



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA NOVA - RERIUTABA/CE**

**FRANCISCO JOSE MESQUITA**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DE VILA NOVA - RERIUTABA/CE

FRANCISCO JOSE MESQUITA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: ANA EDIMILDA  
AMADOR

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço, primeiramente, ao Grande Arquiteto do Universo, por tudo até aqui alcançado.

Agradeço à minha família, por todo o amor a mim dedicado.

Agradeço a minha orientadora, Professora Ana Edimilda Amador, pelos ensinamentos.

Agradeço aos meus pacientes, sempre humildes e solícitos.

---

---

Aos meu netos, Enzo, Arhur, Heitor, Justine, Benjamin e Gabriel.

---

## **RESUMO**

### RESUMO

Conhecer aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual das mulheres de sua região dá subsídios aos profissionais de saúde para melhorar as ações de promoção e prevenção a saúde e a qualidade da assistência à mulher no período gravídico. Para esquematizar as atividades do controle do pré-natal é imprescindível investigar os riscos aos quais a gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos apropriados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, em todas as consultas. É fundamental que os profissionais da saúde possam conhecer os fatores que contribuem ou não para oferecer uma assistência apropriada a essas mulheres. Somente assim, pode-se delinear estratégias visando a melhoria na assistência, determinando nosso verdadeiro papel enquanto profissional de saúde. Durante o período de atividade como médica atuante na Unidade Básica de Saúde de Vila Nova, no município de Reriutaba, Estado do Ceará, observamos um pobre conhecimento das gestantes ali acompanhadas, a respeito do período gravídico-puerperal. A aplicação deste projeto tem por objetivo a melhora na qualidade do pré-natal, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico das gestantes, ampliando a atuação dos profissionais de saúde, que passariam a assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal; Gravidez; Atenção Primária

## SUMÁRIO

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	-----
-----	7
PROBLEMA	-----
-----	10
JUSTIFICATIVA	-----
-----	11
OBJETIVOS	-----
-----	12
OBJETIVO GERAL	-----
-----	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS	-----
-----	12
REVISÃO DE LITERATURA	-----
-----	13
METODOLOGIA	-----
-----	16
RESULTADOS	-----
-----	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	-----
-----	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-----
-----	21
ANEXOS	-----
-----	23

## 1. INTRODUÇÃO

### INTRODUÇÃO

Os indicadores de assistência à saúde materno-infantil no Brasil têm apresentado uma sensível melhora nas últimas décadas. A taxa de mortalidade infantil, por exemplo, diminuiu pela metade, passando de 33,5 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos em 1998 para 16,1/1.000 nascidos vivos em 2011. (IBGE, 2012) Tal fato é explicado pela expansão dos serviços básicos de saúde e pela melhor assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, com especial destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). (MACINKO e col., 2002; IBGE, 2007)

As taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, entretanto, ainda são consideradas excessivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo associadas, na maioria das vezes, às intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis. (OMS, 1996) Cerca de seiscentas mil mulheres morrem por ano no mundo em consequência de complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo 99% dessas mortes nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, dentre os quais inclui-se o Brasil. A maior parte dos óbitos acontecem devido a causas potencialmente evitáveis, como hipertensão gestacional, hemorragia, infecções puerperais, entre outras. (IBGE, 2007)

Nesse contexto, surge o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), no ano 2000, oferecendo uma atenção exclusiva à gestante, ao recém-nascido e à mulher no pós-parto, com o objetivo de diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e implantar medidas que garantam a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal além de expandir as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, sendo que a assistência prestada envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica. (IBGE, 2000)

No Brasil, a representação social da gestação como um fenômeno natural acarreta, muitas vezes, a falta de cuidado na gravidez, a não adesão e a evasão dos programas pré-natais, influenciando na alta incidência de distúrbios gestacionais graves. São poucos os estudos sobre a qualidade da assistência pré-natal, contemplando as diferenças regionais entre as gestantes, a fim de garantir a adesão à assistência, em busca da integralidade da atenção. (SHIMIZU e col., 2009)

É evidente que o acesso das gestantes ao atendimento e acompanhamento pré-natal é restrito principalmente a fatores econômicos e demográficos. Perante esta necessidade, vários programas, como o Programa Saúde da família (PSF), buscam facilitar o acesso ao atendimento.

Assim, torna-se fundamental conhecer os aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual das gestantes, buscando melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde e na qualidade da assistência à mulher no período gravídico. Por conta disso, torna-se necessário identificar o

perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito de Vila Nova, no município de Reriutaba, no Ceará.

## PROBLEMA

A análise dos dados disponíveis no Brasil mostra que apesar da alta cobertura pré-natal encontrada, há comprometimento na qualidade da atenção prestada. Aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicações e frequentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto.

O conhecimento do perfil epidemiológico das mulheres grávidas do distrito de Vila Nova, em Reriutaba-CE, por parte da equipe de saúde, melhoraria a qualidade do atendimento pré-natal, aumentando a adesão destas aos programas de pré-natal e conseqüentemente diminuindo as taxas de complicações relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

A partir do momento em que a equipe de saúde conhece o perfil das pacientes atendidas em sua comunidade, pode-se intervir com mais qualidade no processo saúde-doença, evitando complicações preveníveis com medidas simples e bem estabelecidas.

## JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde já contempla os programas de assistência pré-natal de forma bastante ampla, entretanto não leva em consideração as características típicas de cada região.

É importante conhecer os aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual, buscando melhorias nas ações de promoção e prevenção à saúde e na qualidade na assistência à mulher no período gravídico. Por conta disso torna-se necessário identificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito de Vila Nova, em Reriutaba-CE.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Melhorar a qualidade do pré-natal das gestantes atendidas na UBS no ano de 2020

Capacitar os profissionais da equipe de saúde para desenvolver ações educativas de forma a auxiliar as gestantes a compreender melhor as fases da gestação, parto e puerpério

Diagnosticar precocemente complicações associadas à gestação

Direcionar as ações de planejamento familiar

Propor campanhas educativas nas escolas e na UBS sobre sexualidade e gravidez na adolescência a fim de evitar a gravidez indesejada

Contribuir para que os profissionais da saúde reflitam sobre a importância do perfil da gestante na esfera referente à saúde pública]]

#### METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, no qual será estudada a população de mulheres gestantes acompanhadas no programa de pré-natal na unidade de saúde básica da Vila Nova, em Reriutaba-CE.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de maio a setembro de 2020. O critério de inclusão foi a gravidez no período avaliado e o critério de exclusão foi a não procedência do município de Reriutaba.

A justificativa, os objetivos e os procedimentos para coletas de dados serão devidamente explicados às pacientes selecionadas, por meio de diálogo simples, no qual será oportunizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem compatível.

Além da abordagem educativa desenvolvida durante o estudo, foram coletados dados por meio de questionário semi-estruturado adaptado da literatura corrente, sendo este pré-codificado com finalidade de facilitar o registro de dados em computador (Anexo II).

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1**

### **MICROINTERVENÇÃO 1**

#### **“Aconselhamento em planejamento reprodutivo: A participação Masculina”**

##### **Introdução**

Planejamento reprodutivo: Conjunto de ações que visam regular a fertilidade e promover a constituição, a limitação ou aumento da prole pelo homem, pela mulher, por ambos ou por qualquer outro formato de parceria ou constituição familiar.

As ações do planejamento reprodutivo, devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

Poder planejar a gravidez e quantos filhos quer ter é um direito do casal. Infelizmente esta prática ainda não é adotada pela maioria da população, e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. Para que isto aconteça a Unidade Básica de Saúde – UBS, deve estar preparada para a demanda, estimulando a população e oferecendo meios e recursos para tal, especialmente para grupos mais receptivos como o de adolescentes.

O Pré-natal do parceiro é uma estratégia de envolvimento ativo de homens: adolescentes, jovens, adultos e idosos nas ações relacionadas ao pré-natal à partir do planejamento reprodutivo e passando por todas as fases da gestação, parto e cuidados de desenvolvimento da criança o que contribui, ao mesmo tempo, para a ampliação e a melhoria do acesso e do acolhimento desta população aos serviços de saúde disponíveis com enfoque na atenção básica.

##### **Problema encontrado na UBS (Vila Nova – Reriutaba – Ceará)**

1. “A não participação do homem (parceiro) no planejamento reprodutivo.
2. A nossa UBS (Vila Nova – Sede I – Reriutaba) só oferece aos usuários que a procuram quando o fazem: Contraceptivo oral, injetável mensal e trimestral. Além do preservativo masculino.

##### **Comentários:**

A atenção integral à saúde do homem no sistema único de saúde (SUS) vem sendo orientado pela Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) pois esta população apresenta menos acesso aos serviços de saúde.

É importante que os trabalhadores da saúde ampliem o olhar quanto à ambiência necessária nos serviços, de modo que os homens os reconheçam como espaços de cuidado também masculino.

Esta estratégia deve envolver ativamente os homens em geral (adolescentes, jovens, adultos e idosos) nas ações relacionadas ao pré-natal, o que contribui ao mesmo tempo, para a ampliação e a melhoria do acesso e do acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na atenção básica.

O “Pré-natal do parceiro” deve ser proposto como uma das principais portas de entrada aos serviços de atenção básica em saúde do homem.

O envolvimento ativo do Pai/Parceiro, independentemente de ser pai biológico ou não em todas as etapas do planejamento reprodutivo pode ser determinante para a criação e o fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre este e sua parceira e filhos.

### **Proposta de intervenção**

- Reunir equipe de saúde em palestras internas na UBS e em conjunto com as gestantes em pré-natal.

- Solicitar a presença dos Pais/Parceiros nas referidas reuniões.

- Instruir primeiramente os participantes da equipe sobre os métodos contraceptivos oferecidos e a oferecer.

- Distribuir folders educativos entre as “ACS” para que sejam destinadas às usuárias e parceiros.

