

GRAVIDEZ, OBESIDADE E SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE TRANSVERSAL DE DADOS DO PERÍODO PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ, PARANÁ

Pregnancy, obesity and women's health: a cross-sectional analysis of the prenatal period from Paranaguá, Paraná, Brazil

Tainá Ribas Mélo¹, Bruna Yamaguchi², Gisele Antoniaconi³;
Thalita Staszko Mariot Fialho⁴, Rafaela Carvalho Amorim⁵,
Vanessa de Oliveira Lucchesi⁶, Marcos Claudio Signorelli⁷

¹Doutora em Atividade Física e Saúde (UFPR). Docente na Universidade Federal do Paraná (UFPR)..

²Doutoranda em Atividade Física e Saúde (UFPR). Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Tijucas do Sul.

³Mestre em Saúde Coletiva (UEL). Sanitarista, residente em Vigilância em Saúde (ESP-RS)

⁴Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Especialista em Dermatofuncional.

⁵Nutricionista da Prefeitura Municipal de Paranaguá.

⁶Fonoaudióloga da Prefeitura Municipal de Paranaguá.

⁷Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Desenvolvimento Territorial Sustentável da Universidade Federal do Paraná.

Autor correspondente:

Endereço para correspondência: Tainá Ribas Mélo, Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR. 83260-000

email de contato: ribasmelo@gmail.com

► RESUMO

INTRODUÇÃO: O pré-natal consiste em exames, consultas médicas e de enfermagem, que tem como objetivo o acompanhamento da saúde da mulher e da criança e se faz relevante por coletar informações que auxiliam os gestores de saúde na caracterização do perfil da gestante, auxiliando assim no planejamento e enfrentamentos de questões relativas a esse público-alvo. **MÉTODOS:** realizou-se análise transversal, utilizando dados secundários de ficha de cadastro das gestantes (SIS pré-natal Web),

considerando as variáveis: idade, raça, gestações pregressas, escolaridade e patologias de mulheres em pré-natal no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016 na rede de atenção primária à saúde de Paranaguá/PR. **RESULTADOS:** Foram obtidos os dados de 155 gestantes com idade média de 24,9 ($\pm 6,4$) anos, grande parte apresentou Índice de Massa Corporal (IMC) adequado (40%), seguido de obesidade (20%) e sobrepeso (18,7%). Em média as gestantes apresentaram 1,2 gestações. 12,9% relataram que já tiveram abortos. Quanto à escolaridade, 32,9% possuía o ensino fundamental incompleto e 30,3% médio incompleto. 56,13% relatam que não planejaram a gravidez. **CONCLUSÃO:** observa-se de maneira geral que os dados apontam gestantes jovens, muitas com obesidade e/ou sobrepeso, gravidez não planejada, com escolaridade fundamental incompleta, o que evidencia necessidade de novas abordagens de planejamento familiar, atenção primária a cuidados maternos, em especial com questões nutricionais e de hábitos de vida.

Palavras-chave: gravidez; vigilância em saúde pública, atenção primária à saúde; obesidade.

► ABSTRACT

INTRODUCTION: Prenatal consists in examination, medical and nursing consultations, which aim to monitor the health of women and children. It is relevant to collect information to help health managers in the characterization of the pregnant woman's profile, thereby assisting the planning issues related to them. METHODS: We conducted a cross-sectional analysis using secondary data from pregnant women formally registered at primary health care (SIS prenatal Web), considering the variables: age, race, previous pregnancies, education, and diseases, from December 2015 to January 2016, from Paranaguá, State of Paraná, Brazil. RESULTS: data were obtained from 155 pregnant women, with an average age of 24.94 (± 6.4) years. 40% presented appropriate Body Mass Index (BMI), followed by obesity (20%) and overweight (18.7%). On average, the patients had 1.2 pregnancies 12.9% reported abortions. About

education, 32.9% have not finished elementary school and 30.3% incomplete high school. 56.13% reported that they did not plan the pregnancy. CONCLUSION: It was observed that the data point to young pregnant women, many with obesity and/ or overweight, high prevalence of unplanned pregnancy, with low level of school education. Thus, we highlight the need for new family planning approaches, primary attention to maternal care, particularly with nutritional issues and lifestyle habits.

Keywords: Pregnancy; Public Health Surveillance, Primary Health Care; Obesity.

