

Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais

Socioeconomic and gynecological-obstetric profile of pregnant women of an Family Health Strategy in Northern Minas Gerais

Ernandes Gonçalves Dias

Enfermeiro Mestrando de Programa de Inovação e Tecnologia em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Docência na Saúde. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha e Faculdade Verde Norte (FAVENORTE).

E-mail: nandesenf@usp.br

Gisele Brito dos Anjos

Graduanda em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha.

Luciene Alves

Graduanda em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha.

Sayonara Nayranne Pereira

Graduanda em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha.

Lyliane Martins Campos

Enfermeira Especialista em Docência na Saúde e Saúde da Família. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha e Faculdade Verde Norte (FAVENORTE).

Resumo

Conhecer o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestante permite que o serviço de saúde entenda os riscos a que as gestantes estão expostas e possa se programar para atender à demanda de serviços de saúde para esse público. Objetivou-se identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes da Estratégia de Saúde da Família Vila Serranópolis em Porteirinha, Minas Gerais. Trata-se de um estudo censitário, descritivo e quantitativo, realizado com 13 gestantes. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2016 por meio de uma entrevista estruturada. Os resultados constataram predominância de mulheres pardas (69,2%), na faixa etária de 31 a 38 anos (46,2%), casadas ou em união estável (84,6%), com baixa renda e escolaridade, 29,2% e 100%, respectivamente. As gravidezes não são planejadas apesar de a maioria ser secundigestas. Conclui-se que o estudo do perfil socioeconômico e gineco-obstétrico podem auxiliar gestores e os profissionais de saúde a direcionar ações de promoção da saúde que amenizem os riscos identificados. Esse conhecimento auxilia ainda a pensar práticas para a integralidade do cuidado às gestantes.

Palavras-chave: Gestantes, Cuidado Pré-Natal, Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Knowing the socioeconomic and gynecological-obstetric profile of pregnant women allows the health service to understand the risks to which pregnant women are exposed and can be

programmed to meet the demand for health services for this public. The objective was to identify the socioeconomic and gynecological-obstetric profile of pregnant women in the Family Health Strategy of Vila Serranópolis in Porteirinha, Minas Gerais. This is a census, descriptive and quantitative study, carried out with 13 pregnant women. Data were collected from March to April 2016 through a structured interview. The results showed a predominance of brown women (69.2%), aged between 31 and 38 years (46.2%), married or in stable union (84.6%), with low income and schooling, 29.2% and 100%, respectively. Pregnancies are not planned although most are secondary. It is concluded that the study of the socioeconomic and obstetrical gynecological profile can help managers and health professionals to direct actions of health promotion that ameliorate the identified risks. This knowledge also helps to think practices for the integrality of care to pregnant women.

Keywords: Pregnant Women, Prenatal Care, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Segundo Mendes (2013) o trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal meio de acesso para o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Portanto é de responsabilidade das equipes intervirem nos fatores de risco que a população está exposta, realizar uma assistência integral, qualificada e contínua, pôr em prática atividades de educação e promoção em saúde e promover a reabilitação prematuramente.

Dalpiaz e Stedile (2011) afirmam que a ESF tem como objetivo apresentar uma proposta que dê novo sentido à assistência em saúde, embasada nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, as ações devem ser focadas na família, o que as tornam mais abrangentes em sua totalidade, ao serem influenciadas por questões sociais, políticas e econômicas, as ações deixam de serem curativas centradas na doença, e passam a ser de promoção de saúde e prevenção de agravos, levando em conta os fatores determinantes da saúde de cada região.

Sabe-se que durante a gestação, o pré-natal é uma oportunidade para os profissionais identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico das gestantes, para conhecer os riscos aos quais a mulher está exposta durante a

gestação e desenvolver as atividades de acompanhamento e promoção de uma gestação saudável.

Assim, no pré-natal as gestantes podem tirar as dúvidas, e também devem ser orientadas sobre informações a respeito da gravidez. É imprescindível que as informações passadas sejam corretas, visando evitar o despreparo e a falta de informações (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Conforme Brasil (2012) uma assistência adequada no pré-natal, permite a descoberta e a intervenção precoce em situações de riscos, assim como um sistema hábil no hospital referência (sistema de regulação, capaz de suprir a necessidade de vagas quando necessário, plano vínculo da maternidade com a gestante), uma assistência ao parto de qualidade (com o parto e o nascimento humanizado, com acompanhante escolhido, práticas adequadas, e com classificação de risco), são meios essenciais para determinar os indicadores de saúde do binômio mãe-bebê, e tem a possibilidade de diminuir as causas de mortalidade materna e neonatal.

