

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE EM DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Quality of maternal and child health care in different models of Primary Health Care

Antônio Prates Caldeira¹, Kênia Rabelo Santana², Jair Almeida Carneiro³, Anderson Antônio Faria⁴

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência à gestante em dois modelos de Atenção Primária à Saúde, comparando-se as Unidades de Saúde da Família com os Centros de Saúde tradicionais. Foram realizadas entrevistas com amostra aleatória de puérperas nas três maternidades do município, avaliando-se alguns indicadores de assistência e de desfecho da gestação, ao longo de dez meses. Foram analisadas 379 entrevistas, das quais 159 eram referentes à assistência exclusiva nas Unidades de Saúde da Família (42%) e 220 eram referentes à assistência exclusiva nos Centros de Saúde (58%). Os dois grupos se mostraram semelhantes em relação às características sociodemográficas. Em relação aos indicadores do processo assistencial, observou-se maior proporção de gestantes com seis ou mais consultas nas Unidades de Saúde da Família ($p < 0,006$). Não foram observadas diferenças em relação a outros aspectos do processo de assistência. Também em relação aos desfechos da gestação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, mas ambos os serviços apresentaram elevadas taxas de recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde Materno-Infantil; Saúde da Família; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde).

INTRODUÇÃO

Desde a criação e implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, a atenção primária à saúde no Brasil passou a contar, em muitos municípios, com dois modelos distintos de atenção à saúde. O primeiro é representado

ABSTRACT

This study aimed to compare the quality of prenatal care provided by two different models: Family Health Units (FHU) and Traditional Health Centers (THC). Interviews of a random sample of mothers from the 3 maternity hospitals of the city were carried out by trained personnel. Some indicators of prenatal care and pregnancy outcome were assessed along 10 months. Of the 379 subjects interviewed, 159 (42%) were exclusively followed up at the FHU, and 220 (58%) were exclusively followed up at the THC. Both groups showed similar sociodemographic characteristics. For prenatal care, the results showed no statistical significant differences between the two models, except for the numbers of consultations. Women followed up by the FHU teams were more likely to receive six or more consultations ($p < 0.006$). Additionally, in relation to pregnancy outcomes, although no statistical differences were observed, both services had high rates of premature delivery and low birth weight.

KEY WORDS: Primary Health Care; Maternal and Child Health, Family Health; Outcome and Process Assessment (Health Care).

pelos Centros de Saúde tradicionais, que desenvolvem suas atividades a partir da consulta médica, com atenção predominantemente curativista e com ênfase nas especialidades médicas das áreas básicas. O segundo, representado pelo próprio Programa Saúde da Família, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos

¹ Antônio Prates Caldeira, professor do departamento de Saúde da Mulher e da Criança do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

² Kênia Rabelo Santana, Faculdade de Medicina, Unimontes. Bolsista de Iniciação Científica (FAPEMIG)

³ Jair Almeida Carneiro, Faculdade de Medicina, Unimontes. Bolsista de Iniciação Científica (FAPEMIG)

⁴ Anderson Antônio Faria, Médico Residente do Hospital Universitário Clemente Faria (Unimontes)

Financiamento: FAPEMIG

e da família em todas as faixas etárias, de forma integral e contínua, contanto com equipe multiprofissional, que inclui o médico generalista e que foi, mais tarde, transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF).^{1,2}

Apesar da especialidade de medicina de família e comunidade estar se difundindo em todo o país, a maioria dos profissionais que trabalha nas equipes não tem especialização na área ou atua há pouco tempo nas atividades da estratégia.^{3,4} Assim, alguns questionamentos são feitos quanto à efetividade da assistência à saúde da mulher e da criança realizada por profissionais sem uma formação de pós-graduação que os capacite para satisfazer a maior parte das necessidades de saúde que esses grupos específicos possam apresentar. Esse argumento tem sido apresentado por alguns atores sociais que defendem a inclusão de ginecologistas-obstetras e pediatras nas equipes da ESF.

Por outro lado, a ESF, atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, tem, em tese, as melhores condições para promover a saúde de todos os indivíduos, ainda que não tenha, em sua composição, o profissional especialista. Particularmente em relação aos cuidados de saúde da mulher, o acompanhamento pré-natal representa uma oportunidade de antecipar riscos e promover a saúde da mulher em um momento especialmente importante de sua vida.

