

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Evaluation of Prenatal Care: a population-based study

Fernanda Penido Matozinhos¹, Larissa Loures Mendes²,
Clara de Jesus Marques Andrade³, Gustavo Velasquez-Melendez⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a assistência prestada à gestante, por meio de indicadores relacionados com a atenção ao pré-natal previstos pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde. **Métodos:** Este estudo utiliza como base de dados a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, ocorrida em 2006, que traça um perfil da população feminina em idade fértil. O estudo é de delineamento transversal e a população de estudo constituiu-se de todas as mulheres entre 15 e 49 anos de idade. **Resultados:** A população final foi composta por 588 mulheres. Apenas 10,6% das participantes receberam assistência pré-natal plenamente adequada, ou seja, todos os parâmetros preconizados pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde e utilizados neste estudo foram integralmente atendidos. **Conclusões:** Os achados forneceram evidências importantes de que ainda é elevado o percentual de gestantes que recebem assistência pré-natal inadequada.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Pré-Natal; Escore; Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the care provided to pregnant women by means of indicators related to prenatal care provided by the Prenatal and Puerperal Protocol of the Ministry of Health. **Methods:** This study is based on data from the National Demographic and Health Survey of Children and Women (PNDS), a household survey by complex random sampling, conducted in 2006, which presents a profile of the female population of childbearing age. The study is cross-sectional in design and the study population consisted of all the women between 15 and 49 years of age. **Results:** The final population consisted of 588 women. Only 10.6% of the participants received fully adequate prenatal care, i.e., all the parameters established by the Prenatal and Puerperal Protocol of the Ministry of Health and utilized in this study were fully met. **Conclusions:** The findings provide important evidence that there is still a high percentage of pregnant women who receive inadequate prenatal care.

KEYWORDS: Prenatal Care; Score; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal qualificada e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.¹

Os diversos aspectos relacionados à saúde reprodutiva

são temas relevantes para a formulação de políticas públicas de saúde^{2,3} e a associação entre a qualidade dos serviços e a mortalidade materna tornou-se um consenso entre os órgãos delineadores de políticas populacionais. Dessa forma, a assistência pré-natal tem sido o alvo de medidas e programas governamentais, visando reduzir as taxas de morte materna.⁴

Dados do último relatório da OMS sobre mortalida-

¹ Doutorado em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Doutorado em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

³ Doutorado em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁴ Doutorado em Saúde Pública. Professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: jguveme@gmail.com.

de materna mostram que o Brasil teve posição abaixo da meta do milênio; nos últimos 18 anos, alcançou redução de 52% (120 por 100.000 NV em 1990, 64/100.00 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008), com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seria de 5,5%.⁵

Em um estudo sobre mortes evitáveis em menores de um ano, realizado com dados nacionais, verificou-se que, no período de 1997 a 2006, a mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; adequada atenção ao recém-nascido, 42,5% e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%.⁶ Outros estudos realizados em cidades brasileiras mostraram que assistência pré-natal inadequada é um dos fatores de risco mais importantes na mortalidade neonatal, sugerindo que não basta ampliar o acesso, mas é necessário investir na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.⁶⁻⁹

Esses antecedentes sugerem a necessidade de uma melhor investigação sobre o tema, pois existem poucos estudos¹⁰⁻¹² que avaliam a qualidade dos serviços. Dessa forma, este trabalho objetiva avaliar a assistência prestada à gestante, por meio de indicadores relacionados com a atenção à assistência pré-natal prevista pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde.¹

MÉTODOS

Este trabalho utiliza dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no ano de 2006, com uma amostragem probabilística complexa.¹³

Trata-se de um estudo transversal, realizado com mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), que residiam nos domicílios das cinco macrorregiões brasileiras das áreas urbana e rural, selecionadas por meio de amostragem probabilística complexa com representatividade nacional.¹³ É importante ressaltar que não houve seleção para representatividade independente das várias unidades federativas, somente para a área urbana e rural. Considerando amostras com populações grandes e utilizando uma aproximação pela amostragem aleatória simples (AAS), com erro de cinco pontos percentuais, ainda calculou-se o número mínimo de entrevistas em cada estrato. Para a seleção dos setores, foram utilizadas a divisão territorial e a malha de setores vigentes no país em 1º de agosto de 2000, as quais foram utilizadas por ocasião do Censo Demográfico de 2000.¹⁴ A forma como foi construída a amostra da PNDS (2006) está descrita com mais detalhes em outra publicação.¹⁴

