

CAROLINE CUNHA DE SOUZA E ROCHA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG.**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2010

| | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CAROLINE CUNHA DE SOUZA E ROCHA | ANÁLISE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE/ MG. | UFMG 2010 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|

CAROLINE CUNHA DE SOUZA E ROCHA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE/MG.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

ROCHA, Caroline Cunha de Souza e.

Análise da Atenção Pré-Natal no Município de Conselheiro Lafaiete - MG./ Caroline Cunha de Souza e Rocha. – Conselheiro Lafaiete: UFMG, 2010.

52p.

Orientadora: Suelene Coelho.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Aberta do Brasil. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

I. Coelho, Suelene. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Aberta do Brasil Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. III. Título.

CAROLINE CUNHA DE SOUZA E ROCHA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE/MG.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Banca Examinadora

Prof. Dra. Suelene Coelho – Orientadora _____ UFMG

Prof. Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Carlos Eduardo** (*in memorian*) e **Rita de Cássia** - minha maior incentivadora - pelo amor, exemplo de coragem, inspiração e estímulo para prosseguir caminhando sempre;

Ao meu marido **Luciano**, companheiro de todas as horas, pelo carinho, compreensão e por compartilhar comigo todas as dificuldades e alegrias;

Aos meus irmãos **Juninho, Camila e Samuel**, pelo carinho e apoio;

A todos os familiares, amigos e colegas pelo incentivo, à avó **Lila** e ao **Vilmar** pelos sábios conselhos e orações, e em especial, ao meu avô **Gilberto Victorino** (*in memorian*), exemplo de garra, força e determinação.

Para vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por preencher minha vida com pessoas especiais, me dar saúde para correr atrás dos meus sonhos e proporcionar-me a oportunidade dar mais esse passo vitorioso;

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos esforços para que eu estudasse e pudesse chegar onde estou e por sempre me incentivarem a lutar pelos meus sonhos;

Ao meu marido Luciano, pelo amor, apoio e por não permitir que eu fraquejasse e desistisse no meio do caminho;

À minha avó Lila e ao Vilmar, por terem me ajudado a transpor os obstáculos com suas preces constantes;

Aos meus irmãos, tios (as), primos (as), sobrinho, cunhado (as), colegas e amigos (as), pelo apoio e amizade ofertados e pela descontração nas horas possíveis;

Aos meus sogros Sandra e Astrogildo, pelo carinho e incentivo;

À minha orientadora Profa. Dra. Suelene Coelho, pelos valiosos conselhos e pela confiança e paciência dedicadas;

À UAB e UFMG, pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos e obter novos, através desse curso;

Aos tutores presenciais e à distância, pelo apoio, incentivo e por nos propiciarem o prazer das descobertas, e o aprendizado da auto reflexão;

Aos colegas do curso, pela amizade dispensada; em especial aos de Lafaiete, pelo apoio e incentivo a continuar o curso, apesar das dificuldades;

À Secretaria Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete e Hospital Queluz, pelo consentimento para coleta dos dados, possibilitando a concretização deste estudo;

À todos, que apesar de importantes, não foram aqui mencionados;

Meus sinceros agradecimentos!

EPÍGRAFE

“A mãe parou ao lado do leito de seu filhinho de 06 anos, que estava com leucemia. Como qualquer outra mãe, ela queria que ele crescesse e realizasse seus sonhos. Agora isso não seria mais possível, por causa de uma leucemia terminal. Junto dele, tomou-lhe a mão e perguntou:
- Filho, alguma vez você já pensou no que gostaria de ser quando crescesse?

E a criança respondeu:

- Mamãe, eu sempre quis ser um Bombeiro!

A mãe sorriu e disse:

-Vamos ver o que podemos fazer.

Mais tarde, naquele mesmo dia, ela foi ao Corpo de Bombeiros local e contou ao Chefe dos Bombeiros a situação do seu filho e perguntou se seria possível o garoto dar uma volta no carro dos bombeiros, em torno do quarteirão.

O Chefe dos Bombeiros, comovido, disse:

- Nós podemos fazer mais que isso! Se você estiver com seu filho pronto às sete horas da manhã, daqui a uma semana, nós o faremos um Bombeiro Honorário por todo o dia. Ele poderá vir para o quartel, comer conosco e sair para atender às chamadas de emergência. E se você nos der as medidas dele, nós conseguiremos um uniforme completo: chapéu com emblema do nosso batalhão, casaco amarelo igual ao que nós vestimos e botas também.

Uma semana depois, o Bombeiro Chefe pegou o garoto, vestiu-lhe o uniforme de Bombeiro e o escoltou do leito do hospital até o caminhão dos Bombeiros. O menino foi sentado na parte de trás do caminhão e foi até o quartel central. Parecia-lhe estar no céu!