- Ofertar diálogos participativos entre as mulheres gestantes ou não, incluindo adolescentes e jovens, sobre as opções anticonceptivas femininas e masculinas.

- Fazer palestras participativas com o público em geral na comunidade, na UBS e na rádio comunitária.

- Atuar junto ao Secretário de Saúde do Município e Prefeitura afim de que sejam ofertadas todo o portfólio anticonceptivo oferecido pelo SUS, incluindo métodos provisórios ou temporários.

E por fim tornar estas ações parte da rotina da UBS, evitando que sejam só um movimento sazonal.

### **Por que é importante o homem planejar a família?**

**Ser homem já foi ter  
muitos filhos!**

**Os tempos mudaram...**

**Antigamente era costume ter muitos filhos.**

**Hoje só se deve ter os filhos que se pode alimentar e educar bem.**

**Hoje em dia ser homem é planejar a família!**

**As crianças necessitam de muitas coisas:**

**Alimentos – Roupas – Educação – Jogos.**

**A família necessita de muito carinho, tempo e atenção.**

**Ser “macho” não significa ter quantos filhos pode ter e sim quantos pode manter.**

**Não é bom para a saúde da mulher ter muitos filhos em seguida.**

**Não seria o homem mais cuidadoso se fosse ele a engravidar?**

O homem e a mulher podem planejar sua família juntos.

Podem analisar diferentes métodos de prevenção de gravidez e aprender:

- Como funciona,

- Como se usa,
- Sua eficácia,
- Seu custo.

Podem falar com seu médico ou procurar uma clínica de planejamento familiar para receber informações.

### **Quem disse que o homem não pode planejar sua família?**

#### **Converse com sua esposa sobre os seguintes métodos:**

##### **Pílulas**

Toma-se pela boca, uma cada dia

##### **DIU (aparelho intra-uterino)**

Pequeno objeto plástico posto no útero pelo médico, para prevenir a gravidez.

##### **Diafragma**

Um capuz de borracha que se põe na entrada do útero para impedir a passagem do espermatozóide. Usa-se com pomada para matar o espermatozóide.

##### **Espuma Anticoncepcional**

Aplica-se na vagina antes das relações.

Não deixa o espermatozóide passar.

Mata o espermatozóide.

#### **O homem pode usar o Preservativo (Camisinha de Vênus).**

- Coloca-se no pênis antes das relações;
- Impede que o espermatozóide entre na vagina e serve para prevenir doenças venéreas.

Se o homem usa preservativo e a companheira a espuma o risco de engravidar é muito pequeno.

**A Vasectomia é um método seguro e fácil para prevenir a gravidez.**

**Os tempos mudaram, as necessidades também.**

**Antigamente as famílias eram numerosas, os casais tinham muitos filhos e a vida parecia ser mais fácil. Ó que os tempo mudaram! hoje, homens e mulheres sabem que devem planejar suas famílias. E o homem também deve participar ativamente desse planejamento.**

- É um método para o homem que já tem a família que deseja ter;

- É uma operação onde os canais que levam o espermatozóide dos testículos ao pênis são seccionados, atados ou fechados;

- O homem aproveitará melhor sua vida sexual;

- Não terá medo de engravidar a companheira.

**VASECTOMIA. FAÇA CONSCIENTE.**

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

#### MICROINTERVENÇÃO II

#### PUERICULTURA IDEAL NA UBS – VILA NOVA – RERIUTABA – CEARÁ

##### Problemas Encontrados:

1. Consulta Puerperal Inexistente
2. Acolhimento do Recém Nascido Inexistente
3. Puericultura em Geral a Desejar
4. Procedimento mal feito e quando feitos, deixa muito a desejar.

Por exemplo: Até hoje nunca fomos chamados ou levados para uma consulta puerperal e/ou para uma visita a recém-nascido.

5. O acompanhamento na puericultura no posto quando feito, é somente até o 3º ano e praticamente pelo enfermeiro.

#### INTRODUÇÃO

-

Crescimento: É um processo dinâmico e contínuo expresso pelo aumento do tamanho corporal. É influenciado por fatores intrínsecos (Genéticos) e Extrínsecos (Ambientais), destacando-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança.

Desenvolvimento: Se refere a uma transformação complexa contínua, dinâmica e progressiva que inclui além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais.

O que se propõe são ações do pré-natal, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. A continuidade dos cuidados após a alta da maternidade é necessária e este processo se inicia com a entrega bem orientada da Carteira da Criança à mãe de cada recém-nascido, para que sirva de roteiro e passaporte no seguimento da criança, tanto na Atenção Primária da Saúde quanto nos ambulatórios especializados caso seja necessário.

Na alta hospitalar verificar se foi entregue a Carteira da Criança com os dados registrados para mãe e o serviço deverá comunicar a Unidade de Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família (UAP/ESF) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até

essa data, a UAP deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivo (DN) e a estratificação de risco da criança.

A estratificação de risco deve ser feita conforme descrito abaixo:

**RISCO HABITUAL:**

- Toda criança que não apresentar condições ou patologias de risco.