► INTRODUÇÃO

A mortalidade materno-infantil é um dos principais indicadores de condições de vida de determinada população. A redução das taxas de mortalidade materna e infantil são metas antigas da saúde pública brasileira(1). O pré-natal é uma das principais ferramentas para o enfrentamento de agravos relacionados ao período da gestação, parto e puerpério e é constituído por exames, consultas médicas e de enfermagem, tendo apoio interdisciplinar em saúde, com objetivo de acompanhar a saúde da mulher e da criança. Além de exames físicos, nesse período faz-se relevante coletar informações que auxiliem os gestores de saúde na caracterização do perfil da gestante, auxiliando assim no planejamento e enfrentamento de questões relativas a esse público-alvo. Devem-se considerar não só questões prejudiciais orgânicas que podem surgir da falta de planejamento familiar, mas também questões sociais e emocionais.

O acompanhamento pré-natal, conhecimento e controle das variáveis de risco constitui meta do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) priorizando promoção de saúde e prevenção de doenças, minimizando condições de risco e agravo à mesma(2). A análise epidemiológica atua no acompanhamento e na estratificação de risco das gestantes e dos bebês, para a organização do serviço com a assistência adequada da rede(3).

O modelo público de atenção à saúde da gestante e do bebê em exercício no estado do Paraná (Rede Mãe Paranaense), difunde a necessidade de

identificação de fatores de risco conforme raça, etnia, idade (maior que 35 e menor do que 15 anos), escolaridade, peso gestacional, índice de massa corporal (IMC <19 e IMC >30), histórico gestacional anterior e doença ou agravo(2, 3).

Em Paranaguá, cidade com 150 mil habitantes, o perfil epidemiológico de natalidade no ano de 2015 foi de 16,39 para cada mil habitantes(4). Na atenção primária à saúde (APS), a inserção da equipe de apoio à saúde da família iniciou em 2015(5, 6) como um projeto piloto. Nesse período apresentou Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) implantado em 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com 1 equipe NASF (fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e em 2016, também nutricionista) como apoio à equipe de referência, sendo inseridas práticas de avaliação por meio das interconsultas(6, 7).

Para atuação da equipe NASF inicialmente, como é preconizado, as equipes fizeram um reconhecimento territorial. Isso porque a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do ESF, de maneira a facilitar a identificação das necessidades que a população apresenta, relacionadas ao ambiente de adscrição, assim como da operacionalização das possibilidades relacionadas a esse território. O território confere, portanto, o lugar para essa ação compartilhada, considerando o perfil populacional (8).

Com relação aos cuidados em Saúde da Mulher, nas UBS são ofertados serviços de atenção primária em saúde com ações de promoção e prevenção. Destacam-se ações voltadas para o público adolescente, com o objetivo de planejamento familiar e pré-natal(9) e o cadastro da gestante, realizado por meio do SIS pré-natal.

O SIS pré-natal consiste no sistema de informação criado para ser utilizado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, o qual fora idealizado e colocado em prática pelo Ministério da Saúde em 2000, de maneira a aprimorar o atendimento às gestantes de forma universal e com qualidade (10). Por meio dele pode ser conhecido o perfil populacional das gestantes, de maneira a identificar as potencialidades e

fragilidades para atuações de promoção de saúde e prevenção de doenças e/ou agravos às condições de saúde.

Considerando o reconhecimento da população adscrita como um importante processo da territorialização, para atuação no âmbito da atenção primária, objetivou-se por meio desse estudo caracterizar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas pelo ESF com equipe NASF na atenção primária à saúde de Paranaguá, constituída por fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e nutricionista. Tal caracterização possibilitará o posterior planejamento de ações interdisciplinares pela equipe.

► MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Uniandrade CAAE: 57383916.6.0000.5218, parecer nº 1.677.449. Foram analisados os dados secundários coletados em fichas cadastrais das gestantes (SIS pré-natal Web), utilizando as variáveis: idade, raça, gestações pregressas, escolaridade, patologias, no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, de 2 UBS de Paranaguá que contavam com equipe NASF, durante o período de inserção da equipe nas UBS que contam com ESF. Esses foram os dados selecionados no presente estudo porque eram as informações que estavam disponíveis nas fichas analisadas.