A realização da assistência pré-natal é uma das práticas desenvolvidas por ambos os modelos de atenção primária. Alguns autores destacam uma relação direta entre a assistência pré-natal adequada e o nascimento do recém-nascido saudável.⁵⁻⁷ Em outras palavras, quando os cuidados primários são oportunos e corretamente conduzidos durante a gestação, o risco de desfechos como baixo peso ao nascer e prematuridade pode ser reduzido.⁶

É importante destacar que a continuidade da atenção está muito mais vinculada à responsabilidade profissional do que ao contexto de equipe, conforme aponta McWhinney⁸. Se por um lado, as medidas elementares de saúde pública representam as primeiras necessidades em muitas sociedades, deve-se reconhecer, por outro lado, que não são as únicas. Assim, o questionamento que se faz é se estariam os médicos de família e suas respectivas equipes atentos a tais necessidades, mesmo não dispondo dos olhares dos ginecologistas-obstetras.

No Brasil, a precária situação perinatal também guarda relação com o acesso à assistência pré-natal e ao parto e evidencia as dificuldades impostas socialmente à gestante, impossibilitando-a de frequentar o pré-natal dentro de condições adequadas.⁹ Poucos estudos nacionais se aprofundaram nesses aspectos ou buscaram estabelecer asso-

ciações entre o modelo de atenção à saúde e a qualidade da assistência ao pré-natal^{10,11}. A carência de estudos na área motivou o presente estudo com o objetivo avaliar a qualidade da assistência à gestante em ambos os modelos de atenção primária, através da aferição de indicadores de atenção à gestante de desfecho da gestação.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi conduzido em Montes Claros, ao Norte do Estado de Minas Gerais. A cidade possui aproximadamente 360 mil habitantes e representa o principal polo urbano da região. As unidades da ESF estão estrategicamente localizadas em áreas periféricas da cidade e atendem as comunidades mais carentes, assumindo uma cobertura de aproximadamente 40% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém os Centros de Saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.

Uma amostra de parturientes foi alocada para o estudo, a partir dos três principais hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde que, juntos, são responsáveis por mais de 96% dos nascidos vivos do município. O tamanho da amostra foi estimado em 365 elementos, assumindo-se, de maneira conservadora, uma prevalência de 50% para o evento estudado, com precisão de 5% e uma população de 7500 gestantes (média de partos ao ano).

Para a coleta de dados, conduziu-se um inquérito hospitalar, realizado com participação de estudantes de medicina, que foram previamente treinados. O instrumento de coleta de dados foi especialmente desenvolvido para a pesquisa e ajustado após estudo-piloto. As maternidades foram visitadas em dias pré-selecionados, aleatoriamente, durante o período de julho de 2007 a abril de 2008. Foram entrevistadas todas as puérperas cujo parto de RN vivo e de gestação única tivesse ocorrido nas últimas 24 horas. O controle de qualidade dos dados foi assegurado com re-entrevistas, consulta aos prontuários e revisão do processo de codificação em uma amostra aleatória de 5% do total de entrevistas.

Utilizou-se um formulário de coleta de dados contemplando os objetivos da pesquisa, com questões fechadas ou que ensejavam respostas curtas, a maioria delas já validadas em estudos semelhantes. Dados relativos ao recém-nascido (medidas antropométricas e idade gestacional) e os dados da gestante que despertaram dúvidas foram colhidos nos respectivos prontuários. Foram excluídas as puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal em serviços

particulares, em hospitais e as que eram provenientes de outros municípios. Foram excluídas também aquelas que tiveram gestação gemelar.

As análises foram realizadas através do software Epi Info. A associação entre variáveis foi verificada através do teste do qui-quadrado, admitindo-se um nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). A aplicação dos formulários foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das puérperas.

RESULTADOS

Ao longo do período estudado, foram identificadas 379 puérperas que preenchiam os critérios de inclusão. Informaram ter realizado acompanhamento pré-natal em unidades do PSF 42% das puérperas (n=159), enquanto 58% (n=220) informaram ter realizado o acompanhamento em Centros de Saúde tradicionais. As principais características sociais e demográficas do grupo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil das puérperas assistidas pelos serviços de Atenção Primária (ESF e CS) em Montes Claros (MG), 2008.