**RISCO INTERMEDIÁRIO:**

- Filhos de mãe negra e indígena;
- Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;
- Filhos de mães com menos de 20 anos com 1 (um) filho morto anteriormente;
- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.

**ALTO RISCO:**

- Asfixia grave (APGAR < 7 no 5º minuto de vida);
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV);
- Triagem neonatal positiva.

A UAP/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento das crianças residentes na sua área de abrangência e deverá encaminhar as crianças menores de 01 (um) ano estratificadas como Risco Intermediário e Alto Risco ambulatorio de referência.

## **AVALIAÇÃO DE PUERICULTURA**

### **VISITAS DOMICILIARES**

Na APS, após a alta hospitalar deve-se garantir uma visita domiciliar do ACS ao binômio mãe e filho já na primeira semana de vida até o 5º dia após o parto, para:

- Atualizar a ficha A do SIAB;

- Verificar o estado geral da criança, principalmente os SINAIS DE ALERTA que indicam perigo à saúde da criança que indicam a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência com urgência:

Cianose ou palidez importante, recusa alimentar, gemidos, vômitos importantes, irritabilidade ou dor à manipulação, tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido ou no umbigo, letargia ou inconsciência, febre (temperatura axilar  $\geq 37,5^\circ \text{C}$ ), hipotermia (temperatura axilar  $< 35,5^\circ \text{C}$ ),

frequência cardíaca < 100 bpm, frequência respiratória > 60 mpm, pústulas extensas na pele, icterícia visível abaixo do umbigo e convulsões ou apnéia;

- Observar o estado geral da mãe;

- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com higiene e o coto umbilical;

- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UAP (se possível agendar as consultas na mesma data para a mãe e o filho), estimulando a participação do pai:

- Avaliar a Carteira da Criança, quanto:

1. a) a realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçõzinho;
2. b) a aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar para fazer a vacina na UAP.

Observações:

- Atentar se a mãe for soro positiva é contra-indicado o Aleitamento Materno.

- Prestar atenção especial às crianças, onde as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém nascidos de mãe adolescentes ou com baixa instrução.

- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não compareceram á UAP para acompanhamento.

- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando á equipe sobre sinais de risco biológico, sócio-familiar e/ou risco de violência.

Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo ACS.

## **CONSULTAS NA UAP**

O vínculo entre a equipe de saúde da AP e a família para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal, pois habitualmente a mesma equipe seguirão puericultura da criança.

O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança na UAP/ESF contempla oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até 6º mês;
- Trimestral do 6º mês ao 12º mês;
- Semestral de 12 até 24 meses;
- Anual a partir do 3º ano de vida.

O cronograma de consultas prevê um acompanhamento obrigatório e com

maior frequência dos menores de 1 ano, independente da classificação de risco, devido ao fato dessa faixa etária ser mais suscetível a intercorrência, com manifestações clínicas que podem se agravar rapidamente:

#### CALENDÁRIO DE CONSULTAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	9° mês	12° mês
Alto Risco	M/E	M	M	M	M	M	M	M
Risco Intermediário	M/E	M	E	M	E	M	M	M
Risco Habitual	M/E	E	M	E	M	E	M	M

Legenda: M/E = 1ª consulta médica até 10º dia de vida e 2ª consulta enfermagem no 30ª dia;

M = consulta médica; E = consulta com enfermagem.

A equipe deverá acolher a criança sempre que apresentar intercorrência e necessitar de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.

Referência Bibliográfica: Caderno de Atenção à Saúde da Criança, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente: Cibele Domingues Prado; Iolanda Novadski; Luciana Hatschbach; Maria Angélica Curia Cerveira; e Tatiana Gomara Neves.

Aluno: Francisco José Mesquita

## 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

### MICROINTERVENÇÃO III

Prevenção do câncer em geral em uma UBS.

Problemas encontrados: UBS - Reriutaba - Ceará

Unidade Um - Vila Nova

Não há rotina de prevenção do câncer na unidade. A não ser a prevenção do câncer do colo

uterino que é feito em poucas pacientes e com relativa dificuldade de marcação e de recebimento dos resultados histopatológicos.

As mamografias quando feitas só são em programas esporádicos, havendo uma grande dificuldade de marcar rotineiramente.

Também não há palestras na comunidade para alertar sobre a necessidade de cada um se auto examinar e ficar atentos para o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas.

Também as unidades em geral não disponibilizam exames de PSA para a população masculina como também tomografias de pulmão para homens e mulheres fumantes e colonoscopia para prevenir o câncer do intestino.

### COMO PREVENIR O APARECIMENTO DO CÂNCER?

A maioria dos casos de câncer é diagnosticada em fases avançadas. Mesmo tumores pequenos representam manifestações de transformações malignas ocorridas muitos anos antes. Por exemplo: calcula-se que a maioria dos tumores de mama leve de dois a 15 anos para atingir 1 cm de diâmetro.