De acordo Brasil (2013) é essencial que o setor saúde esteja acessível para as mudanças sociais e exerça de forma ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes são o foco principal do processo de aprendizagem; contudo, não se pode deixar de atuar com toda a família.

Frente a essas considerações este estudo teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico das gestantes da Estratégia de Saúde da Família Vila Serranópolis em Porteirinha, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Em virtude dos objetivos, este estudo caracteriza-se como censitário, descritivo e quantitativo. Foi realizado com gestantes cadastradas na ESF Vila Serranópolis, da cidade de Porteirinha, Minas Gerais.

Foram inclusas no estudo as 13 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão: residir na área de adscrição da ESF, estar cadastradas no Sis prenatal e ter idade igual ou superior a 18 anos.

As gestantes pesquisadas foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, direito à privacidade, anonimato e a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A captura dos dados ocorreu no período de março a abril de 2016 com o uso de uma entrevista estruturada composta por questões objetivas que versa sobre o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes. Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores, que realizava a leitura da questão e marcava, no formulário impresso, a opção de resposta relatada pela gestante. Coletou-se os dados logo após a gestante terminar a consulta médica ou de enfermagem na UBS.

Os dados foram tratados seguindo os princípios da epidemiologia descritiva, foram organizados, tabulados e processados em Planilhas do *Excel 2010* e então construídas Tabelas para facilitar a análise e compreensão dos dados levantados.

Ressalta-se que o projeto desse estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos e aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 1.445.566.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados socioeconômicos

A Tabela 1 mostra o perfil socioeconômico das gestantes. Em relação à cor observou-se prevalência de mulheres que se autodeclararam pardas (69,2%). No estudo de Dias (2011) realizado com 54 gestantes do PSF II Eurípedes Vicente de Paula de Itamogi-MG, houve prevalência de 55% de gestantes brancas.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das gestantes cadastradas na ESF Vila Serranópolis. Porteirinha-MG. 2016.

Variáveis	n	Fr (%)
Cor		
Parda	09	69,2

Branca	04	30,8
Idade		
19 23	02	15,5
23 27	03	23
27 31	02	15,5
31 35	03	23
35 38	03	23
Estado civil		
Solteira	01	7,7
Casada	06	46,2
Divorciada	01	7,7
União Estável	05	38,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	01	7,7
Ensino médio incompleto	01	7,7
Ensino médio completo	09	69,2
Ensino superior incompleto	01	7,7
Ensino superior completo	01	7,7
Renda		
1 a 3 salários mínimos	13	100
Pessoas residindo no mesmo lar		
01	01	7,7
02	04	≈30,8
03	05	38,4
04	02	15,5
05	01	7,7

Fonte: Dados Primários. 2016.

Quanto à faixa etária das gestantes, a idade variou de 19 a 38 anos, sendo a maior parte das mulheres com idade entre 31 e 38 anos (46%). No estudo de Dias *et al.* (2015) realizado com 18 gestantes na cidade de Janaúba-MG, identificaram prevalência de gestantes mais jovens, com idade entre 18 e 24 anos.

Gonçalves e Monteiro (2012) afirmam que a gestação tardia exige atenção obstétrica mais intensa, caso aconteça comorbidade, o pré-natal é mais delicado. A mulher e o parceiro devem ter consciência dos perigos existentes, para tomar a decisão de ter uma gestação. Entretanto, é possível que ocorra uma gestação saudável, sem problemas e dificuldades, haja vista o aparato tecnológico disponível.

Em relação ao estado civil, a maioria das gestantes (84,6%) vive com seus companheiros, casadas ou em união estável, assim como no estudo de Rezende e Sousa (2012), realizado com 110 gestantes de um centro de

referência da saúde da mulher em um município de Mato Grosso do Sul, em que 75% das gestantes viviam com companheiros.

As gestantes que possuem vínculo afetivo com seus companheiros dividem os saberes sobre a gestação e juntos passam a conhecer a assistência prestada durante o pré-natal. Dessa forma, no decorrer do atendimento é necessário que se valorize tanto as opiniões do pai, quanto as da gestante, pois ambos têm um papel importante no pré-natal (BARRETO et al., 2013).

Quanto à escolaridade das gestantes, percebeu-se que o nível de escolaridade é baixo, 84,6% têm o ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo. No estudo de Lima, Melo e Ferreira (2012), que buscou analisar os desafios enfrentados pelas gestantes no comparecimento as consultas de pré-natal em uma Unidade de Saúde no município de Serra Talhada-PE, realizado com 45 gestantes, identificaram prevalência de 38% de gestantes com ensino médio completo.

