

Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes

State-Trait anxiety inventory of pregnant women

Inventario de ansiedad Rasgo-Estado de las embarazadas

Alves, Jheyanny Sousa¹; Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de²; Pereira, Queli Lisiane Castro³

Alves JS, Siqueira HCH, Pereira QLC. Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes. J nurs health. 2018;8(3):e188307

RESUMO

Objetivo: identificar o nível de ansiedade e o perfil das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Pontal do Araguaia, Mato Grosso. **Métodos:** pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa a 53 gestantes usuárias do serviço de pré-natal de Pontal do Araguaia, realizou-se a coleta de dados com entrevista semiestruturada, aplicou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. **Resultados:** houve o predomínio de primigestas jovens, pardas, do lar, ou seja, sem emprego formal, casadas, com ensino médio, renda familiar até dois salários mínimos. Não houve correlação positiva entre a situação da gestante no mercado de trabalho e o escore de ansiedade, as casadas possuem estado ansioso menor do que as em união consensual e as gestantes negras possuem estado ansioso elevado. **Conclusões:** ser casada implica menores níveis ansiogênicos, enquanto ser negra implica maiores níveis ansiogênicos.

Descritores: Ansiedade; Gestação; Saúde da mulher

ABSTRACT

Objective: to identify the level of anxiety and the profile of pregnant women users of the Unified Health System of Pontal do Araguaia, Mato Grosso. **Methods:** descriptive and exploratory research with a quantitative approach to 53 pregnant women users of the prenatal service of Pontal do Araguaia. The data collection was performed with semi-structured interview. The State-Trait Anxiety Inventory was applied. **Results:** there was a predominance of primigravid young, brown, housework at home, that is, without formal employment, married, with high school, family income up to two minimum wages. There was no positive correlation between the situation of the pregnant woman in the labor market and the anxiety score. The married women had an anxious state lower than those in a consensual union and the black pregnant women had an elevated anxious state. **Conclusions:** being married implies lower anxiety levels while being black implies higher anxiety levels.

Descriptors: Anxiety; Pregnancy; Women's health

1 Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças (MT). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: jheyanny_sousa@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0001-5961-4873>

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). E-mail: hedihs@gmail.com <http://orcid.org/0000-0002-9197-5350>

3 Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). E-mail: quelilisiane@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0001-6965-4887>

RESUMEN

Objetivo: identificar el nivel de ansiedad y el perfil de las gestantes usuarias del Sistema Único de Salud de Pontal do Araguaia, Mato Grosso. **Métodos:** investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cuantitativo a 53 gestantes usuarias del servicio de prenatal de Pontal do Araguaia, se realizó la recolección de datos con entrevista semiestructurada, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. **Resultados:** hubo el predominio de primigestas jóvenes, pardas, dueñas de casa, o sea, sin empleo formal, casadas, con enseñanza media, ingreso familiar hasta dos salarios mínimos. No hubo correlación positiva entre la situación de la gestante en el mercado de trabajo y la puntuación de ansiedad, las casadas poseen un estado ansioso menor que, las en unión consensual y las gestantes negras poseen un estado ansioso elevado. **Conclusiones:** ser casada implica menores niveles ansiogénicos mientras que ser negra implica mayores niveles ansiogénicos. **Descriptor:** Ansiedad; Embarazo; Salud de la Mujer

INTRODUÇÃO

O ciclo gestacional é um período marcado por inúmeras modificações que necessitam de um processo de adaptação contínuo, no qual se cumprem diversas tarefas de desenvolvimento. A mulher deverá se adaptar tanto às mudanças ocorridas no seu corpo quanto à mudança de papéis gerada pela maternidade,¹ tal como: de sua condição de filha para a de mãe, além do reajuste do seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e profissional, que são mais impactantes em primíparas, porém múltiparas podem vivê-las com intensidade.² Esse período de transição é marcado por um aumento na vulnerabilidade emocional e social, ocorrendo incertezas e expectativas diante do nascimento, em que se idealiza um filho perfeito, saudável e sem necessidade de internação.