As estratégias para prevenir o aparecimento de tumores malignos envolvem evitar contato com carcinógenos químicos ou físicos, retirada cirúrgica de lesões pré-malignas ou de órgãos com risco alto de transformação maligna, prevenção e erradicação de infecções e o uso preventivo de medicamentos como os usados em câncer de mama e as vacinas em câncer do colo uterino.

#### Cigarro

Parar de fumar e proteger da fumaça os que não fumam são consideradas as medidas isoladas de maior impacto na prevenção da doença. Se ninguém fumasse evitaríamos um em cada três casos de câncer. Isso sem mencionar os casos evitáveis de outras doenças, como infarto do miocárdio, derrame cerebral e enfisema.

#### Álcool

Existem evidências de que o consumo de álcool aumenta o risco de desenvolver alguns tipos

de câncer, especialmente os de cabeça e pescoço, esôfago, fígado, cólon e reto e mama. Por outro lado, o consumo moderado de álcool pode trazer benefícios cardiovasculares.

Atualmente, recomenda-se que as pessoas que optam por consumir bebidas alcoólicas o

façam de maneira moderada, o que corresponde ao limite de uma dose diária para mulheres e duas para homens, considerando-se como dose uma garrafa pequena ou lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de 50 ml de bebida destilada.

Classificação da informação: Uso Interno

#### Atividade física

Existem inúmeros benefícios que decorrem da prática de atividade física regular. Pessoas que se exercitam regularmente têm melhor saúde geral, maior condicionamento cardiovascular e menor risco de contrair diversas doenças, incluindo alguns tipos de câncer. Não é necessário que o exercício seja feito de maneira muito vigorosa: basta que haja frequência e regularidade (por exemplo, 30 a 60 minutos por sessão, quatro a cinco vezes por semana) e que o exercício seja mais vigoroso do que as atividades corriqueiras.

#### Dieta

Embora diversos estudos tenham chegado à conclusão de que dietas ricas em gordura animal e pobres em fibras, frutas, verduras e legumes estejam associadas a índices mais altos de câncer de mama, intestino, próstata e útero (endométrio), outros não conseguiram confirmar tal associação. Por via das dúvidas, e pelo benefício em outras doenças, recomendam-se consumo reduzido de gordura de origem animal e dieta rica em frutas, verduras e legumes.

Fumantes jamais devem fazer uso de complexos vitamínicos que contenham betacaroteno, porque seu uso resulta em aumento do risco de desenvolver câncer de pulmão.

Evitar exposição a agentes químicos cancerígenos e às radiações ultravioletas, aos raios X e a outros agentes físicos

A exposição ao sol merece um comentário, porque há pessoas que não apanham sol de maneira nenhuma e, quando são obrigadas a fazê-lo, aplicam filtros solares com fator de proteção altíssimo.

É importante lembrar que a luz solar é fundamental para que a pele possa sintetizar vitamina D, micronutriente essencial para o funcionamento de vários tecidos do organismo. Como a capacidade de formar vitamina D é maior nas pessoas de pele clara do que naquelas de pele escura, o tempo de exposição ao sol deve ser dosado de acordo com a cor da pele. Os especialistas recomendam 10 minutos de sol no rosto e nos braços, três vezes por semana, para a produção de níveis adequados de vitamina D. Pessoas de pele muito clara devem dar preferência para o sol do início da manhã ou do fim da tarde.

Prevenção e tratamento dos micro-organismos envolvidos na formação de tumores malignos

Envolve estratégias que vão do tratamento de infecções, como a causada pela bactéria *Helicobacter pylori*, à vacinação contra determinados vírus, os da hepatite B e do HPV.

#### Cirurgia preventiva

Existem famílias que apresentam incidência muito alta de determinados tipos de câncer. Nesse caso, às vezes é necessário indicar a cirurgia preventiva como forma de evitar que tumores se desenvolvam.

#### Classificação da informação: Uso Interno

Mulheres que herdam os genes BRCA1 ou BRCA2, por exemplo, chegam a apresentar 40% a

80% de probabilidade de desenvolver câncer de mama no decorrer da vida e cerca de 20% a 40% de apresentar câncer de ovário. Nesses casos, a retirada das mamas e dos ovários depois de encerrada a fase reprodutiva reduz muito o risco da doença.

Há famílias predispostas a formar pólipos no intestino grosso, lesões pré-malignas que podem ser retiradas por meio de colonoscopia. Nos casos mais graves, em que existem centenas de pólipos, pode ser indicada a retirada de todo o intestino grosso.

Meninos em quem um dos testículos não desceu para a bolsa escrotal (criptorquidia) apresentam risco de câncer de testículo 20 vezes mais alto. Nesses casos, a retirada do testículo inoperante costuma ser feita logo depois da puberdade.

#### Quimioprevenção

Mulheres que apresentam probabilidade alta de desenvolver câncer de mama podem ser beneficiadas pelo uso preventivo de drogas capazes de bloquear a ação dos hormônios femininos nas células mamárias (tamoxifeno e raloxifeno). O risco de câncer de próstata pode diminuir através da administração de finasterida. Com exceção dessas duas situações, no entanto, a maioria das tentativas de prevenir câncer com agentes químicos tem falhado.