A escolaridade é um fator que influencia no planejamento de uma gestação. Mulheres com baixa escolaridade têm maior probabilidade de ter um uma gravidez precoce e não planejada, as mulheres que deixaram de ir à escola, e não tem acesso aos conhecimentos sobre sexualidade e planejamento familiar, tornam sua saúde reprodutiva vulnerável (SILVA et al., 2013).

Em relação à renda, todas as gestantes declararam ter renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimos incompletos. Constatou-se que as gestantes possuem em média baixa renda. Em um estudo realizado por Campos et al. (2012) em um hospital Santa Casa em Belém-PA, com gestantes de alto risco, onde observaram que a renda familiar declarada pela maioria (53%) era acima de um salário mínimo.

Para Xavier et al. (2013) é nítido que a baixa renda está associada a alguns riscos para a gestação, surgindo indagações sobre instabilidades sociais e programáticas que podem atuar em situações de riscos à saúde, trazendo grandes desafios aos profissionais e aos serviços de saúde. Nesse sentido, César et al. (2011) relatam que as mulheres que possuem melhores

condições socioeconômicas têm maiores possibilidades de ter acesso a serviços diferenciados, como exames que não disponíveis na rede pública.

Os dados da Tabela 1 mostram ainda que a maior parte das gestantes moram com três ou mais pessoas na mesma residência (61,6%). No estudo de Meinicke et al. (2011) realizado com 85 mulheres de uma enfermagem no Hospital Universitário da Paraíba em Paraíba-RJ, observaram prevalência de 98,8% das mulheres que referiram não morar sozinhas.

Segundo Petroni et al. (2012) é importante a participação e o apoio, emocional e comportamental, dos familiares da mulher no período da gestação, pois contribui para que a mesma se sinta amparada. Este envolvimento se dá através do acolhimento e disposição de ouvir e auxiliar a gestante no que for necessário.

Dados gineco-obstétricos

A Tabela 2 mostra o perfil gineco-obstétrico das gestantes. Esta tabela incorpora três grandes categorias: dados da gestação atual, antecedentes obstétricos e antecedentes clínicos.

Em relação ao tipo de gravidez, verificou-se que a maioria das gestações se desenvolve com um filho (84,6%), as demais ainda não tinham esse diagnóstico no momento da coleta de dados. No estudo de Queiroz et al. (2009) onde foram analisados 421 prontuários do serviço de obstetrícia de um hospital em Fortaleza-CE, entre janeiro de 2005 a dezembro de 2006, e identificaram uma prevalência de gestações com um filho.

Quanto ao trimestre da gestação, observou-se que a maior parte das gestantes estavam no primeiro ou terceiro trimestre (76,8%), no estudo similar, realizado por Souza et al. (2013) em uma Unidade de Saúde em São Luis-MA, identificaram 46% de gestantes no segundo trimestre da gestação.

Em relação ao planejamento da gravidez, constatou-se que a maioria das gestantes não planejaram a gravidez (53,9%), assim como no estudo de Coelho et al. (2012) realizado com 191 gestantes usuárias de Unidades de

Saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-BA, onde identificaram prevalência de 66,5% de gestações não planejadas.

Segundo Borges et al. (2011) o planejamento da gestação não é um acontecimento constante, frequentemente este comportamento é determinado pelo estilo de vida das mulheres, assim como sua história reprodutiva, e não simplesmente pelas maneiras de evitar uma gravidez ou seu nível de estudo.

Tabela 2 - Caracterização gineco-obstétrica das gestantes cadastradas na ESF Vila Serranópolis, Porteirinha-MG, 2016.

Variáveis	n	Fr (%)
Gestação atual		
Tipo de gravidez		
Única	11	84,6
Não sabe	02	≈15,5
Trimestre da gestação		
1º	05	≈38,4
2º	03	23
3º	05	≈38,4
Gravidez planejada		
Sim	06	≈46,2
Não	07	53,9
Antecedentes obstétricos		
Número de gestações (Considerando a gestação atual)		
Primigesta	03	23
Secundigesta	07	53,8
Tercigesta	02	15,5
Quartigesta	01	7,7
Mulheres com aborto prévio		
Sim	02	≈15,5
Não	11	84,6
Total de abortos prévios		
01 aborto	01	50,0
02 abortos	01	50,0
Partos prévios (número de mulheres)		
Vaginais	03	33,3
Cesáreos	06	66,7
Total de partos prévios		
Vaginais	04	36,4
Cesáreos	07	63,6
Antecedentes clínicos		
Etilista	02	15,5
Pré-eclâmpsia	01	7,7

Fonte: Dados Primários, 2016.

