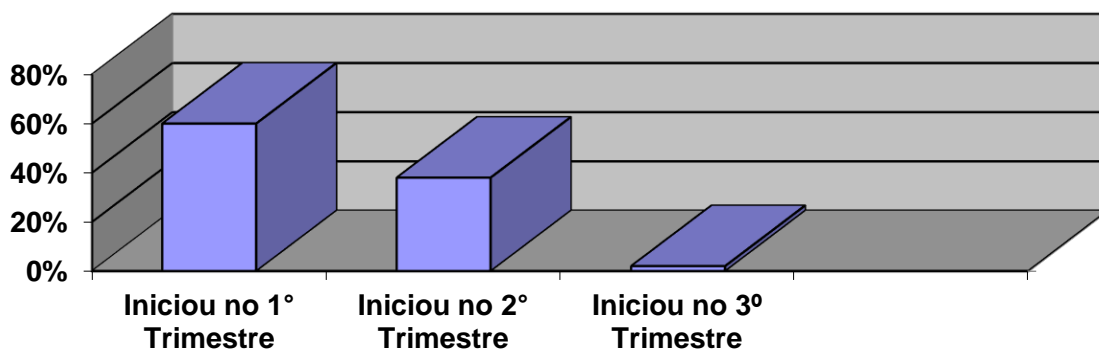
Fonte: Pesquisa 2015 a 2016.

A avaliação de dados gerados nestes 3 anos, mostrou que 52% das gestantes cumpriram integralmente com os critérios de 6 a 8 consultas. Os indicadores mostraram a melhora de um ano para outro, 17% das gestantes conseguiram acima de 8 consultas, uma pequena parcela das gestantes cadastrada não conseguiu cumprir integralmente os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A assistência ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, afirma que o enfermeiro deve ter controle periódico e envolvimento contínuo com a população alvo para assegurar a cobertura da atenção pré-natal durante toda a gestação. Todos os esforços da gestante e da família nas atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde (BARROS, 2006).

A assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, quando necessitar encaminhar para unidades de referência do SUS. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da Unidade de Saúde da Família, assegurando atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal. Como condições para uma assistência pré-natal eficaz, esses elementos devem ser garantidos: identificação precoce da gestante na comunidade: iniciando o acompanhamento da gestante no 1º trimestre de gravidez, traçando ações preventivas, educativas e terapêuticas; recursos humanos treinados: a equipe da Unidade de Saúde da Família deve estar preparada para prestar uma assistência de qualidade; área física adequada: preservar um ambiente físico adequado, destinado à assistência pré-natal; equipamento e instrumental necessários: mesa e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, fita métrica, espúculos, pinças de Cheron, material para colheita de exame colpo citológico, Sonar de Doppler (se possível); instrumentos de registro e estatística: permitindo o acompanhamento sistemático da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta utilizando material como: ficha perinatal, cartão da gestante e mapa de registro diário; medicamentos básicos: a unidade de saúde deverá manter um sistema para suprimento de medicamentos para assistência à mulher; apoio laboratorial mínimo: toda unidade de saúde deve ter acesso a laboratório que garanta a realização dos exames de rotina: grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, sumário de urina, dosagem de hemoglobina (Hb) e teste HIV (BRASIL, 2002).

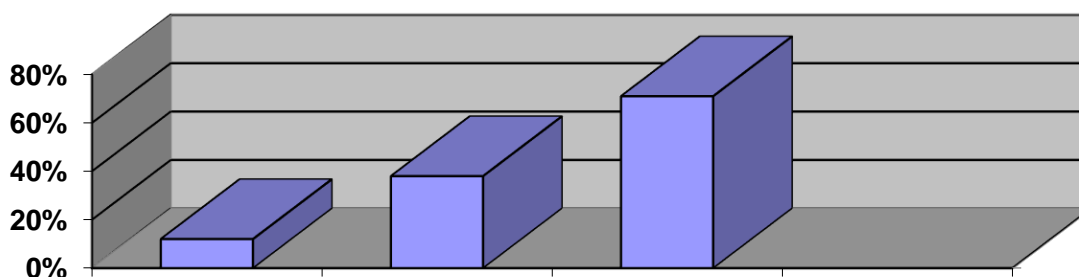
Gráfico Nº 04 - mostra o início de consulta com as gestantes que frequentam o PSF no 1º, 2º e 3º trimestre



Fonte: Pesquisa 2015 a 2016.

O período da primeira consulta no pré-natal é indicador importante para avaliar uma gestação. Para fins de análise, a idade gestacional do início do pré-natal foi dividida por trimestre, sendo verificado que 60% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. 38% no segundo trimestre e 2% no terceiro trimestre, nota-se o início tardio do acompanhamento pré-natal, compromete a qualidade da assistência, pois retarda a identificação da gestante desnutridas, gestação de risco e esquema de vacinação antitetânica incompleta. O início do pré-natal, o mais precoce possível, objetiva fortalecer a adesão e, rastrear eventuais fatores de risco.

Gráfico Nº 05 - apresentação das gestantes em relação ao seu peso



Fonte: Pesquisa 2015 a 2016.

No gráfico Nº 05 verificou-se que 12% das gestantes apresentaram baixo peso e 38% apresentaram peso acima do normal e 71% representa peso normal.