Variáveis	ESF		CS		"p"	OR	IC95%
	(n)	(%)	(n)	(%)			
Idade materna							
< 20 anos	31	19,5	53	24,1			
≥ 20 anos	128	80,5	167	75,9	0,349	0,76	(0,45-1,29)
Situação conjugal							
Casada	117	73,6	165	75			
Solteira	42	26,4	55	25	0,848	0,93	(0,56-1,53)
Trabalho do pai							
Não especializado	139	87,4	197	89,5			
Especializado	20	12,6	23	10,5	0,632	0,81	(0,41-1,62)
Procedência da gestante							
Rural	47	29,6	54	24,5			
Urbano	112	70,4	166	75,5	0,331	1,29	(0,74-2,10)
Trabalho formal da mãe							
Sim	65	40,9	78	35,5			
Não	94	59,1	142	64,5	0,333	1,26	(0,81-1,97)
Escolaridade da mãe							
Primeiro grau	73	45,9	84	38,2			
Segundo grau	79	49,7	120	54,5	0,238	1,32	(0,85-2,06)
Superior	7	4,4	16	7,3	0,221	1,99	(0,72-5,67)
Paridade materna							
Primípara	62	39	94	42,7			
Múltipara	97	61	126	57,3	0,533	0,86	(0,55-1,33)
Abortos prévios							
Sim	29	18,2	35	15,9			
Não	130	81,8	185	84,1	0,647	1,18	(0,66-2,11)

ESF: Estratégia de Saúde da Família; CS: Centros de Saúde.

Não foram registradas diferenças estatisticamente significativas entre as puérperas que informaram terem sido assistidas pelas equipes da ESF durante o pré-natal e aquelas assistidas por ginecologistas-obstetras nos Centros de Saúde do município, em relação à proporção de gestantes adolescentes, trabalho durante a gestação, procedência rural ou urbana, escolaridade, paridade e histórico de abortamento prévio. Também não foram registradas diferenças em relação à situação conjugal e ao tipo de trabalho do pai da criança.

Os dois grupos foram comparados também em relação aos cuidados durante a gestação (Tabela 2). Os hábitos de vida foram semelhantes em ambos os grupos em relação ao consumo de tabaco e álcool durante a gestação (p=0,903 e p=0,854 respectivamente).

Tabela 2 - Indicadores de acompanhamento e desfecho da gravidez em gestantes assistidas pelos serviços de Atenção Primária (ESF e CS) em Montes Claros (MG), 2008.

Variáveis	ESF		CS		"p"	OR	IC95%
	(n)	(%)	(n)	(%)			
Intercorrências de saúde							
Sim	30	18,9	34	15,5			
Não	129	81,1	186	84,5	0,461	1,27	(0,72-2,26)
Internações							
Sim	18	11,3	17	7,7			
Não	141	88,7	203	92,3	0,311	1,52	(0,72-3,25)
Realização de sorologia (toxoplasmose)							
Não	30	19,6	38	17,7			
Sim	123	80,4	177	82,3	0,738	1,14	(0,65-2,00)
Realização de sorologia (rubéola)							
Não	57	35,8	87	39,5			
Sim	102	64,2	133	60,5	0,532	0,85	(0,55-1,33)
Consulta pré-natal							
< 6	28	17,6	67	30,5			
≥ 6	131	82,4	153	69,5	0,006	0,49	(0,29-0,83)
Início precoce do PN							
Não	11	6,9	24	10,9			
Sim	148	93,1	196	89,1	0,252	0,61	(0,27-1,36)
Tipo parto							
Normal	110	69,2	152	69,1			
Cesárea	49	30,8	68	30,9	0,925	1,00	(0,63-1,61)
Idade gestacional							
< 37 semanas	17	10,7	26	11,8			
≥ 37 semanas	142	89,3	194	88,2	0,859	0,89	(0,44-1,80)
Peso ao nascer							
< 2500g	14	8,8	28	12,7			
≥ 2500g	145	91,2	192	87,3	0,301	0,66	(0,32-1,37)
Fumo na Gestação							
Sim	19	11,9	26	11,8			
Não	140	88,1	194	88,2	0,903	1,01	(0,51-2,00)
Álcool na gestação							
Sim	11	9,4	13	7,7			
Não	148	90,6	207	92,3	0,854	1,18	(0,48-2,93)

ESF: Estratégia de Saúde da Família; CS: Centros de Saúde.