Cada UBS atende a 3 equipes territoriais de ESF e apresentavam no momento do estudo apenas 1 equipe completa com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS em cada UBS, 1 equipe sem médico e 1 equipe sem médico e enfermeiro. Para a equipe sem enfermagem, as 2 enfermeiras faziam o cadastro das gestantes para não ficarem descobertas e a consulta médica era direcionada às outras UBS.

Os dados foram tabulados em planilha excel e a análise foi realizada de maneira descritiva: média, desvio padrão, distribuição de frequências. Foram considerados valores de referência para idade materna os referidos pelo Ministério da Saúde, e de IMC os referidos pelo *Institute of Medicine* (11, 12).

▶ RESULTADOS

Foram obtidos os dados de 155 gestantes, que representam 100% das gestantes cadastradas nas UBS durante o período de coleta de dados da pesquisa.

Em relação à raça, a maior parte dos dados são desconhecidos (52,9%), pelo não preenchimento desse item. Se declararam brancas 57 gestantes (36,8%), 12 pardas (7,7%) e 4 negras (2,6%). Não houve nenhum relato de raça amarela ou indígena.

Observou-se que as gestantes apresentaram idade média de 24,94 ($\pm 6,4$) anos, variando entre 14 e 38 anos. Houve ausência do preenchimento da idade de 4 grávidas (2,6%). É possível verificar na tabela abaixo (Tabela 1) as idades com maior risco(12) materno-fetal (<19 e > 35 anos) e a distribuição segundo a idade da gestante.

Tabela 1. Distribuição etárias das gestantes atendidas pela equipe NASF, Paranaguá-PR, Brasil

Faixa etária (anos)	Número de gestantes	%
≤ 19	36	23,2
20 a 27	66	42,6
28 a 34	35	22,6
≥ 35	14	9,0
Dado não conhecido	4	2,6

Fonte: Os autores, 2016

Foram conhecidos os dados de peso e de altura de 131 gestantes (84,5%). Em relação aos dados conhecidos, as gestantes apresentaram

IMC médio de 26,2 ($\pm 5,6$). Segue a classificação de risco segundo o IMC das gestantes (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação das gestantes atendidas pela equipe NASF, Paranaguá-PR, Brasil segundo o IMC.

IMC	Número de gestantes	%
<19 (baixo peso)	9	5,8
19 a 26 (adequado)	62	40,0
27 a 30 (sobrepeso)	29	18,7
>30 (obesidade)	31	20,0
Dado não conhecido	24	15,5

Fonte: Os autores, 2016

Em média as gestantes apresentaram 1,2 gestações ($\pm 1,2$), a maior parte estava em sua primeira gestação, sem filhos anteriores (55 gestantes, 35,5%), variando de casos de mães que estavam na 6ª gestação (4 mulheres, 2,6%). Estavam na segunda gestação 52 mães, (33,5%), na terceira gestação 23 mães (14,8%), quarta gestação 14 mães (9%) e esperando o quinto filho haviam 4 gestantes (2,6%).

Em relação a abortos anteriores, do total das 155 gestantes, 20 (12,9%) relataram que já tiveram abortos espontâneos. Para a maioria 17 (11%) foi relatado apenas 1 aborto. Houve 2 casos em que as mães tiveram 3 abortos (1,3%), e 1 mãe que teve 2 abortos (0,7%) prévios à gestação em

acompanhamento.

Quanto à escolaridade das gestantes, esse dado está ausente apenas para 3 casos (1,9%). A escolaridade das gestantes pode ser acompanhada na Tabela 3.

Tabela 3. Escolaridade das gestantes atendidas pela equipe NASF, Paranaguá-PR, Brasil

Escolaridade	Número de gestantes	%
Analfabeto	2	1,3
Fundamental incompleto	51	32,9
Fundamental completo	9	5,8
Médio incompleto	47	30,3
Médio completo	37	23,9
Superior incompleto	4	2,6
Superior completo	2	1,3
Dado não conhecido	3	1,9

Fonte: Os autores, 2016

Quanto ao questionamento a respeito de gravidez planejada 20 (12,9%) das fichas não apresentam essa informação. Assim, das 135 gestantes investigadas, 48 (31%) responderam que planejaram a gestação, enquanto a maioria não planejou (n=87, 56,1%) .