Do total de 15468 mulheres que compunham a população, foram selecionadas para o presente estudo ape-

nas as que estavam grávidas no momento da entrevista. Assim, a população final foi constituída por 588 mulheres. O presente estudo utilizou dados do questionário da mulher e contemplou aspectos relacionados às características da entrevistada; reprodução, acesso a medicamentos e gravidez.¹³ Em relação ao calendário de consultas de pré-natal e à solicitação de exames complementares, consideraram-se os parâmetros preconizados pelo Protocolo de Pré- Natal e Puerpério do Ministério da Saúde.¹⁵

As variáveis de estudo foram: 1) captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; 2) desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal: 2.1 Exames laboratoriais: ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, Glicemia de Jejum, VDRL, Urina, Testagem anti-HIV, Sorologia para Hepatite B (HBsAg) e Sorologia para Toxoplasmose (IgM); 2.2 Imunização antitetânica; 2.3 Avaliação do estado nutricional da gestante e do risco gestacional; 2.4 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais e 2.5 Registro em prontuário e cartão da gestante.

Os dados foram processados e analisados com auxílio do programa *Statistical Software* (STATA) versão 9.0 (Stata Corp, Texas, USA).

Anteriormente à execução do inquérito da PNDS-2006, o projeto foi aprovado *ad referendum* pelo CEP (Conselho de Ética em Pesquisa) do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde (SP) e, posteriormente, recebeu a aprovação do mesmo Comitê, em 03/10/2005. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre seus direitos como participantes.¹⁴

RESULTADOS

As características demográficas e socioeconômicas da população estudada são apresentadas na Tabela 1. Deve-se esclarecer que há diferenças nos totais entre as variáveis apresentadas, devido às diferentes perdas de informações.

A população compreendeu 588 mulheres, com uma média de 6,78 (EP= 0,52) meses completos de gravidez. A maioria das gestantes (248) se encontrava no segundo trimestre gestacional. A idade variou de 15 a 43 anos, com uma média de 24,86 anos (EP= 0,45). Além disso, tinha cor de pele não branca (68%), vivia nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, respectivamente, residindo, principalmente, nas áreas urbanas (78%). Verificou-se ainda que a maior proporção das mulheres não possuía convênio ou plano de saúde (80%).

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variáveis	n	(%)	IC (95%)
Idade (anos)			
15-29	445	75,10	68-81
30-39	134	24,10	17-30
40-43	9	0,70	0-1
Cor da Pele			
Branca	194	31,50	25-37
Não Branca	388	68,40	62-74
Macrorregiões			
Norte	138	97,40	7-12
Nordeste	123	29,20	23-34
Sudeste	117	42,30	36-48
Sul	110	12,80	10-15
Centro-Oeste	100	5,80	4-7
Situação de domicílio			
Urbano	379	78,30	72-83
Rural	209	21,60	16-27
Convênio ou plano de saúde			
Sim	82	18,70	12-24
Não	505	80,90	74-87

Fonte dos dados: PNDS-2006.

Os fatores relacionados à realização dos exames laboratoriais e imunização são apresentados na Tabela 2. A maioria das gestantes (89%) realizou consulta de pré-natal, tinha cartão da gestante (92%) e realizou a primeira consulta de pré-natal com uma média de 3,34 meses de gravidez. Dentre as justificativas oferecidas pelas gestantes que não realizaram as consultas de pré-natal na gravidez atual, destacam-se: não teve tempo de ir (13%), não conseguiu atendimento no SUS (15%), distância do serviço de saúde (19%), não teve dinheiro (11%) e não acha necessário (4%).

Em relação aos exames laboratoriais, 94% referem ter realizado exame de sangue, 91% realizaram de urina, 66% fizeram teste para sífilis – VDRL – e 66% realizaram sorologia para hepatite B – HbsAg – na gravidez atual. As mulheres relataram, ainda, oferta positiva de teste para

HIV/AIDS (83%) e também para sorologia para toxoplasmose – IgM (64%). Quanto à imunização antitetânica, a maior proporção de mulheres (55%) não a recebeu, na gravidez atual.

Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo a realização de exames laboratoriais e imunização.

Variáveis	n	(%)	IC (95%)
Realização de Consulta de Pré-Natal			
Sim	499	89,70	86-93
Não	89	10,20	6-13
Realização de Exame de Sangue			
Sim	461	94	90-97
Não	36	4,90	2-7
Realização de Exame de Urina			
Sim	441	91,50	88-94
Não	58	8,40	5-11
Realização de Teste para VDRL			
Sim	311	66,70	58-74
Não	154	27,30	19-34
Realização de Sorologia para HBsAg			
Sim	313	66,90	58-75
Não	152	27,50	19-35
Realização de Teste para HIV/Aids			
Sim	387	83,10	77-89
Não	106	14,80	9-20
Realização de Sorologia para IgM			
Sim	312	64,80	56-72
Não	148	25,40	17-33
Imunização Antitetânica			
Sim	232	43,30	34-51
Não	350	55,80	47-64

Fonte dos dados: PNDS-2006.