#### Rastreamento

Damos o nome de rastreamento ao conjunto de métodos aplicados para o diagnóstico precoce do câncer ou lesões pré-cancerosas em determinada população que não apresenta sinais ou sintomas de câncer. A aplicação dos métodos de rastreamento só está indicada quando o risco de câncer é mais alto, o método empregado é sensível, específico, barato, seguro e provoca desconforto aceitável.

Apesar de as diretrizes adotadas variarem de acordo com a orientação médica, há concordância de que os seguintes métodos de rastreamento devam ser indicados para a maioria das pessoas (Figura 1):

- Os exames ginecológicos com coleta de material para análise das células (exame de Papanicolau) com a finalidade de prevenção do câncer do colo uterino devem ser iniciados até três anos depois do início da vida sexual e até os 21 anos nas mulheres virgens.
- Mamografias anuais, realizadas depois dos 40 anos de idade, são o único exame comprovadamente eficaz no diagnóstico precoce do câncer de mama; por outro lado, ainda não se sabe se o autoexame, a ultrassonografia ou a ressonância nuclear

magnética das mamas devem ser feitos rotineiramente.

- Tomografia computadorizada de pulmão: em mulheres e homens a partir dos 55 anos, com histórico de tabagismo, para rastreamento de câncer de pulmão.
- Colonoscopia em mulheres e homens a partir dos 50 anos, para a prevenção do câncer de intestino. Se não forem encontrados pólipos, o exame pode ser repetido depois de cinco a dez anos.

Toque retal e determinação do PSA no sangue, anualmente, em homens a partir dos 50 anos para prevenir o câncer de próstata ou a partir dos 40 anos se um parente de primeiro grau já tiver apresentado o diagnóstico de câncer de próstata.

Populações com risco mais elevado de determinado tipo de câncer precisam ser submetidas

a outros métodos ou exames realizados mais precocemente. Por exemplo: endoscopia de estômago em pessoas de origem asiática, ultrassonografia de fígado em portadores de cirrose hepática, exames dermatológicos em pessoas de pele clara que apresentam muitas pintas pelo corpo, colonoscopia em idade mais precoce em pacientes com polipose do cólon etc.

Referência Bibliográfica: Vencer o Câncer. Fernando Cotait Maluf, Antonio Carlos Buzaid, Drauzio Varella.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### RESULTADOS

Entre o total de 20 gestantes em pré-natal na UBS de Vila Nova, em Reriutaba-CE, 10% (n=2) eram adolescentes. Apesar da pequena amostra, nosso estudo corroborou os dados da literatura sobre a realidade da gestação na adolescência.

Diferentemente do trabalho de Gomes (2013), o nível de escolaridade foi outro fator que chamou a atenção. Todas as 20 gestantes referiam ser alfabetizadas e 50% (n=10%) haviam concluído o ensino médio.

A ocupação mais comum entre as grávidas foi a de dona-de-casa: 55% (n=11) possuíam esta ocupação. A renda média das famílias é considerada baixa, com 50% (n=10) pertencem a famílias que vivendo com um salário mínimo e 90% (n=18) com menos de dois salários.

A história prévia de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) foi outro fator avaliado. Dentre as gestantes, 10% (n=2) confirmaram ao menos um episódio prévio de DSTs. O número de parceiros também foi avaliado, com 65% (n=13) das mulheres relatando apenas um parceiro sexual, 30% (n=6) informaram dois parceiros e 5% (n=1) admitiu relações sexuais com três ou mais parceiros.

Quinze (75%) das 20 mulheres avaliadas já estava ao menos na segunda gravidez e apenas cinco (25%) eram primíparas. Dentre as múltíparas, o tipo de parto mais comum foi o parto vaginal (n=15 ou 62,5% do total de partos) A utilização de métodos contraceptivos foi também avaliada. Duas (10%) pacientes informaram fazer uso destes métodos, quando engravidou. Dentre os métodos utilizados, o mais utilizado, assim como no estudo de Gaspar (2008), foi o anticoncepcional oral (usado por ambas gestantes). A gestação foi considerada não desejada por 80% (n=16) das mulheres.

O número de consultas pré-natais foi levado em consideração apenas nas mulheres com mais de trinta semanas de gestação (n=10 ou 50% do total) e revelou que todas elas realizaram ao menos cinco consultas de pré-natal.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A repercussão da ação somente poderá ser avaliada em longo prazo. Conhecendo melhor o perfil das gestantes atendidas na área da UBS da Vila Nova, poderemos direcionar a atuação dos profissionais de saúde, de forma que possam assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Almeja-se alcançar um amplo conhecimento por parte da população a respeito da importância do cuidado pré-natal. É esperado que tais medidas contribuam para uma melhoria da assistência à gestante, independente do profissional da Atenção Básica que venha, por ventura, a trabalhar nesta unidade de saúde.



## 6. REFERÊNCIAS

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:13-9. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. [online]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569rep.htm> [Acesso em 24 jul. 2015].

Shimizu HE, LIMA MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):387-392.