Nos antecedentes clínicos era averiguado história familiar de casos de diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, eclampsia, doença intelectual, tromboembolismo ou outros. Na maioria das fichas não há relato de quaisquer alterações e/ou patologias associadas, sendo identificado apenas 1 caso de hipertensão, 1 de diabetes, 1 de pré-eclâmpsia e 1 de deficiência intelectual. Como antecedente clínico houve somente 1 caso de hipotireoidismo. Com

relação às DSTs 100% das fichas apresentaram esse dado como não informado.

► DISCUSSÃO

Com relação ao período gestacional e à idade materna, há uma tendência mundial em evidência, de que as mulheres estão optando por ter gestações tardias, ou seja, após os 35 anos de idade materna. Inúmeros fatores contribuem para essa opção, como trabalho e estudo, estabilidade financeira e até mesmo novo matrimônio(13). Entretanto, tanto para as adolescentes quanto para mulheres com mais de 35 anos há um maior risco de nascimento de crianças prematuras, pequenos para a idade gestacional (PIG) e com índice Apgar abaixo de 7 no 5º minuto(14).

Contrariando essa tendência mundial, o maior impacto social no presente estudo, no município de Paranaguá se destacou pela expressiva prevalência de mães adolescentes, 23,2%, com idade menor que 19 anos. Essa faixa etária é considerada também um risco gestacional. Os achados corroboram com os de outro estudo(15) no qual 25% dos partos realizados foram em gestantes adolescentes. Ao se tratar de todo o país, no Brasil a taxa de mães adolescentes é semelhante, sendo que a cada 4 nascimentos no Brasil, uma das gestantes tem idade entre 15 e 19 anos. Nessa faixa etária, a gestante tem mais chances de ter problemas perinatais: o risco de morte materno é duas vezes maior que em mulheres com 20 anos ou mais(14).

No estudo de Reis *et al.*(9), os profissionais de saúde declaram que, em relação à saúde, o segundo maior risco para a adolescente são relativos a sexualidade, que abrange gravidez na adolescência, início precoce e ausência de proteção nas relações sexuais. Em estudo qualitativo com mães de adolescentes grávidas(16), o temor principal relatado é do abandono dos estudos, o que desencadeia outro fator de risco para o planejamento familiar: a baixa escolaridade. Outros fatores citados foram de nova gravidez ainda na adolescência, e a continuidade do ciclo de mãe jovem ter filha que engravide também precocemente.

Estudos preliminares(5) no mesmo município desta pesquisa, porém em outra UBS já relataram valores semelhantes, em gestantes com idade média 24,6 (15-43; \pm 6,5) anos, risco por idade em 34,8% dessa amostra, risco por alteração dos valores normativos do IMC em 41,7% da amostra, sendo a obesidade risco em 29,2%. Os valores encontrados na UBS são muito semelhantes ao do presente estudo, o que leva a se pensar que possa ser um panorama do município, ao considerar que territorialmente essas UBS são distantes e foram estudadas por estarem iniciando com a formação e inserção da equipe de apoio à equipe de referência na APS. Os problemas de saúde mencionados no presente estudo foram hipertensão, diabetes e pré-eclâmpsia, os quais apresentam relação direta com valores de IMC elevados das gestantes.

A equipe de apoio da ESF busca suprir a necessidade de educação em saúde que a população necessita, e que ainda é deficitária em nosso sistema de saúde(9). Talvez esse elevado número de gestantes adolescentes do presente estudo, o qual segue tendências nacionais mas contraria a tendência mundial, tenha relação com o grau de instrução e poder aquisitivo, ao considerar que ambas UBS investigadas são em bairros considerados de renda baixa.

Os dados encontrados pelo estudo divergem dos de Melo *et al.*(2) para quem foi evidenciada melhor escolaridade nas gestantes estudadas, com 56,7% delas com ensino médio incompleto. No presente estudo a distribuição com relação à escolaridade compreendeu 23 gestantes (34,3%) com ensino fundamental incompleto, seguido por nível médio incompleto em 21 gestantes (31,3%) e médio completo em 17 (25,4%). Assim o nível de escolaridade das gestantes de nosso estudo foi inferior ao de Melo *et al.*(2). A baixa escolaridade pode constituir fator de risco por falta de conhecimento no cuidado à saúde e à gestação(17). A adolescente ao se desvincular da escola também passa a ser desassistida quanto a informações em saúde, convívio social, humano, ético e de cidadania, pois a escola é um espaço privilegiado de ações em saúde primária(9).

