



FANESE – Faculdade de Administrações e Negócios de Sergipe
Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

Ana Carolina Alves Nabuco De Carvalho

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES CADASTRADAS EM UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, ADUSTINA-BA.**

Aracaju/SE
2014

Ana Carolina Alves Nabuco De Carvalho

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES CADASTRADAS EM UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA, ADUSTINA-BA.**

Artigo apresentado como pré-requisito parcial para conclusão da disciplina Metodologia dos Trabalhos Acadêmicos do Curso de Pós-graduação em Gestão em Saúde Pública e da Família da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe - FANESE.

Orientador:
Dr. Cristina de Jesus Reiss de Araújo

Aracaju/SE
2014

RESUMO

Atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada é fundamental para o atendimento das necessidades do binômio mãe-filho. O objetivo desta pesquisa, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, foi aprofundar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico das mulheres grávidas cadastradas no período de janeiro a junho de 2013, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Sede I e II, no município de Adustina-Bahia, considerando que essa informação favorecerá a melhoria da orientação e cuidados prestados a estas usuárias. Os dados foram coletados através de consulta aos livros de registros da Unidade, bem como prontuários, no período de agosto a setembro de 2013. A análise dos dados evidenciou que a maioria das mulheres concentra-se na faixa etária dos 20 aos 29 anos, em sua grande parte na primeira gestação e iniciando o Pré-natal no primeiro trimestre gestacional.

Palavras-chave: Gestação. Pré-natal. Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, que acarreta uma série de transformações no organismo materno, que têm a finalidade de garantir o crescimento e desenvolvimento do feto e, ao mesmo tempo, de proteger o organismo materno. (MANTLE e POLDEN, 2005).

Os acompanhamentos realizados nos serviços de saúde durante as diferentes fases do período gestacional proporcionam um efeito protetor para a saúde do binômio mãe-filho. Dentre os procedimentos de acompanhamento existentes, destacam-se a realização do pré-natal, que tem como objetivos promover, proteger e recuperar a saúde da gestante e do conceito. (COUTINHO, TEIXEIRA e DAIN, 2003).

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Tiradentes-Unit

Diante da importância do pré-natal e de suas implicações na saúde materno-infantil, torna-se extremamente importante investigar a qualidade da atenção ofertada às gestantes à nível de atenção básica, através de estudos epidemiológicos.(CARVALHO,CAMPOS 2000).

O objeto deste estudo são as gestantes atendidas na consulta do pré-natal de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde no município de Adustina-Ba. O interesse pela temática emergiu da realização do Trabalho da autora, na Atenção Básica em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Durante a realização de consulta de enfermagem no pré-natal nasceu à curiosidade de se investigar o perfil das gestantes atendidas, portanto este estudo tem como objetivo, aprofundar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico das mulheres grávidas cadastradas no período de janeiro a junho de 2013 na Unidade de Saúde da Família da Sede I e II.

Este estudo servirá para conhecer com maior profundidade a temática, auxiliando estudos subsequentes ou complementares que visem traçar estratégias de atendimento, contribuindo para uma melhoria da saúde neste município e sua transformação social.

2 DESENVOLVIMENTO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), construído a partir da Constituição de 1988, e regulamentado pela Lei 8.80/90, organiza as ações e os serviços de saúde sob gestão pública e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, e atua em todo o território nacional, e vem ao longo dos anos em constante processo de aprimoramento. Para Tancredi, Barrios e Ferreira, (1998; 10), “O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal”.

Dentre as ações reestruturantes do funcionamento da saúde, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família, recentemente a palavra Programa vem sendo substituído por carregar a ideia de finitude da ação, e a palavra que vem sendo utilizada é Estratégia, visto que ela se adéqua mais a ideia e aos objetivos da ação. A Saúde da Família, portanto, tem se constituído em estratégia para a reorganização da atenção básica e da produção em saúde proposta pelo governo brasileiro e sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL. 2001).