Quanto ao número de gestações, considerando a gestação atual, observou-se que a maioria das gestantes eram secundigestas (53,8%), bem

como em um estudo realizado por Barbieri *et al.* (2013) com 28 mulheres participantes de reuniões de pré-natal de duas Unidades de Saúde de Londrina-PR, onde encontraram prevalência de mulheres que eram secundigestas.

Em relação à ocorrência de aborto prévio, 84,6% gestantes nunca tiveram algum episódio de aborto previamente à gestação atual, assim como no estudo de Ribeiro *et al.* (2013) embasado em prontuários de mulheres que fizeram consultas ginecológicas em um presídio no Ceará, onde foi identificado prevalência de mulheres que nunca tiveram aborto. Estes dados também corroboram com os resultados encontrados no estudo realizado por Barbosa *et al.* (2011) com 108 gestantes em um centro de saúde da cidade de Fortaleza-CE, onde 82% das gestantes nunca sofreram nenhum aborto prévio à gestação.

Entre as que tiveram abortos prévios, observou-se a ocorrência de três abortos em duas mulheres. De acordo Benute *et al.* (2009) devido ao abortamento são gerados inúmeros sentimentos, dentre os quais são sempre razões muito específicas de cada mulher. Apesar disso, todos os motivos têm apenas um fim, o término de uma gestação.

Em relação aos partos prévios, identificou-se maior incidência de partos cesáreos nas gestações anteriores (66,7%). Este resultado corrobora com os encontrados por Inagaki *et al.* (2014), em um estudo realizado com 395 puérperas, em duas maternidades de Aracajú, observaram que 40,5% dos partos realizados nas instituições pesquisadas eram cesáreos.

Quanto ao total de partos anteriores, verificou-se prevalência de partos anteriores cesáreos (63,6%) e que 01 gestante teve mais de uma cesareana e 01 gestante teve mais de um parto vaginal. No estudo de Silva e Rosa (2014) realizado em consulta a 1510 prontuários de gestantes atendidas em um Centro de Referência de Santa Catarina, 835 (55%) foram partos cesáreos e 675 (45%) foram partos vaginais.

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) nos últimos 30 anos a sociedade internacional de saúde entende que a taxa de cesariana

quanto menor melhor e recomenda que estas taxas não variem acima de 15%.

Para Gonçalves (2015) a cesariana pode retardar a reabilitação da mulher, antecipação de iatrogenias, aumento da probabilidade de doenças e mortes para a mãe e o filho, maior tempo de permanência no ambiente hospitalar, adiamento no contato mãe e filho, prejudicando o elo entre os dois e altos custos para o SUS.

Em relação aos antecedentes clínicos, observou-se 15,5% de gestantes etilistas e 7,7% de gestantes que desenvolveram pré-eclâmpsia na gestação atual. Percebe-se baixa ocorrência de antecedentes clínicos. No estudo de Faria et al. (2013) realizado a partir de 115 prontuários de gestantes atendidas em um hospital no período de 2009 a 2010 na cidade de Taubaté-SP, observaram o etilismo em 19% das gestantes. No estudo de Santos et al. (2009) realizado com mulheres que receberam atendimento em Hospital Universitário do Maranhão, verificaram que 59,7% das mulheres com 35 anos ou mais tiveram pré-eclâmpsia.

De acordo Rodrigues (2014) o álcool é um teratôgeno alvo de diversas pesquisas por suas consequências à gestante e ao bebê. As alterações podem ser comportamentais, aborto ou danos ao feto, que podem ser manifestadas durante o próprio desenvolvimento fetal ou até mesmo na fase adulta. A ingestão de álcool no período da gestação é a principal causa de problemas no desenvolvimento do bebê, e que pode levar ao surgimento de doenças como Desordens do Espectro Alcoólico Fetal e a Síndrome Alcoólica Fetal.

Segundo Amaral e Peraçoli (2011) a pré-eclâmpsia é o principal fator para a morbimortalidade da gestante em todo o mundo. É uma doença variada, de origem e fisiopatologia complexa.

CONCLUSÃO

Os serviços de saúde precisam atentar à variáveis que são importantes quando se pensa em gestação. A baixa escolaridade e a baixa renda, identificada neste estudo, são fatores de risco que podem contribuir para intercorrências gestacionais e por vezes ao acesso ao serviço de saúde e à informações adequada.