As mulheres que buscam o sistema vigente de saúde, com fins de planejamento familiar, são mulheres casadas ou com parceiro fixo, com renda baixa de até 3 salários, média de 3 filhos e o método de prevenção de gravidez mais utilizado foi a laqueadura(18). Com estes dados é questionado o papel do homem no planejamento familiar e os cuidados de prevenção de gravidez indesejada em adolescentes solteiras sem união estável e sexualmente ativas. O sistema de saúde precisa de opções eficazes para evitar a gestação indesejada em adolescentes, com programas que de fato repercutam nas e nos jovens, suas famílias e toda sociedade. Destacamos que mais da metade das gestantes do presente estudo declarou que não planejou a gravidez.

Um dado relevante é que uma das gestantes que teve mais abortos relatou maior número de partos prévios (5), apresentando 31 anos e, em relação à escolaridade, era analfabeta. Questões sócio-econômicas são intimamente ligadas aos achados. Tendo como base o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) relativo a educação no município de Paranaguá, é considerado médio (0,67) em comparação com longevidade, considerado muito alto (0,85) e renda (0,73, alto). Portanto, o fator educação contribui negativamente na composição do IDH da localidade(4).

Dentre os resultados do presente estudo destacou-se o elevado percentual de gestantes com alterações do IMC, com características de obesidade e sobrepeso. A obesidade e sobrepeso representam um número elevado de risco à gestação(11) e ocorrência de hipertensão e diabetes. Os valores do presente estudo corroboram os encontrados por Andreto *et al.*(19), em que 26,3% das gestantes estudadas no município do Recife apresentavam sobrepeso/obesidade. Ambos estudos vão ao encontro da atual transição epidemiológica e nutricional do Brasil(11), com a emergência do sobrepeso/obesidade como problema de saúde pública.

Como já evidenciado(11, 19) esse aumento ponderal excessivo pode predispor a mãe a situações de risco como hipertensão arterial sistêmica, com complicações como a eclampsia, assim como diabetes gestacional,

com risco tanto para a mãe como para o bebê. A doença hipertensiva foi a primeira causa específica de morte perinatal no estado do Paraná, seguida de hemorragias, somando essas duas causas 30% dos óbitos. Para o bebê, no caso de obesidade materna, a literatura(11) aponta que há maior chance de Apgar baixo no primeiro minuto, o que indica sofrimento fetal e maior risco de macrossomia (dimensão do corpo aumentada), devendo portanto ser dada maior atenção às gestantes e bebês que apresentam o fator de risco obesidade materna, fato esse que pode ser prevenido.

A média de filhos observada em nosso estudo foi de 1,2 filhos por gestante, dado semelhante a Mélo *et al.*(2). Provavelmente a maioria não apresentava muitos filhos pela distribuição média de idade ser baixa, podendo as mulheres terem mais filhos nos anos subsequentes.

No presente estudo chamou a atenção para ainda inexistência de alguns dados nas fichas de cadastro, principalmente o item relacionado à etnia/raça. A incompletude de dados no cadastro das gestantes é fato já mencionado por Polgliani *et al.*(20), e compromete a organização e gestão em saúde.

Fragilidades:

Um fator limitante do presente estudo e também citado por Melo *et al.*(2) foram os dados incompletos, sendo desconhecidos por exemplo 15,5% dos dados como peso e altura que permitem estratificação de risco pelo IMC, e 52,9% da raça/cor com dados não informados ou preenchidos de forma inadequada, possivelmente por ser um controle manual suscetível ao erro humano e sem informatização de dados que possivelmente facilitariam a identificação desses erros. Outra explicação possível é a demanda acumulada das enfermeiras atuantes na APS (21, 22) por terem que assumir o cadastro e controle das gestantes de sua equipe, e da equipe sem todos os componentes completos e com uma acumulação de afazeres na UBS que incluem funções administrativas, assistenciais e da cobertura de profissionais pela formação incompleta das equipes.

Além disso os problemas de saúde identificados têm relação com elevados valores de IMC, problema esse identificado nas gestantes do presente estudo e que poderiam ser evitados.

Potencialidades:

Apesar das fragilidades apontadas, percebeu-se adesão das gestantes ao pré-natal e possibilidade de busca ativa das mesmas pelas agentes comunitárias de saúde, o que anteriormente ao programa Estratégia de Saúde da Família não era possível.