Ocorreram três chamadas naquele dia, na cidade e o garoto acompanhou todas. Em cada chamada ele foi em veículos diferentes: no auto tanque, na van dos paramédicos e até no carro especial do Chefe dos Bombeiros.

Todo o amor e atenção dispensados ao menino acabaram comovendo-o tão profundamente, que ele viveu três meses a mais que o previsto.

Uma noite, todas as suas funções vitais começaram a cair drasticamente e a mãe decidiu chamar ao hospital toda a família.

Então ela se lembrou da emoção que o garoto tinha passado como um Bombeiro e pediu para a Enfermeira que ligasse para o Chefe da Corporação e perguntasse se seria possível enviar um Bombeiro para o hospital, naquele momento trágico, para ficar com o menino.

O Chefe dos Bombeiros respondeu:

- Nós podemos fazer mais que isso! Nós estaremos aí em cinco minutos, mas faça-me um favor: quando você ouvir as sirenes e vir as luzes dos nossos carros, avise no sistema de som que não se trata de um incêndio, apenas o Corpo de Bombeiros vindo visitar, mais uma vez, um de seus mais distintos integrantes. E também poderia abrir a janela do quarto dele? Obrigado!

Cinco minutos depois, as viaturas chegaram ao hospital. Estenderam as escadas até a janela do quarto do menino e dezesseis Bombeiros subiram.

Com a permissão da mãe, eles o abraçaram, seguraram e disseram que o amavam.

Com a voz fraquinha o menino olhou para o Chefe e perguntou:

- Chefe, eu sou mesmo um Bombeiro?

- Sim, você é um dos melhores - disse ele.

Com essas palavras, o menino sorriu e fechou os olhos para sempre.

Qualquer que seja a nossa profissão devemos ter em mente sempre a importância de fazermos algo mais. Diante de nossa família, amigos, parentes e quaisquer pessoas que vierem a nós com algum pedido, devemos responder: - Eu posso fazer mais que isso!"

(REVISTA BOMBEIROS EM EMERGÊNCIA – Nº 19 – SP.)

“Pior do que você querer fazer e não poder é você poder fazer e não querer.”

(LEVI DIAS DE SANTANA – BOMBEIRO)

RESUMO

O presente estudo, de natureza exploratória, teve como objetivo analisar indicadores de assistência pré-natal do município de Conselheiro Lafaiete, de modo a estimular as Equipes de Saúde da Família (ESF's) a refletirem sobre seu processo de trabalho e promoverem uma sistematização das ações de pré-natal, no sentido de melhorar qualidade da assistência às mulheres. Pretende-se, desta maneira, aumentar a adesão ao pré-natal, com início até o quarto mês de gestação, além de otimizar tempo e recursos. A coleta e análise dos dados foram realizadas durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2009 através de Sistemas de dados da Secretaria municipal de Conselheiro Lafaiete e Hospital de referência para atendimento à saúde da mulher Informação (SIAB, SINASC, etc.). Após análise dos dados, observou-se a persistência de fatores de risco para a gestação e o parto e a ocorrência de casos de complicações do ciclo gravídico-puerperal, que poderiam ser prevenidas, confirmando assim, a necessidade de reorganização da assistência ao pré-natal pelas Equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: pré-natal, qualidade, saúde da mulher, sistematização.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze, by exploratory approach, prenatal care indicators in Conselheiro Lafaiete, municipality of Minas Gerais, Brazil, in order to stimulate the Health Family Teams (ESF 's) to reflect on their work and promote a systematization of prenatal actions to improve quality of pregnancy care. Thus, the aim was increase prenatal adherence, beginning until the fourth month of gestation, in addition to optimize time and resources. The data collection and analysis were conducted during the months of October, November and December 2009 through data systems of Municipality Secretary of Conselheiro Lafaiete and referral hospital for women's health care information (SIAB, SINASC, etc.). After data analysis, the persistence of risk factors for pregnancy and childbirth and the occurrence of cases of complications of gravid uterus, puerperal cycle, which could be prevented, confirming the need for reorganization of prenatal care by Health Family Teams.