PUCINI, Rosana Fiorini et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Victora CG, Cesar JA. Saúde Materno-infantil no Brasil: padrões de morbidade e possíveis intervenções. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho NM. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 415-67

Gomes, RMT; César, JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013 Abr-Jun; 8(27):80-9.

Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24 (5): 293-299.

Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *RBPS* 2004; 17(2): 56-60.

Barbosa M, Fernandes R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies: a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2008;7(3)

Alves AS, Lopes MHBM. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2)

Peixoto, CR; Lima, TM; Costa, CC; Freitas, LV; Oliveira, AS; Damasceno, AKC. Perfil das

gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. Rev. Min. Enferm.;16(2): 171-177, abr./jun., 2012.

Gaspar, JC. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES ATENDIDAS, PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO, EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ; 2008; Trabalho de Conclusão de Curso; (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná – ULBRA.

## 7. APÊNDICES

### REVISÃO DE LITERATURA

Diante de algumas dificuldades pelas quais o país tem passado, como crises financeiras, condições ambientais desfavoráveis e desemprego, os indicadores socioeconômicos têm se mostrado uma importante ferramenta na avaliação da qualidade da assistência à saúde da população, inclusive do bem-estar da criança e da mulher, e ainda norteador de intervenções para uma evolução favorável desses indicadores. (PUCCINI e col., 2003)

De acordo com o MS, a atenção pré-natal e puerperal tem como objetivo principal acolher a mulher durante todo processo gestacional, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. (IBGE, 2004)

A oferta de pré-natal adequado reduz a morbimortalidade materno-infantil. E isso se expressa, por parte da criança, em melhor crescimento intrauterino, maior peso ao nascer, menor ocorrência de prematuridade, de mortalidade neonatal e, por parte da mãe, em menor índice de intercorrências no período gestacional e de complicações no momento do parto. (IBGE, 2004; VICTORA e col., 2006)

Em vista disso, diversos estudos buscando avaliar a qualidade do pré-natal oferecido têm sido realizados em diferentes localidades. Alguns desses estudos têm sido conduzidos em unidades básicas de saúde (UBS), com o objetivo de conhecer o perfil dos usuários e propor intervenções que possam melhorar o atendimento pré-natal realizado em sua área de abrangência.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, identificou-se o grupo de gestantes com predomínio de adolescentes e adultas jovens, de baixas escolaridade e renda familiar, vivendo em razoáveis condições de habitação e saneamento, que iniciaram vida sexual e gestaram precocemente. A grande maioria delas realizou um número expressivo de consultas de pré-natal, tendo iniciado em momento adequado. Elevada proporção recebeu vacina antitetânica e suplementação com sulfato ferroso; seus filhos nasceram em maternidade, de parto normal e foram atendidos por médicos. (GOMES e col. 2013)

Sobre a idade das gestantes, Trevisan e col. identificaram a prevalência de mulheres gestantes na faixa etária entre 13 e 47 anos. Em sua pesquisa, relacionaram as idades de gestantes com atendimento em serviços públicos e privados em uma cidade no estado de São Paulo. A média das idades obtidas de mulheres atendidas na rede pública foi de 24 anos, enquanto que na rede privada a média de idade foi de 26,7 anos. (TREVISAN e col., 2013)

Ximenes e Oliveira (2004) afirmam que a idade das gestantes não deve ser analisada como um fator simplesmente biológico, que de forma isolada seja responsável por causar problemas à saúde da mãe e seu filho. As condições de vida, a saúde e principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal, seriam mais relevantes que a faixa etária das gestantes. (XIMENES e col., 2004)

A gravidez no período da adolescência acarreta uma série de processos mórbidos tanto à saúde da mãe como à saúde do filho, tais como partos cesáreos, parto fórceps, ocorrência de trabalho de parto pré-termo, frequência aumentada de pré-eclâmpsia, dentre outros. Estudo, realizado em Francisco Morato, no Estado de São Paulo, com 77 puérperas, avaliou a assistência pré-natal daquele município e evidenciou que as participantes, em sua maioria, eram jovens e 26% delas eram adolescentes. (BARBOSA e col., 2008)

O uso dos métodos contraceptivos e o passado de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são outros fatores muito importantes. Em uma pesquisa com universitários em São Paulo, observou-se que o método contraceptivo mais frequentemente utilizado foi o preservativo masculino, porém não foi utilizado como método único, associando-o a outros métodos, tais como o ACO, fato que demonstra a preocupação tanto com a gravidez indesejada quanto com as DSTs. (ALVES e col., 2008)

Já em Fortaleza, a maioria das gestantes referiu não ter realizado nenhum tratamento. Vale ressaltar que algumas das entrevistadas não tinham conhecimento sobre o que seria esse tratamento. A mesma situação aplica-se ao tipo de DST acometida, pois surgiram vários relatos de tratamento sem o conhecimento da patologia, demonstrando a falta de comunicação entre profissional e paciente e a não participação ativa da paciente na promoção da sua saúde. Além disso, essa falta de informações fidedignas dificulta a realização de pesquisas semelhantes. (PEIXOTO e col., 2012)