A Tabela 3 mostra fatores relacionados à distribuição da população estudada, segundo realização da avaliação do estado nutricional da gestante e do risco gestacional. A predominância das mulheres teve seu peso e altura aferidos, pelo menos uma vez, na gravidez atual. Além disso,

a maior proporção teve sua pressão arterial aferida (98%), no mínimo, uma vez. Observou-se, também, que a proporção de 8,1% da população do estudo fumava cigarros.

Tabela 3 - Distribuição da população estudada segundo realização da avaliação do estado nutricional da gestante e do risco gestacional.

Variáveis	n	(%)	IC (95%)
Aferição do peso na gravidez			
Sim	479	97,80	96-99
Não	20	2,10	0-3
Aferição da altura na gravidez			
Sim	353	69,10	61-76
Não	141	29,70	22-37
Aferição da PA na gravidez			
Sim	483	98,20	96-99
Não	16	1,70	0-3
Fumante			
Sim	63	8,10	4-11
Não	525	91,80	88-95

Fonte dos dados: PNDS-2006.

Na Tabela 4, são apresentados os resultados referentes à distribuição da população estudada, segundo o uso de sulfato ferroso e ácido fólico medicamentoso na gravidez. Observou-se que uma elevada proporção de médicos (66%) receitou sulfato ferroso às mulheres participantes deste estudo e o ácido fólico foi receitado para 51,5% das mulheres da população.

Tabela 4 - Distribuição da população estudada segundo uso de ferro e ácido fólico na gravidez.

Variáveis	N	Frequência (%)	IC (95%)
Médico receitou sulfato ferroso na gravidez			
Sim	339	66,30	60-72
Não	249	33,60	27-39
Médico receitou ácido fólico na gravidez			
Sim	239	51,50	44-58
Não	349	48,40	41-55

Fonte dos dados: PNDS-2006.

Verificou-se que apenas 45 gestantes (10,6%) receberam assistência pré-natal plenamente adequada, ou seja, os 15 parâmetros preconizados pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde e utilizados neste estudo foram integralmente atendidos.

A predominância das gestantes (18,4%) deixou de atender a 2 critérios propostos pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde e 1 gestante (0,2%) atendeu a apenas 1 parâmetro utilizado neste estudo.

Observou-se que as gestantes que receberam assistência pré-natal inadequada, ou seja, atenderam a uma quantidade inferior de parâmetros preconizados pelo Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde e utilizados neste estudo possuíam menor nível de escolaridade (93%). Já as que possuíam nível superior e/ou tinham pós-graduação atenderam a uma quantidade mais elevada dos critérios propostos. Em relação ao rendimento domiciliar, constatou-se que 42% das famílias recebiam menos de um salário mínimo e 20% recebiam de 1 a 2 salários mínimos. No presente estudo, não se evidenciou associação estatística entre o rendimento domiciliar e a adequação da atenção pré-natal.

DISCUSSÃO

Neste trabalho, observou-se que ainda é baixo o percentual de gestantes que recebem assistência pré-natal plenamente adequada, conforme o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério preconizado pelo Ministério da Saúde. Encontrou-se uma proporção de pré-natal adequado de 10,6%, inferior à encontrada por Silveira e colaboradores.¹⁶

Dentre os achados, ressalta-se que uma grande proporção das gestantes não iniciou o acompanhamento pré-natal até 120 dias da gestação.¹ Estudos referem sobre a importância da captação precoce das gestantes no pré-natal, pois tal ação possibilita a identificação das gestações de risco, permitindo a participação da paciente em um número adequado de consultas e a realização de todo o conjunto de exames e acompanhamentos a serem feitos durante esse período.¹⁷⁻²⁰ Além disso, o início precoce do acompanhamento pré-natal é importante para que se estabeleça um elo entre os profissionais de saúde e as gestantes.²¹ No trabalho de Moimaz e colaboradores,²² observou-se que 86% das gestantes atendidas iniciaram o acompanhamento pré-natal antes da décima quarta semana de gestação. Resultados semelhantes foram encontrados em dois estudos realizados em um município da Grande São Paulo²³ e em Caxias do Sul,²⁴ quando mais de 80% das gestantes iniciou o acompanhamento pré-natal antes da 14ª semana de gestação.