Key-words: prenatal, quality, health woman, systemization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------|
| ABO-Rh - | Tipagem sanguínea |
| ACS - | Agente Comunitário de Saúde |
| BPN - | Baixo Peso ao Nascer |
| CNES - | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CID - | Classificação Internacional de Doenças |
| CIUR - | Crescimento Intra-Uterino Restrito |
| DASIS - | Departamento de Análise de Situação de Saúde |
| DM - | Diabetes Mellitus |
| DMG - | Diabetes Mellitus Gestacional |
| DNV - | Declaração de Nascido Vivo |
| DPOC - | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| DPP - | Data Provável do Parto |
| DUM - | Data da Última Menstruação |
| EMC - | Exame Clínico das Mamas |
| ESF - | Estratégia de Saúde da Família |
| FCF - | Frequência Cardíaca Fetal |
| FTA-Abs - | Fluorescent Treponema Antigen Absorbent |
| GS - | Grupo Sanguíneo |
| Hb - | Hemoglobina |
| HIV - | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| Ht - | Hematócrito |
| IBGE - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDB - | Indicadores e Dados Básicos |
| IMC - | Índice de Massa Corporal |
| INCA - | Instituto Nacional do Câncer |
| ITU - | Infecção do Trato Urinário |
| MF - | Movimentos Fetais |
| MHATP - | Microhemoaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> |
| MMII - | Membros Inferiores |
| MMSS - | Membros Superiores |
| MS - | Ministério da Saúde |

| | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| NV - | Nascidos Vivos |
| OMS - | Organização Mundial de Saúde |
| PA - | Pressão Arterial |
| PAISM - | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN - | Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| PSF - | Programa de Saúde da Família |
| QV - | Qualidade de Vida |
| QVLS - | Qualidade de Vida Ligada à Saúde |
| RN - | Recém nascido |
| SIA / SUS - | Sistema Ambulatorial do SUS |
| SIAB - | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIH / SUS - | Sistema Hospitalar do SUS |
| SIM - | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| SINASC - | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SISVAN - | Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional |
| SI-PNI - | Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização |
| SUS - | Sistema Único de Saúde. |
| SVS - | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TMM - | Taxa de Mortalidade Materna |
| TTG - | Teste de Tolerância a Glicose |
| TPP - | Trabalho de Parto Prematuro |
| UBS - | Unidade Básica de Saúde |
| USF - | Unidade de Saúde da Família |
| VAT - | Vacinação Anti-Tetânica |
| VDRL - | Veneral Diseases Reaction Lues: Sorologia não treponêmica para sífilis |

SUMÁRIO

| | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| RESUMO..... | |
| ABSTRACT..... | |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | |
| 1 – INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 – OBJETIVO..... | 20 |
| 3 – METODOLOGIA..... | 21 |
| 3.1 – Cenário de estudo..... | 21 |
| 4 – REFERENCIAL TEÓRICO..... | 23 |
| 4.1. História, conceito e objetivos da assistência Pré-natal..... | 23 |
| 4.2 – Assistência pré-natal no Brasil..... | 26 |
| 4.3 – A qualidade em saúde e na assistência pré-natal..... | 28 |
| 4.3.1 – Humanização e acolhimento..... | 30 |
| 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 32 |
| 5.1 – Análise da atenção ao Pré-Natal no município de Conselheiro Lafaiete..... | 34 |
| 5.2 – Sugestões para a sistematização da Assistência Pré-Natal para o Município de Conselheiro Lafaiete..... | 44 |
| 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 46 |
| 7 – REFERÊNCIAS..... | 47 |

1 – INTRODUÇÃO

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que em 1990, em torno de 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal e somente 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2004). No Brasil, as principais causas de morte entre as mulheres são: as doenças cardiovasculares, neoplasias (principalmente mamárias e uterinas), doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (especialmente o diabetes) e as causas externas (BRASIL, 2000a).

Em pesquisa realizada em capitais brasileiras e no Distrito Federal -onde foram analisados óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos) – Laurenti (2002) obteve-se as dez principais causas de morte deste grupo (que serão relacionadas abaixo, em ordem decrescente). São elas: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo uterino.

De acordo com o Ministério da Saúde, a mortalidade relacionada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito de mulheres em idade fértil. No entanto “[...] a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a **gravidez** é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto **não é doença**, e que, **em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis**” (BRASIL, 2004:26, grifo nosso). Sendo assim, as causas obstétricas diretas, bem como suas complicações são perfeitamente preveníveis com uma assistência pré-natal adequada, quantitativa e qualitativamente, bem como uma assistência adequada ao parto.

Conforme ressaltado em documento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, o Ministério da Saúde tem responsabilizado os serviços de saúde pelo adequado acompanhamento ao parto e puerpério, com ações de acolhimento e práticas humanizadas e seguras para com o binômio mãe – filho. Estas ações visam a melhoria na assistência no ciclo gravídico-puerperal e, para tal, torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços, desde normas, rotinas, procedimentos e estrutura física, até a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998:9), “A assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança.” Dessa maneira, pode-se considerar que o maior objetivo da assistência pré-natal é a garantia para a mulher, desde o início da gestação, de uma assistência integral de caráter educativo, preventivo e informativo, aliada ao conteúdo ético técnico e científico.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), no Manual Técnico “Assistência Pré-natal,” a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde possui uma relação direta com a adesão das gestantes ao pré-natal, além de ser essencial para a redução dos índices de complicações na gestação e de mortalidade materna e perinatal, ainda presentes em nosso país.