Oficialmente a reestruturação dos modelos de atenção à saúde, a partir, da implementação da Estratégia da Saúde da Família, se dá pela sua atuação nos três níveis propostos pela epidemiologia, de atenção com prevenção, promoção recuperação e reabilitação, tendo a comunidade como eixo estruturante das ações do sistema. A comunidade passa a ser o local de ação e atenção, é percebida não só como porção biológica, mas como porção socioeconômica e psico-social, que está exposta não só a microorganismos, mas, a todas as pressões econômicas e sociais que lhes são impostas. São criadas as Unidades Básicas de Saúde da Família- UBS, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, é nesse contexto que a Saúde da Família se firma como principal ação governamental na área da saúde (AQUINO. 2001).

As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela atenção básica e principal porta de entrada do usuário no sistema único de saúde, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde- ACS. Têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território onde vivem cerca de 4.500 pessoas, ou mil famílias (BRASIL 2001).

As ações estratégicas da Atenção Básica se dão em: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e da diabetes, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde. (BRASIL,2000)

Desde a implantação da Estratégia Saúde da Família, a consulta do pré-natal é também realizada por enfermeiros. Na Portaria GM nº 2488, de 21/10/2011, encontram-se as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da Saúde da Família em realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), bem como as atribuições específicas do enfermeiro(a), dando-lhe suporte há também Manuais editados pelo Ministério da Saúde.

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, na atenção básica de saúde, tem atribuições específicas entre outras, realizar a Consulta de Enfermagem, solicitar exames complementares, prescrevendo e transcrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão, sendo a mais recente a Portaria GM nº 2488\2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Nessa perspectiva, uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada torna-se fundamental para a saúde materna e neonatal, a fim de que os coeficientes de mortalidade sejam diminuídos. Para tanto, a assistência necessita contemplar ações de prevenção e promoção da saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem no período gravídico-puerperal.

A orientação oferecida pelo Manual de Assistência ao Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde é de que:

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006; 12.).

A gestante ao comparece na Unidade de Saúde, para a primeira consulta de pré-natal é preenchida a ficha de cadastro no SISPRENATAL (ANEXO A) e seus dados sociodemográficos e epidemiológicos são registrados no Cartão da gestante (ANEXO B) e no prontuário, assegurando um acompanhamento de qualidade e com

possibilidades de avaliação dos dados obtidos, elaborando perfil e favorecendo a estudos.

Ainda segundo este Manual de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, na consulta deve-se ter os seguintes objetivos: identificar patologias e prover terapêutica; garantir o estado geral da gestante; prevenir doenças específicas à gestação; orientar hábitos de vida adequados à gestação; propiciar adaptação do organismo materno; prover assistência psicológica; favorecer o preparo psicológico para o parto; orientar a gestante sobre puericultura neonatal; prevenção de má formações; Identificar crescimento retardado ou aumentado; prevenção do abortamento, parto prematuro e do óbito perinatal; diagnosticar e dar assistência a incompatibilidade sanguínea feto-materna; prevenção das DST; avaliar maturidade e vitalidade fetais (BRASIL, 2006).

A gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento tanto do embrião quanto da mulher envolvendo várias alterações físicas e psicológicas. Fatores sócio-econômicos, ambientais, psicossociais e de saúde, influenciam diretamente em sua saúde e nas perspectivas de futuro (FIGUEIREDO,2003).

Segundo Manual de Gestação de Alto Risco, na maioria dos casos a gestação transcorre sem intercorrências, mas necessita de um acompanhamento e monitoramento. A obra chama atenção para o fato em que:

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". (BRASIL,2001;5).

Como características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis para uma gestação, o Ministério da Saúde considera: Idade menor que 15 e maior que 35 anos; Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em

se tratando de adolescente; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); Condições ambientais desfavoráveis; Altura menor que 1,45 m; Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas, (BRASIL; 2006).

As consultas de pré-natal, segundo recomendação do Ministério da Saúde, em Rede Básica devem ser de no mínimo seis, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, e devem ser realizadas com o objetivo de acompanhar e detectar as situações desfavoráveis ou que confirmem riscos à mulher e ao feto (BRASIL,2008).