Outro aspecto a ser considerado é a importância do re-

gistro das informações obtidas no pré-natal: a maior proporção das gestantes tinha cartão da gestante (92%). Estudo demonstra que a falta de integração entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde é crucial, uma vez que promove uma ruptura da história gestacional da parturiente, fragilizando todas as ações realizadas até o momento do nascimento.²⁵

Quanto à imunização antitetânica, neste estudo, a cobertura mostrou-se inferior aos 55% observados por Silveira e colaboradores.¹⁶ Em relação às mulheres que até o momento do nascimento da criança não fizeram todos os exames complementares considerados básicos da assistência pré-natal, Trevisan e colaboradores²⁴ oferecem possíveis explicações: o início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez. Além disso, a falta de conscientização acerca da importância do início precoce do pré-natal e do comparecimento às consultas está relacionada a fatores educacionais, baixa escolaridade das pacientes estudadas e de seus companheiros.²⁴

Em relação à adequação da atenção pré-natal segundo a escolaridade das gestantes, foi observada, neste trabalho, maior frequência de assistência pré-natal inadequada entre as mulheres de menor escolaridade. Resultado semelhante foi encontrado por outros estudos,^{15,19,24} que demonstraram a escolaridade como forte determinante da adequação do pré-natal, ou seja, quanto maior a escolaridade da gestante, mais precoce foi a busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas. A baixa escolaridade é considerada, pelo Ministério da Saúde, como um fator de risco obstétrico.²⁶

A adequação da atenção pré-natal não foi influenciada, neste estudo, pelo rendimento domiciliar. Porém, cabe destacar que, de acordo com Tedesco,²⁷ o nível socioeconômico representa a soma de vários fatores que interferem na assistência pré-natal, sendo mais relevante considerar a inter-relação dos mesmos do que a sua atuação isolada como fatores de risco gravídico.

Segundo o Ministério da Saúde, somente pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas.^{1,24} Estudo demonstra que a melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio e exige uma assistência ao pré-natal de qualidade, um controle social eficaz e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil.²⁸ Trabalhos revelam, ainda, que é necessário incrementar a qualificação e aumentar o quantitativo de profissionais que atuam nessa área.^{22,29}

Uma limitação do presente estudo é o fato de os dados da PNDS-2006 não contemplarem todas as variáveis preconizadas pelo Protocolo de Pré-natal e Puerpério do

Ministério da Saúde, como, por exemplo, as informações relacionadas ao calendário de consultas de pré-natal e à solicitação de exames complementares.

Os resultados obtidos evidenciam a importância da assistência pré-natal qualificada e de se priorizar a atenção prestada às gestantes.

CONCLUSÃO

Os achados forneceram evidências importantes de que ainda é elevado o percentual de gestantes que recebem assistência pré-natal inadequada. Esses resultados evidenciam que é preciso consolidar a organização da atenção materno-infantil no Brasil.

É de extrema importância e necessidade a realização de mais investigações na realidade das cidades brasileiras, para desenvolver políticas úteis sobre os cuidados de promoção e prevenção da saúde materno-infantil, a fim de alterar o perfil aqui descrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União n. 128, Brasília, 06 jul. 2005.
3. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.319-35.
4. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador – Bahia. Acta Paul Enferm. São Paulo, 2007; 20(3):311-5.
5. World Health Organization/United Nations Children's Fund/United Nations Population Fund/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank [Internet] 2011 Dec. [Acesso em 2011 Dec. 26]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf>.
6. Malta DC et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação

de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, 2010 mar.; 26(3):481-9.

7. Schoeps D et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41:1013-22.

8. Barros FC et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. *Lancet*. 2005; 365:847-54.

9. Almeida SDM, Barros MBA. Atenção saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7:22-35.

10. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EM, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2003; 19:35-4.

11. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2009; 25(11):2507-16.

12. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no Município de Quixadá segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, 2008; 42(1):105-11.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde. Brasília, DF; 2004.

16. Silveira DS, Santos SI, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2001; 17:131-9.

17. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Hu-

manização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1281-9.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

19. Dias da Costa JS, Madeira ACG, Luz RF, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, 2000; 34 Supl:329-36.

20. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. Quality of the antenatal care in Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(3):103-5.

21. Spindola T, Penna LHG, Progiatti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, 2006; 40 (3):381-8.

22. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Zina LG, Yarith SD, Francisco KMS. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2010 maio/jun.; 63(3):385-90.

23. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2008; 61(3):349-53.

24. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*. 2002; 24(5):293-9.

25. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual Técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

27. Tedesco JJA. A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Ateneu; 2002.

28. Morse ML et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad*

Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011 abr.; 27(4):623-638.

29. Narchi, NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, 2010; 44(2):266-73.

Submissão: junho/2013

Aprovação: janeiro/2014