Tendo em vista um processo que impõe tantas exigências à mulher, é notória a presença da ansiedade, mesmo que excluindo a sua dimensão patológica, os estudos são consensuais quanto à existência de uma morbidade aumentada do tipo ansiosa ou depressiva durante a gravidez.³⁻⁶

Altos níveis de ansiedade possuem comprovadas implicações na saúde bem-estar da mãe, bem como implicam de forma direta na saúde e desenvolvimento do feto, desde o intra-útero, apontando os riscos de sofrer malformações congênitas, ser prematuro e apresentar baixo peso ao nascer, o que evidencia a interferência direta da ansiedade materna no funcionamento neurocomportamental fetal.⁴ Dessa forma, objetivou-se: identificar o nível de ansiedade e o perfil das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Pontal do Araguaia, Mato Grosso (MT).

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. Participaram 53 gestantes usuárias do serviço de pré-natal de Pontal do Araguaia-MT, inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (SISPRENATAL). Posterior ao parecer 1.842.272, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus Universitário do Araguaia pela Universidade Federal do Mato Grosso,

realizou-se, em dezembro de 2016 e janeiro de 2017, a coleta de dados a partir da entrevista semiestruturada, contendo variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais e, aplicou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), traduzido e validado para a população brasileira.

O IDATE é composto por escala de estado e de traço, cada uma com 20 afirmativas, sendo entrevistado instruído a ler cada um dos itens e assinalar a resposta que melhor corresponde ao estado dele. A escala de estado solicita que o sujeito descreva como se sente em determinado momento, seguidas por quatro categorias de resposta: absolutamente não; um pouco; bastante e muitíssimo. A escala traço possui as seguintes categorias de resposta: quase nunca; às vezes; frequentemente e quase sempre.

Os dados quantitativos foram dispostos em tabelas do Microsoft Excel 2010®. Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS® 16.0). A análise inferencial das variáveis com o escore de ansiedade Traço e Estado foi com teste de Qui-quadrado de Pearson e Análise de Variância (ANOVA).

RESULTADOS

As 53 gestantes tinham idade entre 14 e 44 anos. Quanto à idade no início da gestação se encontrou, n=14 (26%) gestantes adolescentes até 20 anos, n=35 (66%) gestantes jovens de 21 a 35 anos e n=4 (7%) gestantes tardias a partir de 35 anos.

Quanto à raça ou cor da pele das entrevistadas n=33 (62%) se consideram pardas, n=12 (23%) brancas e n=8 (15%) negras. No que diz respeito ao estado civil, 21 (40%) são casadas, 16 (30%) vivem em união consensual, 15 (28%) são solteiras e uma (2%) é divorciada. Em relação ao grau de escolaridade, n=25 (47%) possuíam ensino médio completo, n=18 (34%) o fundamental e n=10 (19%) tinham o superior completo.

Em relação à ocupação, a variável mais significativa observada foi a “do lar”, totalizando n=14 (26%), seguida das estudantes n=11 (21%), professoras n=5 (9%). As demais ocupações tiveram percentual entre 2 e 4% e estavam ligadas ao setor terciário da economia. Dentre as gestantes, n=28 (53%) eram economicamente ativas, as demais não tinham rendimentos.

No que tange à renda familiar mensal, n=24 (45%) possuem renda de 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00), n=16 (30%) inferior a um salário mínimo, n=8(15%) entre dois e três salários mínimos, n=3 (6%) entre três e quatro salários mínimos e n=2 (4%) maior que quatro salários mínimos. Neste estudo, embora os dados tenham demonstrado que as gestantes economicamente inativas possuem a média de Ansiedade-TRAÇO = 49 (Percentil>75), categorizada como Ansiedade Elevada, enquanto as economicamente ativas, possuem média de Ansiedade-TRAÇO= 44 (Percentil 25 a 75), categorizada como Ansiedade Moderada de acordo com o IDATE, não houve associação positiva entre a situação da gestante no mercado de trabalho e escore de Ansiedade Traço (Tabela 1).

No que se refere à situação conjugal, observou-se, neste estudo que as gestantes que referiram o estado civil como união estável ou consensual possuíam em sua maioria, tanto o Traço quando o Estado ansioso elevado, 23% e 19% respectivamente, ao contrário das que referiram ser casadas que possuem em sua maioria, tanto Traço quanto Estado ansioso moderado, 22% e baixo 19% (Tabela 2).

Independentemente da idade todas as gestantes apresentaram, em média, escore de ansiedade tanto traço como estado elevados (Tabela 3). A maioria 35 (66%) encontra-se na faixa

etária considerada adequada para a gestação (21 a 35 anos).