Para a realização de um bom pré-natal é indispensável que o profissional de saúde seja qualificado e tenha recebido capacitação e treinamentos, com habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento na gravidez e puerpério. Com relação à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal, os principais problemas apontados em estudos, “referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades”. (HANSELL, 1991; PEOPLES-SHEPS et al., 1991; PETITTI et al., 1991; CAMÚS et al., 1992; KOGAN et al., 1994; SIKOSANA, 1994, apud SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001).

Desse modo, o presente estudo teve os seguintes objetivos: descrever o perfil sócio demográfico das gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família da Sede I e II de Adustina-Bahia, auxiliando estudos subsequentes ou complementares que visem traçar estratégias de atendimento, contribuindo para uma melhoria da saúde neste município, e um atendimento com qualidade e resolutividade diminuindo os riscos para as gestantes.

METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, do tipo documental, que segundo Richardson, (1999). “Este tipo de estudo deve ser

realizado quando o pesquisador deseja obter melhor entendimento do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinados fenômenos”. (RICHARDSON, et al. 1999). Com o emprego da coleta de dados em prontuário das gestantes cadastradas em Unidade Saúde da Família, com análise dos dados tanto da ficha de pré-natal (ANEXO C) quanto evoluções feitas pelo Enfermeiro e Médico da unidade. Foi selecionados variáveis para compor o estudo do tipo: demográfica (faixa etária); sociais (escolaridade, estado civil, ocupação) e história obstétrica (início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, histórico gestacional como gravidez, parto e aborto- GPA, idade gestacional).

A pesquisa foi realizada na Unidade da Saúde da Família da Sede I e II, situado no município de Adustina-Bahia. Participaram do estudo 43 gestantes em acompanhamento pré-natal na UBS pesquisada, no período de janeiro a junho de 2013. Adotou-se como critério de exclusão as mulheres que estavam na primeira consulta de pré-natal, pois, para o completo preenchimento da coleta de dados, eram necessárias algumas informações que não estariam disponíveis na primeira consulta.

Constavam no cadastro do SISPRENATAL desta unidade básica de saúde 43 gestante, ao utilizar o critério de exclusão para este estudo, o universo selecionado foi o de 27 gestantes.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram os livros de Registro da unidade: livro de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do Enfermeiro e o livro do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com cadastros realizados no primeiro semestre de 2013 no SISPRENATAL, Ficha de Perinatal Ambulatório e prontuários.

Os dados foram coletados durante o período de agosto a setembro de 2013. Para análise dos dados foram utilizados procedimentos de estatística descritiva. Foi realizada uma descrição geral da amostra em análise de números absoluto e percentual com o uso do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 17.0).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada concentra-se na faixa etária de 20-29 anos (70,4%) num total de 19 mulheres, seguidos de 06 (22,2%) com idades de 30-34 anos e uma pequena parcela 02 (7,4%) gestante na adolescência. (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária – Janeiro a Junho -2013

Faixa Etária	Nº	%
14-19 anos	02	7,4%
20-29 anos	19	70,4
30-39 anos	06	22,2%
TOTAL	27	100

FONTE: Autora da Pesquisa

O resultado encontrado corrobora com o estudo de Chaim, Oliveira, Kimura (2008), onde 64,5% das gestantes tinham entre 20 e 34 anos, e com o Ministério da Saúde que a maior proporção de nascidos vivos no Brasil são de mães cujas idades concentram-se entre os 20-34 anos.

Quanto a escolaridade as gestantes têm, em sua maioria, o ensino fundamental 18 (66,7%); 04 (14,8%) mulheres têm o ensino médio e 03 (11,1%) não tem estudo (Tabela 2).

Tabela 2: Escolaridade das gestantes cadastradas no pré-natal – Janeiro a Junho - 2013

Escolaridade	Nº	%
Analfabeta	03	11,1%
Ensino Fundamental	18	66,7%
Ensino Médio	04	14,8
Superior	02	7,4%
TOTAL	27	100

FONTE: Autora da Pesquisa

A baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres sendo considerado pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico.

Quanto a profissão/ocupação das gestantes 19 (70,4%) não exercem atividade remunerada, 02 (7,4%) são empregadas doméstica e 02 (7,4%) são vendedoras (Tabela 3).