A inserção dos profissionais da equipe de apoio permitiu identificação e melhor acompanhamento das variáveis multifatoriais que influenciam o desenvolvimento gestacional no binômio mãe/bebê, com ações de prevenção e promoção de saúde.

► CONCLUSÃO

Observou-se de maneira geral que os dados coletados na APS do município de Paranaguá/PR, em UBS com ESF e equipe NASF apontam para gravidez não planejada em mulheres bastante jovens, com escolaridade de ensino fundamental e médio incompletos, o que evidencia necessidade de novas abordagens de planejamento familiar, atenção primária a cuidados maternos, em especial com questões nutricionais e de hábitos de vida.

A obesidade e idade materna consistiram em fatores de risco evidenciados nesse estudo e devem ser prevenidos ou controlados de maneira a garantir melhor qualidade de vida para mãe e para o bebê.

Reforça-se a necessidade do mapeamento de acordo com a necessidade do território para identificação de possibilidades de atuação da equipe de saúde de maneira à prevenção e promoção, assim como minimização de possíveis agravos.

► REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Saúde Brasil 2013 uma análise da situação de saúde e de doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. In: Saúde., editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Melo WAd, Alves JI, Ferreira AAdS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. Espaço para a Saúde- Revista de Saúde Pública do Paraná. 2016;17(1):83-92.
3. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense: Relato de experiência. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná. 2014;15(1):77-86.
4. IPARDES. Caderno Estatístico do Município de Paranaguá 2016. Available from: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83200>.
5. Mélo TR, Fialho TSM, Rey LIAR, Gonçalves JTG, Amorim RCd. Equipe de reabilitação e matriciamento do Programa Estratégia de Saúde Da Família em Paranaguá: Projeto Piloto. In: INESCO, editor. III Congresso Paranaense De Saúde Pública / Coletiva; 30 jul. 2016; UFPR Litoral, Matinhos2016.
6. Mélo TR, Lucchesi VdO, Lima SS, Signorelli MC. A interconsulta favorece resolutividade na atenção primária: relato de caso da equipe de apoio a Estratégia de Saúde da Família em Paranaguá (Pr). Espaço para a Saúde- Revista de Saúde Pública do Paraná. 2016;17(2):152-9. .
7. Lucchesi VdO, Mélo TR, Lima SdS, Albini A, Pereira FM. A Interconsulta como proposta de ações da Equipe de Apoio ao Estratégia de Saúde na Família na Unidade de Saúde Vila Garcia- Paranaguá (Pr). In: INESCO, editor. III Congresso Paranaense De Saúde Pública / Coletiva; UFPR Litoral, Matinhos2016.
8. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2006;2(2).

9. Reis DCd, Almeida TACd, Coelho AB, Madeira AMF, Paulo IMA, Alves RH. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná. 2014;15(1):47-56.
10. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Revista de Saúde pública. 2011;45(5):854-64.
11. Callegari SBM, Resende EAMRd, Barbosa Neto O, Rodrigues Junior V, Oliveira EMD, Borges MdF. Obesidade e fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez. Rev bras ginecol obstet. 2014;36(10):449-55.
12. Nascimento SLd, Surita FGdC, Parpinelli MÂ, Cecatti JG. Exercício físico no ganho de peso e resultados perinatais em gestantes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. Cadernos de Saúde Pública. 2011.
13. Parada CMGdL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009;13(2):385-92.
14. Gravena AAF, Paula MGd, Marcon SS, Carvalho MDBd, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paul Enferm. 2013;26(2):130-5.
15. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil Teenage pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban. Cad saúde pública. 2007;23:177-86.
16. Araújo JAd, Halboth NV, Araújo A. Humanização e Integralidade na Atenção à Família: a percepção de mães sobre a gravidez de suas filhas adolescentes. Mundo saúde (Impr). 2012;36(3):475-81.

17. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):472-80.
18. Ribeiro PdJ, Barros KHS, Reis RAd, de Lourdes Souza Leite Campinas L. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. *Mundo saúde (Impr)*. 2008;32(4):412-9.
19. Andreto LM, Souza AId, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(11):2401-9.
20. Polgliani RBS, Neto S, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014:269-75.
21. Feliciano KVdO, KovacsII MH, SarinhoII SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):520-7.
22. Spagnuolo RS, Juliani C, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Ciênc cuid saúde*. 2012;11(2):226-34.