A proporção de mães que realizaram mais de seis consultas durante o pré-natal foi maior entre as mães assistidas pelas equipes de Saúde da Família ($p=0,006$). Informações sobre a realização de sorologia para toxoplasmose foi aferida como marcador de qualidade da assistência. Os dados foram obtidos para 97,1% das gestantes ($n=368$), de forma homogênea entre os dois grupos estudados. Não se observou, portanto, diferenças significativas entre os grupos ($p=0,738$).

Internações durante a gestação foram investigadas e se mostraram semelhantes entre os dois grupos ($p=0,311$). Entre as intercorrências durante a gestação, foram investigadas a infecção do trato urinário, o diabetes gestacional, a hipertensão arterial. A distribuição desses eventos foi também uniforme entre os dois grupos do ponto de vista estatístico ($p=0,461$).

Em relação ao desfecho da gestação (Tabela 2), foram averiguadas as proporções de cesáreas, de recém-nascidos prematuros (com idade gestacional menor que 37 semanas) e de baixo peso (peso de nascimento menor que 2500g). A proporção geral de cesáreas foi de 30,9% ($n=117$), a incidência de partos prematuros foi de 11,3% ($n=43$) e de recém-nascidos de baixo peso (RNPB) foi de 11,1% ($n=42$).

DISCUSSÃO

Para boa parte dos municípios de grande e médio porte no Brasil, o modelo de atenção primária da Estratégia Saúde da Família coexiste com o modelo tradicional dos Centros de Saúde.^{1,2,12} A assistência à saúde nos Centros de Saúde tradicionais, embora conte com a participação de especialistas, se mostra quase sempre fragmentada e respondendo apenas às demandas pontuais da população. Sem o suporte da equipe multidisciplinar de apoio, os médicos dos Centros de Saúde possuem uma sobrecarga de trabalho que compromete ações sistemáticas de promoção da saúde ou de prevenção em geral. Ademais, quase todos se graduaram em escolas cujo enfoque curativista e hospitalocêntrico destacam mais a doença do que o paciente em um contexto familiar e social próprio, que o distingue entre os demais. Nesse contexto, é salutar estudos como o que ora se apresenta, cujos resultados podem orientar reajustes no sistema de saúde local e fortalecer a atenção primária, com ênfase na ESF.

Os resultados do presente estudo mostraram que a população assistida em ambos os modelos é bastante similar. Os indicadores socioeconômicos avaliados no presente estudo mostraram-se semelhantes nos dois grupos e destacam uma população com acesso restrito aos bens

de consumo e serviços em geral. Isso pode ser aferido pelo grau de escolaridade que se mostrou sem diferenças estatisticamente significativas entre gestantes assistidas na ESF e nos Centros de Saúde e com reduzida proporção de puérperas acima do segundo grau. As características da população estudada foram semelhantes àquelas observadas em estudo de Juiz de Fora (MG), quando se verificou 20% de gestantes adolescentes e mais da metade do grupo avaliado com escolaridade inferior a oito anos.¹³ Os resultados são compatíveis com outros estudos nacionais, que também apontam um percentual reduzido de mulheres com escolaridade elevada entre aquelas assistidas pelo Sistema Único de Saúde.^{10,14}

Outras variáveis apresentadas na Tabela 1 também destacam a semelhança entre os dois grupos assistidos, pois nenhuma das características avaliadas mostrou significância estatística até o nível de 5% ($p < 0,05$). O percentual de gestantes assistidas também foi similar entre os dois grupos e é compatível com outros estudos.¹⁰ As variáveis apresentadas são apontadas na literatura como associadas a maiores riscos de desfechos negativos na gestação.^{15,16} A semelhança entre os dois grupos, registrada através dessas variáveis, denota que, além do acesso restrito aos bens e serviços em geral, ambos possuem o mesmo potencial de autocuidado. Dessa forma, indicadores de resultado ou de impacto em saúde não podem ser atribuídos à diferença entre os dois grupos e sim aos serviços de assistência de que eles dispõem.

Em relação às variáveis assistenciais (Tabela 2), o presente estudo apresentou diferença entre os grupos apenas para o número de consultas pré-natais, com maior proporção de adequação (seis ou mais consultas) para as mulheres assistidas pela ESF. O estudo de Peccini *et al.*¹⁰ mostrou que, para a região Sul, não se observou diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de mulheres que haviam realizado mais de seis consultas de pré-natal. Contudo, o mesmo estudo registrou para a região Nordeste maior proporção de gestantes com mais de seis consultas entre aquelas assistidas pelas equipes da ESF.