Durante a evolução da gravidez, a mulher vivencia alterações no corpo que desenvolve sensação de estar diferente, tornando-se importante saber como ela percebe seu corpo, pois as mudanças são causadas principalmente pelo aumento do abdome, alterações da mama, ganho de peso e possível aparecimento de edemas. Leva-se em conta que a interpretação das modificações físicas da gravidez estão supostamente relacionadas como a mulher para visualizar e encarar o seu corpo com essa nova situação, onde suas roupas passam a não mais servir no seu corpo, tornando significado simbólico das mudanças da auto-imagem (BARROS, 2006).

Estudos epidemiológicos têm apresentado categorias de risco, como história obstétrica passada, eventos da gestação atual e os fatores socioeconômicos e psicossociais. Além das doenças maternas prévias, como as cardiopatias e os distúrbios endócrinos que podem ser agravadas com a gestação e fatores associados com o aumento de risco materno como pré-eclâmpsia, hemorragias obstétricas antes e depois do parto e infecções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1222

A gestação não é uma doença, e sim um processo fisiológico normal, que na grande maioria das vezes transcorre sem complicações. Esse grupo de mulheres que não apresenta complicações compõe o chamado grupo de gestações de "baixo risco". Porém, em alguns casos, a gestação pode já começar com problemas, ou esses surgem durante ela, apresentando uma possibilidade maior de evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para a criança. São as chamadas gestações de "alto risco". O objetivo do pré-natal é garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar adequada e precocemente quais as pacientes com maiores chances de evolução desfavorável.

Apesar de ser um processo fisiológico a gravidez produz modificações no organismo materno passíveis de colocar a gestante no limite do patológico. Desse modo se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto.

A assistência pré-natal e puerperal de boa qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. Realizando um pré-natal dentro das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde

tentando garantir melhores resultados durante a gestação a assistência pré-natal deve ser iniciada assim que a possibilidade de gravidez for considerada, geralmente devido a atraso menstrual. Quanto antes for iniciado o acompanhamento, melhores serão os resultados alcançados.

Nas gestações de baixo risco, as consultas devem ser realizadas mensalmente até o sétimo mês de gravidez. A partir daí, a consulta deve ser a cada duas semanas até completar uma idade gestacional de 36 semanas. Depois disso, as consultas são semanais. Nas gestações de alto risco, o intervalo das consultas é menor, dependendo da necessidade de cada caso.

Em cada consulta são realizadas a entrevista e o exame físico, com palpação do abdome e determinação do tamanho do útero e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Com base nessas informações adquirida, a parte deste estudo de caso, considera-se que a questão da gravidez é um fator a ser trabalhado no campo da Saúde Pública, através de um acompanhamento psicológico, assistência de enfermagem por meio de um atendimento mais humanizado, contribuindo para uma melhor relação entre profissionais da saúde e gestante.

O pré-natal é de extrema importância, pois permite que a gestação seja conduzida da forma mais saudável possível. Além disso, as possíveis alterações são detectadas e tratadas precocemente, o que reduz bastante a chance de resultados desfavoráveis, protegendo a saúde da mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Sônia Maria O.; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina F.V. **Enfermagem Obstetrícia e Ginecológica: guia para prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**. Brasília-DF, 1998.

_____, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. 3.ed. Brasília-Df, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referências hospitalar**. Brasília-DF, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília-DF, 2004.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ERNA, E. Ziegel; MECCA, S. Aranley. **Enfermagem Obstetrícia.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

FERNANDES, Siliro. **Medicina Social e Gestão Pública: da diretoria à prática.** Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServiço=3&codPagiana=1320>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Nébia M. Almeida de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul: Difusão, 2005.

GIL, A. C. . **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed., São Paulo: Editora Atlas, 2002.

KLINGER, Fontinele Júnior. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado.** Goiânia: AB, 2003.

MARINHO A. C., FRANÇA I. S. X. . Assistência Pré-Natal à Adolescente Grávida. In: FRANÇA I. S. X., LOPES M. E. L. (Orgs). **Fios que tecem as malhas da história e a vida das mulheres.** João Pessoa: Idéia, 2002.

1224

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos; pesquisa bibliográfica, projeto e relatório; publicações e trabalhos científicos.** 6. ed., São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, Anailda Carvalho; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier. Assistência Pré-Natal à Adolescente Grávida. In: FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; LOPES, Maria Emília Limeira (Orgs). **Fios que tecem as malhas da história e a vida das mulheres.** João Pessoa: Idéia, 2002.

NEME, Bussâmara, **Obstetrícia Básica.** 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

PINHO, L. M. O. **Educação do Quotidiano do Ser Diabético.** Belo Horizonte. Escola de Enfermagem da UFMG, 2000.

RAMALHO, Richardson D. Wanderley; COSTA, Danyelle Monte Fernandes da. Gravidez na Adolescência: incidência Atual Preocupante. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança,** João Pessoa, v.1, n. 1, p. 97-103, jul 2003.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio B. **Obstetrícia Fundamental.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SILVA, Maria de Lourdes Franco. Gravidez na Adolescência: o discurso da literatura In:FRANÇA, Inicia Sátiro Xavier de. LOPES; Maria Emília Limeira (Orgs). **Fios que tecem as malhas da história e a vida das mulheres.** João Pessoa: Idéia, 2002.

SILVA, R et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.42, n.2, p.143-148, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n2/v34n2a05.pdf> > Acesso em 3 jul. 2018.

WACHS, T.D; EVANS, G.W. **Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective**. Decade of behavior, Science conference. Washington, DC, US: American Psychological Association, xviii, p.3-13, 2010.