No mesmo estudo, notou-se que as gestantes possuíam peculiaridades que deveriam ser destacadas no momento das consultas de pré-natal e que conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na perspectiva de atividades educativas individuais e coletivas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável. (PEIXOTO e col., 2012)

Os resultados obtidos em estudo realizado em Jí-Paraná, no estado de Rondônia, constataram uma população relativamente saudável, sendo as gestantes jovens, com faixa etária predominante do grupo com 20 a 25 anos (40,9% dos casos). A maioria era casada ou unida consensualmente, possuía o ensino médio completo ou incompleto e apresentava renda familiar entre um e dois salários mínimos. Quanto aos achados relacionados às características da vida sexual e reprodutiva dessas mulheres, a metade delas tinha até um filho, sendo mais frequente não terem nenhum e a média de idade para a primeira relação sexual na população foi de 17 anos, valor acima dos encontrados por outros autores em pesquisas semelhantes. O hormônio oral foi o método contraceptivo mais utilizado antes da gravidez atual. Mais da metade das mulheres estavam na segunda, terceira, quarta ou quinta gestação, sendo que boa parte (42,4%) eram primíparas. Ainda observou-se que quanto mais cedo as mulheres tiveram a primeira relação sexual, maior a frequência de gravidezes. A média de partos na população foi de 0,8, a média de partos anteriores naturais foi de 0,5 e cesárea 0,4. No grupo pesquisado,

quanto mais precoce o início da vida sexual, maior foi a frequência de abortos. (GASPAR, 2008)

Conhecer aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual, portanto, dá subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde e na qualidade na assistência à mulher no período gravídico. Para esquematizar as atividades do controle do pré-natal é imprescindível investigar os riscos aos quais a gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos apropriados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, em todas as consultas. É fundamental que os profissionais da saúde possam conhecer os fatores que contribuem ou não para oferecer uma assistência apropriada a essas mulheres. Somente assim, pode-se delinear estratégias visando a melhoria na assistência, determinando nosso verdadeiro papel enquanto profissional de saúde. Consequentemente, por meio deste estudo, almeja-se contribuir para que médicos, enfermeiros, dentistas e demais profissionais da saúde reflitam sobre a importância do perfil da gestante na esfera referente à saúde pública.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

#### ESTUDO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VILA NOVA – RERIUTABA/CE

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando. Sua colaboração neste estudo será de grande importância. Em caso de desistência, está assegurado que não haverá nenhum tipo de prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade de nº \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informada pelo pesquisador sobre as finalidades do estudo acima citado e concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a), estando ciente de que:

I) O objetivo principal da pesquisa é estudar características relacionadas às gestantes do distrito de Vila Nova, em Reriutaba -CE.

II) A importância da realização desse estudo consiste em fornecer informações para direcionamento das ações no que diz respeito ao cuidado pré-natal.

III) Se eu resolver participar da pesquisa, deverei fornecer alguns dados pessoais de identificação, responder questões a respeito da minha rotina e dos meus hábitos.

III) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me trará gasto financeiro.

IV) Todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo. Quando for preciso apresentar os resultados da pesquisa, meus dados confidenciais não aparecerão em nenhum momento.

V) É garantido o direito de não participar desta pesquisa e, mesmo após o início da entrevista, poderei desistir a qualquer momento sem que isso me traga prejuízos.

VI) Em caso de dúvida ou necessidade de informações complementares, poderei entrar em contato através do telefone indicado pelo pesquisador.

VII) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso aos resultados.

VIII) Caso eu me sinta prejudicado, posso apresentar queixa ao Conselho Regional de Medicina (CREMEC)

Diante do exposto e tendo compreendido as informações contidas neste documento, concordo em participar de livre e espontânea vontade da forma como o pesquisador explicou que precisa ser feito. Desta forma, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Reriutaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável Assinatura do Entrevistador

Assinatura Dactiloscópica

Contato: Francisco Mesquita - (85) 99992-5147

## ANEXO II – QUESTIONÁRIO

### Identificação

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Idade: \_\_\_\_ anos 3) Procedência: \_\_\_\_\_ 4) Profissão: \_\_\_\_\_

5) Grau de escolaridade

Iltrado Alfabetizado

Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto Ensino médio completo

Ensino superior incompleto Ensino superior completo

6) Renda média da família:

Até um salário mínimo Entre 1 e 2 salários mínimos Entre 2 e 5 salários mínimos

Mais de 5 salários mínimo

7) História de prévia de DSTs: SIM NÃO NÃO SABE

### Gestação

Paridade: G (gestações) \_\_\_\_ P (partos) \_\_\_\_ A (abortos) \_\_\_\_

Tipo de parto: Normal Cesáreo

Gestação Desejada: SIM NÃO

Idade no primeiro parto: \_\_\_\_ anos NÃO SE APLICA

Número de parceiros: \_\_\_\_

Uso de métodos contraceptivos: SIM NÃO Qual: \_\_\_\_\_

Número de consultas pré-natais: \_\_\_\_