O resultado encontrado está de acordo com Spindola et al (2006): tornam evidentes que em função da baixa escolaridade as gestantes ou não exercem atividade remunerada ou trabalham em atividades do setor terciário da economia, no ramo do trabalho doméstico. Isto mostra que a renda familiar ainda é baixa, acaba limitando as possibilidades de realizarem alguns cuidados que são importantes durante este período.

Tabela 3: Distribuição das gestantes conforme a profissão/ocupação -Janeiro a Junho -2013

Profissão/Ocupação	Nº	%
Do lar	19	70,4
Estudante	03	11,1
Autônoma	01	3,7
Vendedora	02	7,4
Empregada Doméstica	02	7,4
TOTAL	27	100

FONTE: Autoras da Pesquisa

Em relação ao estado civil, existe uma prevalência de solteiras 11 (41,8%), existindo também uma concentração significativa de mulheres que vivem em união estável 10 (39,2 %), e mulheres casadas 06 (19%).

Após o nascimento do bebê, os riscos para a saúde da mãe e seu filho, são maiores para adolescentes solteiras do que para casadas. O filho da adolescente solteira tem ainda menos possibilidade de receber cuidados especiais. (TEDESCO 2000).

Tabela 4: Distribuição das gestantes conforme histórico obstétrico segundo ao número de Gestação (G), Parto (P) e Aborto (A) – Janeiro a Junho -2013

Nº de gestações	Nº	%	Nº de partos	Nº	%	Nº de abortos	Nº	%
1-2 G	18	66,7	0-1 P	16	59,2	0 A	20	74
3-4 G	07	25,9	2-3 P	09	33,4	1 A	07	22,3
5-6 G	02	7,4	4-5 P	02	7,4	2 A	00	00
Total	27	100		27	100		27	100

FONTE: Autora da Pesquisa

Com relação ao histórico obstétrico, Gestação (G) Parto (P) Aborto (A), das gestantes cadastradas, quanto ao número de gestação 18 (66,7 %) tiveram de 1 a 2 gestações, e 07 (25,9%) tiveram de 3-4 gestações. Com referência ao número de partos 16 (59,2%)% não tiveram nenhum parto anterior ou apenas 01 parto. Quanto ao número de abortos ocorrido nas gestantes cadastradas, 20 (74%) nunca tiveram nenhum aborto durante história obstétrica, 07 (22,3%) mulheres tiveram 01 aborto anteriormente. “A real magnitude do abortamento, no mundo, é desconhecida. A ilegalidade, parcial ou total em diversos países, dificulta o registro de todas as ocorrências. (...)”. Desta forma, há uma sub-notificação dos casos de abortamento, assim como das complicações. (BRASIL, 2001). Demais dados conforme Tabela 4.

Tabela 5: Distribuição das gestantes de acordo com o número de consultas de pré-natal – Janeiro a Junho -2013

Nº de Consultas	Nº	%
0	01	2
Até 04	03	11
06 ou mais	23	87
Total	27	100

FONTE: Autora da Pesquisa

Com referência ao número de consultas realizadas, 02 % não realizaram nenhuma consulta, 11% realizaram até 04 consultas e 87% realizaram 06 ou mais consultas. Segundo o Manual de pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, “no Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher (...). Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe”.

Tabela 6: Idade gestacional em que as mulheres iniciaram o pré-natal - Janeiro a Junho-2013

Idade Gestacional	Nº	%
4-12 semanas	06	70,4
13-24 semanas	19	22,2
25-36 semanas	02	7,4
Total	27	100

FONTE: Autora da Pesquisa

Em relação à idade gestacional, as mulheres cadastradas que iniciaram o pré natal no primeiro semestre de 2013, 70,4 % delas iniciaram de 4 a 12 semanas, ou seja, no primeiro trimestre de gestação, enquanto 22,2 % iniciaram de 13-24 semanas, segundo trimestre gestacional, onde segundo estudos é o período ideal para se começar o pré-natal. Apenas 7,4% iniciou o pré-natal a partir da 25ª semana de gestação. Tabela 6.