Ao testar as variáveis acima descritas com a ansiedade-Traço e a ansiedade-Estado, todas revelaram independência, exceto a variável raça/cor que mostrou diferença estatística significativa para a ansiedade-Estado ($p=0,047$), gestantes negras possuíam em média Estado ansioso elevado 56,25 ao contrário das gestantes brancas e pardas que possuíam escores em média de 49,83 e 47,06 respectivamente, categorizados com Estado ansioso moderado.

Tabela 1: Médias e Desvios padrões das variáveis maternas ansiedade e sociodemográficas segundo os três grupos de gestantes.

Variáveis maternas	Gestante Adolescente Até 20 anos		Gestante Jovem Entre 21 e 35 anos		Gestante Tardia A partir de 35 anos	
	n(%)	M±DP	n(%)	M±DP	n(%)	M±DP
Ansiedade						
Traço	14(26)	46,5 ± 11,73	35(66)	47,68 ± 9,30	4(8)	44,5 ± 15,26
Estado	14(26)	46,42± 10,52	35(66)	50,68± 10,57	4(8)	44,25± 18,83
Idade		18±1,96		27,8±3,66		39±3,46
Escolaridade (anos)		12,14±3,20		12,42± 2,93		14±2
Ensino Fundamental	6(11)		12(23)		0(0)	
Ensino Médio	5(9)		16(30)		3(6)	
Ensino Superior	3(6)		7(13)		1(2)	
Renda Familiar		1,85±0,94		2,11±0,96		1,75±0,95
Menor que 1 salário	6(11)		8(15)		2(4)	
Entre 1 e 2 salários	5(9)		19(36)		0(0)	
Entre 2 e 3 salários	2(4)		5(9)		1(2)	
Entre 3 e 4 salários	1(2)		1(2)		1(2)	
Mais de 4 salários	0(0)		2(4)		0(0)	
N° de Gestações		1,21±0,42		2,05±1,05		2,50±0,57
Primigesta	11(20)		13(25)		0(0)	
Gesta II	3(6)		11(20)		2(4)	
Gesta III	0(0)		8(15)		2(4)	
Gesta IV	0(0)		2(4)		0(0)	
Gesta V	0(0)		1(2)		0(0)	
N° de moradores no domicílio		4±1,88		3,37±1,26		3,25±0,5
Raça/Cor						
Brancas	2(4)		8(15)		2(4)	
Pardas	9(17)		24(42)		1(2)	
Negras	3(6)		4(8)		1(2)	

Tabela 2: Percentual dos escores no IDATE-T e IDATE-E de acordo com o estado civil das gestantes do estudo.

Variáveis Maternas	Ansiedade-TRAÇO			Ansiedade-ESTADO		
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Elevada n(%)	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Elevada n(%)
Estado Civil n(%)						
Casada 21(40)	3(6)	11(21) [‡]	7(13)	10(19) [‡]	7(13)	4(8)
Solteira 16(30)	1(2)	5(9)	10(19)	2(4)	7(13)	7(13)
Separada 01(2)	-	-	1(2)	-	1(2)	-
União Consensual 15(28)	-	3(6)	12(22)	-	5(9)	10(19)

*p < 0,05 entre os grupos teste ANOVA e Qui-Quadrado de Pearson

Tabela 1: Percentual dos escores no IDATE-T e IDATE-E de acordo com a raça/cor das gestantes do estudo.

Raça/Cor n(%)	Ansiedade-TRAÇO			Ansiedade-ESTADO		
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Elevada n(%)	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Elevada n(%)
Branca 12(23)	1(2)	4(8)	7(13)	4(8)	2(4)	6(11)
Parda 33(62)	3(6)	14(26)	16(30)	7(13)	16(30)	10(19)
Negra 8 (15)	-	1(2)	7(13) [‡]	1(2)	2(4)	5(9) [‡]

*p < 0,05 entre os grupos teste ANOVA

DISCUSSÃO

Quanto à idade no início da gestação, tem-se o número de gestação precoce 14(26,8%) está acima da média estadual e nacional que são 21,19% e 19,25%, respectivamente.⁷ Pesquisa realizada na região têm identificado prevalência de gestações não planejadas, evidenciando a fragilidade na assistência ao planejamento reprodutivo.⁸ Já as gestações tardias têm crescido ao longo dos anos. O número de mulheres que tiveram o primeiro filho após os 30 anos passou de 27,5% em 2000 para 31,3% em 2010, um aumento de 14%.⁹