Apesar de boa parte das gestantes não serem inexperientes com processos gestacionais, ainda se observa que gravidezes têm ocorrido sem planejamento, esse dado faz pensar em ineficiência do serviço em relação à educação em saúde para esse fim, planejamento familiar inadequado ou falta de acesso a meios de prevenção da gravidez.

Aponta-se ainda a necessidade de que estudos sejam realizados no sentido de compreender o cenário da quantidade elevada de cesarianas realizadas, não foi possível identificar se foi por escolha ou necessidade real.

Conclui-se que o estudo do perfil socioeconômico e gineco-obstétrico pode auxiliar gestores e os profissionais de saúde a direcionar ações de promoção da saúde que amenizem os riscos identificados. Esse conhecimento auxilia ainda a pensar práticas para a integralidade do cuidado às gestantes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia, *Ciências Saúde*, v.1, p. 153-160, 2011.

BARBOSA, B. N. *et al.* Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. *Rev. Eletr. Enf.* v. 13, n. 3, p. 464-473, 2011.

BARRETO, C. N. *et al.* Atenção pré-natal na voz das gestantes. *Rev. Enferm.*, Recife, v. 7 n. 5, p. 4354-63, 2013.

BENUTE, G. R. G. *et al.* Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 55, n. 3, p. 322-7 2009.

BORGES, A. L. V. *et al.* Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n. 2, p. 1679-84, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica Atenção ao pré-natal de baixo risco. n. 32, Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica Atenção ao pré-natal de baixo risco. n. 32, Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed. 2013.

CAMPOS, L. C. O. et al. Perfil sócio-epidemiológico de mulheres acometidas por gravidez ectópica atendidas em um hospital público de referência em gestação de alto risco na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev. Pan-Amaz Saude*, v. 3 n. 4, dez. 2012.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, v. 25, n.3, p. 415-422, 2012.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011. São Luís. **Anais...**, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. p. 1-10.

DIAS, E. G. et al. Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, n. 2, p.1239-53, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v6i3.22431> >. Acesso em: 07 nov. 2015.

DIAS, W. S. L. Perfil das gestantes do PSF II do município de Itamogi/MG. 2011. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.

FARIA, A. L. et al. Perfil sociodemográfico e patológico de gestantes com pré-eclâmpsia. *Rev. Enferm. UFPE On Line*, v. 07, n.6, p. 4430-6, jun., 2013. Disponível em: < <http://10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201315> >. Acesso em: 01 abr. 2016.

GONÇALVES, A. C. Cirurgia cesariana no SUS: análise socioeconômica de 1995 a 2015. 2015, 61 f. Monografia (Graduação Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Feminina*, v. 40, n. 5, p. 275-279, 2012.

INAGAKI, A. D. M. et al. Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido. *Rev. Enferm. UFPE On Line*, v. 8, n. 12, p. 4278-84, 2014. Disponível em: < <http://10.5205/reuol.6825-58796-1SM.0812201412> >. Acesso em: 10 mar. 2016.

LIMA, A. F.; MELO, A. M. A. A.; FERREIRA, M. A. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada-PE. *Saúde Coletiva em Debate*, v. 2, n. 1, p. 31-40, 2012.

MENDES, A. F. P. Pré-natal de baixo risco e puerpério: proposta de implantação de um protocolo de enfermagem. 2013, 40 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, p. 01-08. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1 >. Acesso em: 20 mai. 2016.

PETRONI, L. M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 11, n. 3, p. 535-541, 2012.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Características e agravos prevalentes da população assistida na fase perinatal: estudo em um hospital terciário do SUS. *Rev. Min. Enferm.*, v. 13, n. 4, p. 565-573, 2009.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo informação*, v.16, n.16, p. 45-69, 2012.

RIBEIRO, S. G. et al. Perfil Gineco-Obstétrico de Mulheres Encarceradas no Estado do Ceará. *Texto Contexto Enferm.*, v. 22 n. 1, p. 13-21, 2013.

RODRIGUES, L. P. S. Efeitos No Feto Da Ingestão De Álcool Durante A Gravidez. 2014 p. 53 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009.

SILVA, A. C. A. et al. Fatores de Risco que Contribuem para a Ocorrência da Gravidez na Adolescência: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Cuidarte*, v. 4, n. 1, p. 531-539, 2013.

SILVA, M. S.; ROSA, M. R. Q. P. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar*, v. 7, n. 2, p. 95-102, 2014.

SOUZA, N. A. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. *Rev. Ciênc. Saúde*, v.15, n.1, p. 28-38, 2013.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *e-Scientia*, v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.