Demais variáveis apresentadas na Tabela 2 não mostraram diferenças entre os dois grupos. Todavia, deve-se destacar que os indicadores observados em ambos os modelos estão aquém do desejável. Assim, registrou-se, por exemplo, que cerca de 20% das mulheres assistidas não possuíam registro de sorologia para toxoplasmose e, para rubéola, o percentual chegou próximo a 40%.

Os percentuais observados de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso em ambos os grupos estão também acima do que se observa em países mais desenvolvidos.^{17,18}

A qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal já aferida em outros locais destacou resultados similares aos apresentados, denotando a necessidade de melhoria do desempenho dos profissionais envolvidos.^{13,19}

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas no processo de interpretação dos dados. A coleta de dados ocorreu de forma aleatória nas maternidades, mas restringiu-se às puérperas cujos filhos estavam vivos no momento da visita. Assim, os natimortos ou recém-nascidos prematuros que não sobreviveram até o momento da visita dos entrevistadores não foram incluídos no estudo. Embora esse número seja restrito, representa um viés para o estudo. A exclusão dos dados de gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal diretamente nas maternidades procurou eliminar as gestantes de alto risco, cujo acompanhamento, no município estudado, é realizado nessas instituições. Assim, a amostra estudada retrata o perfil das gestantes de pré-natal de risco habitual.

Cumprido destacar que, apesar das limitações apresentadas, o presente estudo apontou, de forma inequívoca, que não existe prejuízo da prática assistencial à gestante de risco habitual nas unidades da ESF, em relação às unidades tradicionais. Esses resultados são compatíveis com outros estudos nacionais¹⁰⁻¹² e reforçam a importância da Estratégia de Saúde da Família e a necessidade de investimentos contínuos na educação permanente aos profissionais do cuidado materno-infantil de ambos os serviços.

Concluindo, os estudos avaliativos da ESF representam uma importante ferramenta para eventuais ajustes do projeto, apresentado em meados da década passada como uma proposta de reformulação do modelo assistencial. Considerando-se a complexidade do tema e os diferentes estágios de implantação e expansão da ESF em todo o país, os autores sugerem a realização de novos estudos, mais abrangentes, em unidades nas quais possam ser assegurados os atributos essenciais da atenção primária para aferição mais precisa dos indicadores de processo e resultados ora avaliados.

REFERÊNCIAS

1. D'Ávila Viana AL, Yazle Rocha JS, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jul./set; 11(3):577-606.
2. Ibañez N, Yazle Rocha JS, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jul./set; 11(3):683-703.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 140 p.
4. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Acad Med*. 1995 May; 70(5):370-80.
5. Carroli G, Rooney C, Villar J. Who Programme to map the best reproductive health practices: how efetive is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric Perinat Epidemiol*. 2001; 15 (Sup 1): 1-42.
6. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003 jun; 37(3):303-10.
7. Minamisawa R, Barbosa MA, Malagoni L, Andraus LMS. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. *Rev Eletron Enferm*. 2004 set/dez; 6(3). [Citado em 2010 jan. 25]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/04_Original.pdf
8. Mc Whinney IR. Medicina de família. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
9. Minagawa AT, Biagoline REM, Fujimori E, Oliveira IMV, Araújo APC, Ortega LDS. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 dez; 40(4):548-55.
10. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infantil*. 2007 jan./mar; 7(1):75-82. 2007.
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006 jul./set; 11(3):669-81.

12. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1):90-99.
13. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003 nov./dez; 25(10):717-24.
14. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006 out/dez; 11(4):1011-22.
15. Correa MD. Noções práticas de obstetrícia. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A, Normas e Manuais Técnicos.
17. Berkowitz GS, Papiernick E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev*. 1993; 15(2):414-43.
18. Goldenberg RL, Culhane JF. Low birth weight in the United States. *Am J Clin Nutr*. 2007 Feb; 85(2):S584-90.
19. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000 dez; 34(6): 603-9.
20. Roncalli AG, Lima KC. Impacto de Programas de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006 jul./set; 11(3):713-24.

Submissão: março de 2009

Aprovação: novembro de 2009