A postergação da gestação torna-se mais frequente por decisão da própria mulher, devido ao desejo de sua independência, ao casamento

adiado, carreira profissional sem intercorrências e ao melhor nível socioeconômico. A mulher, coloca em segundo plano a gestação para se dedicar à carreira profissional, adquirir estabilidade financeira, almejando não terem a gravidez afetada por questões financeiras e, o parceiro ideal.¹⁰⁻¹² Enquanto que na adolescência acontece a gravidez, na maioria das vezes, indesejada, com um parceiro igualmente jovem, levando à evasão escolar e às uniões consensuais.¹³

Como o Brasil ainda é um país em desenvolvimento, a gestação tardia tem se tornado muito frequente, o percentual de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos tem aumentado, conforme descrito anteriormente. Todavia a transição demográfica e epidemiologia deve ser

considerada, em especial ao que tange a saúde reprodutiva da mulher.¹⁴ Preocupações referentes a idade materna tem sido cada vez maior.¹⁰ Sabe-se que mulheres adolescentes e em idade avançada, são consideradas de maior risco para resultados perinatais adversos, tais como: anormalidades cromossômicas, aumento das taxas de abortamento, pré-eclâmpsia e mortalidade materna.¹² A maioria dos autores esclarece que gestantes adolescentes e tardias estão suscetíveis à resultados perinatais adversos e à morbimortalidade materna. Mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos, e mais elevado em outras situações como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.¹⁵

Apesar da tendência do aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, seja uma realidade,¹⁶ os achados do presente estudo permitem inferir a incidência majoritária da gravidez na faixa etária considerada ideal para o seu desenvolvimento (Tabela 2), a qual varia entre 20 e 35 anos.

A média de filhos identificada é menor que a nacional⁹ (Tabela 2) as mulheres têm postergado a gestação e possuem, em média, 1,9 filhos. O acúmulo de papéis vivenciados pelas mulheres também é um fator que pode estar contribuído para a diminuição da taxa de natalidade.

Os achados quanto ao estado civil (Tabela 3) estão em consonância com o Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2014 no estado do MT, houve predomínio de 70,9 % de mulheres em união estável e casadas. O estado civil é influente na conduta emocional e psíquica da grávida, as mulheres casadas dispõem de maior apoio e, por isso, menos ansiedade e até hostilidade durante a gravidez, quando comparadas com as solteiras, divorciadas ou viúvas.¹⁷ Isto também pode ser identificado neste estudo pois as gestantes casadas apresentaram o escore tanto Traço quanto Estado ansioso moderado enquanto que as gestantes, que referiram o estado civil como união estável ou consensual apresentaram tanto o Traço quando o Estado ansioso elevado (Tabela 2).

Esta constatação leva-nos afirmar que existe dependência entre a variável estado civil, tanto para a ansiedade-traço quanto para a ansiedade-estado, o que equivale a afirmar que ser casada tem efeito significativo na ansiedade, ou seja, as variáveis são dependentes.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a maioria das brasileiras possui entre 11 e 14 anos de estudo,¹⁸ o mesmo pode ser identificado entre as gestantes deste estudo. Identificou-se ainda que a minoria das mulheres concluiu o ensino superior, resultado já esperado uma vez que se trata de um país subdesenvolvido. Todavia, as gestantes, entrevistadas, não apresentam baixa escolaridade visto que 43 (81%) das gestantes apresentaram ensino fundamental e médio completos.

Contudo as gestantes jovens são as que possuem maior percentual de

ensino superior e a maior média de renda mensal. A escolaridade afeta o nível de conhecimento e a acessibilidade destas gestantes aos serviços de saúde. A inadequação da assistência de pré-natal está associada à baixa escolaridade. Gestantes com ensino superior completo e com acesso a serviços privados de saúde conseguiram realizar todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde.¹⁹ A vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade está associada ao menor acesso delas a uma rede de suporte familiar e/ou social tais como acesso a serviços de atenção à saúde.²⁰ A educação, infundida na escolaridade, aumenta as possibilidades e escolhas de vida, bem como aquisição de novos conhecimentos que motivam atitudes e comportamentos saudáveis, afetando dessa forma diretamente a saúde dos indivíduos em consonância com os achados deste estudo.²¹