Este dado é relevante para a assistência obstétrica considerando que o manual do Ministério da Saúde e as Portarias MS/GM N ° 569 e 570 (01 de JUNHO, 2000) recomendam que toda gestante tenha pelo menos 6 (seis) consultas no período gestacional. Um dos objetivos do acompanhamento no pré-natal é o acolhimento desta mulher desde o início de sua gravidez. Este atendimento deve ocorrer de preferência no primeiro trimestre, com o propósito de que se realizem intervenções oportunas durante o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

3 CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, visando aprofundar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico das mulheres grávidas cadastradas no período de janeiro a junho de 2013, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Sede I e II, considerando que essa informação possibilita a melhoria da orientação e cuidados prestados a estas usuárias, foi em parte alcançado.

Depreendemos desta pesquisa algumas considerações, que podem auxiliar na organização da assistência prestada no pré-natal, a partir da atenção básica em saúde. Sobressai, especialmente, a constatação dos dados registrados de forma incompleta nos prontuários e fichas de acompanhamentos.

Ressaltamos que no serviço público nem sempre o profissional tem tempo para preencher todas as informações necessárias, embora muitas vezes ele pergunte, na primeira consulta de cadastramento o preenchimento da Ficha do

SISPRENATAL em duas vias (Cartão da Gestante Ficha Perinatal Ambulatório), pode causar confusão no profissional que a preenche gerando dados incompletos.

O perfil das gestantes atendidas é de mulheres jovens, com escolaridade média e ainda estudando, solteiras, que não exercem atividade remunerada, múltiparas e iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

Este estudo serviu para conhecer com maior profundidade o problema auxiliando trabalhos subsequentes ou complementares que visem à superação do mesmo, como exemplo, citamos a elaboração do Planejamento Estratégico Situacional- PES, cujo objetivo é realizar um trabalho educativo de sensibilização quanto à importância da realização do pré-natal, contribuindo para uma melhoria da saúde neste município (Adustina) e sua transformação social.

ABSTRACT

Prenatal and postpartum qualified and humanized is essential to meet the needs of both mother and child. The purpose of this research, exploratory, quantitative approach was to deepen the knowledge on the epidemiological profile of pregnant women registered in the period January to June 2013, the area covered by the Basic Health Unit Headquarters I and II, whereas that this information would allow better guidance and care provided to these users. Data were collected by consulting the registry books of the Unit, as well as records in the period August-September 2013. Data analysis showed that most women concentrated in the age group of 20 to 29 years, for the most part in the first pregnancy and starting prenatal second trimester.

Keywords: Gestation.Prenatal.Epidemiology.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Rosana et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Série Cadernos Técnicos. Vol. II. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. 2001.

BRASIL. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, Departamento de Atenção Básica Brasília -Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Gestante de alto risco**, Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8.080/90** Brasília - Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8.142/90** Brasília - Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2005.

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:// dtr 2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT 2000/GM/GM- 569 rep.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT_2000/GM/GM-569_rep.htm) [Acesso em 02 abril 2014].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 570, de 01 de junho de 2000. Institui o **Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde**. [online]. Disponível em: [http:// dtr 2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT 2000/GM/GM-569 rep.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT_2000/GM/GM-569_rep.htm) [Acesso em 02 abril 2014].

CARVALHO, S.R; CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção à saúde: organização de equipes de referência na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de**

Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.507-515, abril/junho, 2000.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento.** Revista Acta Paul Enferm, jun, 2008.

COUTINHO, T., Teixeira, M. T. B., Dain, S., Sayd, J. D. & Coutinho, L. M. (2003). **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*; 25(10), 717-24.

FIGUEIREDO, B. **Ansiedade na Gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe.** Revista de Psiquiatria-Clínica 2003; 24 (3): 197-209.

MANTELE, J.; POLDEN, M. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.** São Paulo: Editora Santos, 2005.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVEIRA, D. S., SANTOS I. S., COSTA J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

SPINDOLA, T.; PENNA L. H. G.; PROGANTI J. M. **Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário,** Rev Esc Enferm USP 2006; www.ee.usp.br/reeusp.

TANCREDI, F. B, Barrios. S. R. L, Ferreira. J. H. G.; **Planejamento em Saúde.** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, (Série Saúde & Cidadania), São Paulo, 1998.

TEDESCO, José Júlio Febrasco. **Tratado de Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.