Quanto à ocupação há uma desvalorização da mulher “do Lar” em decorrência da valorização da “mulher profissional”, essa desvalorização pode contribuir para uma vivência desfavorável da gestação onde na maioria das vezes, essas mulheres deixam de se cuidar, física e psicologicamente, para cuidar da casa, companheiro e dos demais filhos. As dificuldades enfrentadas pelas mulheres no mercado de trabalho referem-se à qualidade dos empregos por elas obtidos, onde, encontra-se em maior proporção, em postos de trabalho suscetíveis, representados pelo assalariamento sem carteira assinada, trabalho doméstico e autônomas, desprotegendo-as assim de qualquer regulamentação que lhes

garanta direitos sociais como, carteira de trabalho assinada, licença maternidade, entre outros.²⁰

No contexto gestacional, deve-se pensar na possibilidade de a gestante economicamente inativa “do lar” ficar preocupada com o futuro, no que diz respeito à falta de emprego, de renda e do aumento dos gastos da família, o que pode acarretar motivo de ansiedade.

É importante refletir sobre a associação da renda mensal familiar com a ocupação, durante a gravidez, a ocupação como fonte de renda pode proporcionar uma sensação de tranquilidade à gestante, uma vez que a presença do salário mensal diminui as inquietações e a ansiedade referentes aos gastos advindos deste período com a preparação para o nascimento do filho. Ao tratamento estatístico, esta variável não apresentou efeito significativo na ansiedade.

O fato de haver ansiedade elevada nas gestantes nas diferentes faixas etárias (Tabela 1), corrobora com os achados na literatura que afirmam que o estado gestacional por si só já causa ansiedade nas mulheres.²²⁻²³

A análise da paridade com a escolaridade corrobora com a constatação que os altos índices de natalidade estão relativamente mais presentes em gestantes com baixa escolaridade, enquanto os dados mostram uma diminuição da taxa de fecundidade nas classes sociais mais instruídas.²⁴ Portanto a taxa de natalidade é ascendente nas classes socioeconômico-culturais com menores índices de escolaridade, são

justamente as classes que se supõe menor acesso às informações.

Os achados quanto ao número de moradores conferem com os registros de que a média de moradores em cada domicílio brasileiro, em todas as regiões, é de no mínimo três a quatro pessoas, conforme o Censo 2010.⁹

A população negra em geral, e principalmente as mulheres negras, recebem atendimento de saúde mais precário que outros grupos no Brasil.²⁵⁻²⁶ Fatores históricos, econômicos e sociais fazem com que este seja um dos grupos populacionais mais vulneráveis na sociedade nacional atualmente.²⁷ Para a gestante negra, estar grávida significa uma sobreposição de conflitos, pois ser mulher, gestante e negra, a deixa mais vulnerável, pois ela tem que lidar com diferentes formas de rejeições, preconceitos e a discriminação da sociedade.²⁸

CONCLUSÃO

Houve predominância de gestantes jovens, pardas, casadas, com ensino médio, do lar, economicamente ativas, de baixa renda. Embora as gestantes economicamente inativas terem apresentado Ansiedade-Traço Elevada, enquanto as economicamente ativas, Ansiedade-Traço Moderada, não houve correlação positiva, entre a situação da gestante no mercado de trabalho e o escore de Ansiedade-Traço.

Constatou-se que a variável estado civil casada apresentou diminuição na ansiedade, indicando dependência entre a variável estado civil, tanto para a ansiedade-Traço quanto para a ansiedade-Estado. Ser

casada, implica menores níveis ansiogênicos.

A morbidade ansiosa foi comprovada neste estudo com gestantes, assim sugere-se que pesquisas e intervenções como: rodas de conversas, musicoterapia, orientações quanto às práticas de atividades físicas, dentre outras, sejam realizadas a fim de minimizar os efeitos adversos que a ansiedade pode causar no binômio e promover a saúde, principalmente em gestantes negras e solteiras pois, são as que se encontram em maior vulnerabilidade e mais suscetíveis ao aumento da ansiedade gestacional.

A limitação do estudo diz respeito à unidimensionalidade do IDATE, apesar do Inventário de Ansiedade ser considerado instrumento padrão na mensuração dos níveis de ansiedade. Reconhece-se a importância de estudos que analisem os aspectos afetivos-emocionais da ansiedade através de uma avaliação multidimensional.

REFERÊNCIAS

- 1 Conde A, Figueiredo B. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Anál psicol* [Internet]. 2007 [acesso em 2018 set 26];25(3):381-98. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06.pdf>
- 2 Piccinini CA, Gomes AG, De Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol estud* [Internet]. 2008 [acesso em 2018 set 26];13(1):63-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>

- 3 Pereira M, Leal I. Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. *Psicol saúde doenças* [Internet]. 2015 [acesso 2018 set 26];16(2):254-66. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n2/v16n2a10.pdf>
- 4 Vicente SRCR, Paula KMP, Silva FF, Mancini CN, Muniz, SA. Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita. *Estud psicol (Natal)* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];21(2):104-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n2/1413-294X-epsic-21-02-0104.pdf>
- 5 Cunha ACB, Pereira Júnior JP, Caldeira CLV, Carneiro VMS. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estud psicol (Campinas, Online)* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];33(4):601-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n4/0103-166X-estpsi-33-04-00601.pdf>
- 6 Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. *J bras psiquiatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];65(3):223-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n3/0047-2085-jbpsiq-65-3-0223.pdf>
- 7 Ministério da Saúde (MS). Informações em saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2018 mar 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 8 Schönholzer TE, Pinto IC, de Siqueira HC, Pereira QL. Planejamento reprodutivo de mulheres climatéricas usuárias da atenção primária à saúde Mutirão. *J nurs health* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];7(1):58-66. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/8951>
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?lang=&codmun=510665&search=mato-grosso|pontal-do-araguaia|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>.
- 10 Cohen WR. Does maternal age affect pregnancy outcome?. *BJOG* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 26];121(3):252-4. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12563>
- 11 Bezerra AC, de Mesquita JD, Brito MD, dos Santos RB, Teixeira FV. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. *Rev bras cienc saude* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];19(2):163-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24335/15065>
- 12 Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública (online)* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 set 26];34(1):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00188016.pdf>

13 Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves, MCGP. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. Rev saude publica [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];51(25):1-10. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006528.pdf

14 Pereira QLC, Silva CB, Siqueira HC. Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do sistema único de saúde. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2008 [acesso em 2018 set 26];7(2):224-33. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5006/3245>

15 Bacelar EB, Costa MCO, Gama SGN, Amaral MTR, Almeida AHV. Factors associated with specific hypertensive gestation syndrome (SHGS) in postpartum adolescent and young adult mothers in the northeast of Brazil: a multiple analysis of hierarchical models. Rev bras saúde mater infant (online) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sept 26];17(4):673-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n4/1519-3829-rbsmi-17-04-0673.pdf>

16 Rodrigues APA, Santos LBB, Castela MPS, França AMB, Pimpão FD. Análise da prematuridade nos extremos da idade reprodutiva. Interfaces científicas [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 08];3(3):65-78. Disponível em:

https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/2107/pdf_4

17 Silveira C, Ferreira MM. Auto-conceito da grávida: fatores

associados. Millenium [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];40:53-67. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219>

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo: resultados da amostra-características da população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2017 nov 17]. Disponível em:

https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicesadoresminimos/supme/default_educacao.shtm

19 Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 26];30(Suppl1):85-100. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf

20 Monteiro FR, BucciniGS, Venâncio SI, Costa, Teresa HM. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. J pediatr (Rio J) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sept 26];93(5):475-81. Available: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n5/0021-7557-jped-93-05-0475.pdf>

21 Rocha AA, Cavalcanti TCFA. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. Psicol saúde doenças [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];18(3):828-45. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf>

22 Silva MMJ, Leite EP, Nogueira DA, Clapis MJ. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades

públicas de saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 08];9(Suppl7):9027-37. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10694/11758>

23 Boarolli M, Pacheco T, Ceretta LB, Biorollo IVB, Amboni G, Gomes KM. Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em um grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família do bairro São Sebastião, Criciúma. Revista do programa de residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];3(1):1-6. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/3028/2792>

24 Minervino SS, Martins AC. Raça/cor e escolaridade: maternidade brasileira nos extremos da vida reprodutiva durante os anos de 2003-2013. Centro universitário Uninovafapi revista interdisciplinar [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];10(2):107-14. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1133>

25 Carneiro R. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. Mediações: revista de ciências sociais [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];22(2):394-424. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23609/pdf>

26 Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MCG. Humanização na atenção

à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde soc [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26];25(3):689-702. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00689.pdf>

27 Fraga FA, de Carvalho Sanino GE. Saúde da mulher negra passos e descompassos: ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? Rev ABPN [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 26];7(15):192-211. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/121/118>

28 Costa DO, Souza Fisd, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. Ciênc saúde colet [Internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 06];23:691-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0691.pdf>

Data de submissão: 12/05/2018

Data de aceite: 06/11/2018

Data de publicação: 12/11/2018