Reforçando o exposto acima, embora tenha havido um aumento em termos quantitativos da cobertura de pré-natal no Brasil, alguns fatos demonstram comprometimento da **qualidade** dessa atenção (BRASIL, 2006a, grifo nosso), tais como: a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no país e o fato de apenas pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) conseguir realizar o mínimo das ações preconizadas.

Dessa maneira, quando se discute pré-natal eficiente, ressalta-se a importância de se investir em recursos e de se implementar ações que garantam a diminuição da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis. Por meio de uma assistência multidisciplinar, as equipes de saúde da família devem desenvolver ações que propiciem o acompanhamento integral durante o período gravídico-puerperal. Isto significa garantir todas as ações e orientações necessárias para a evolução saudável da gestação, a prevenção de patologias e complicações como doenças hipertensivas gestacionais (eclâmpsia e pré-eclâmpsia), anemia e riscos como abortamento, parto prematuro, óbito materno e perinatal, entre outros. Além disso, torna-se necessário proporcionar aprendizado aos pais e pessoas mais próximas sobre a promoção da saúde da gestante e do recém-nascido. Este período representa também uma oportunidade fundamental para o planejamento das ações, tanto para a mulher quanto para a criança.

No sentido da prevenção, Neme (2000:118) *apud* Costa e Sousa (2002:9) ressalta que:

A instalação da prenhez representa razão obrigatória para exigir que as pacientes procurem assistência médica. Nessas condições, ao salientar a importância da segurança fetal, o tocólogo sensibiliza as gestantes, que se tornam receptíveis, a ser assíduas em suas visitas médicas e a atender as recomendações dietéticas e terapêuticas, mesmo quando.

Na perspectiva de uma assistência humanizada e diferenciada à saúde da mulher, o Ministério da Saúde implementou em 1984 as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que teve como finalidade garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, incluindo nesse aspecto, o acesso a uma assistência pré-natal eficiente, humanizada e diferenciada (Brasil, 2001).

O Ministério da Saúde (2004) reforça ainda, que o termo qualidade deve ser usado em um sentido amplo que estimule uma reflexão, não apenas referente à qualidade da atenção prestada, mas também a satisfação com os serviços, qualificação dos profissionais de saúde, segurança e aparência das unidades, além da adequação dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços.

Cabe ressaltar que uma assistência pré-natal eficiente deve focar não somente as mulheres em idade reprodutiva e que já se encontram em condições físicas, psicológicas e emocionais de gerar filhos, mas também aquelas que ainda estão na fase de transição entre adolescência e vida adulta. Dessa maneira, ela deve contribuir para a prevenção de riscos a curto e longo prazos como a gravidez na adolescência, promovendo a educação para a saúde precocemente (BRIGGS, 2000).

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas aprendem a analisar a realidade, elaborar o diagnóstico situacional da área onde atuam e a ter uma visão mais crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho de sua de das demais equipes. Esse aprendizado foi possível devido aos módulos cursados, debates com colegas e tutores nos fóruns e encontros presenciais, bem como durante a realização das atividades. Assim, partir da consciência de suas falhas e potencialidades é possível planejar, executar e avaliar o trabalho da melhor forma.

O módulo de saúde da mulher, em especial, foi importante na identificação da real situação da assistência pré-natal e puerperal, no município, e perceber o quanto ainda é preciso crescer e aperfeiçoar, para aí sim, oferecer um serviço eficiente para essa população. O módulo

contribuiu também para o desenvolvimento de atividades diretamente ligadas a prática diária das equipes de saúde da família, assim como, serviu de referência para as inúmeras ações que ainda podem ser desenvolvidas.

A partir deste aprendizado, pôde-se analisar o trabalho, não só da equipe de saúde da família do bairro Amaro Ribeiro, como também das demais no município, por meio das experiências trocadas em reuniões, trabalhos em conjunto com outras equipes e relatos de colegas e pacientes de outras ESF's, em conversas informais.

Pôde-se observar também, grande variedade no tipo de atendimento pré-natal prestado pelas equipes, e que nem sempre essa diferença na assistência tem gerado bons resultados. Embora todo esforço despendido pelas equipes de saúde, foram encontradas situações de complicações de gravidez preveníveis e dados incompletos no cartão no momento do parto. Este último aspecto, em particular, leva a uma maior demanda de tempo e recursos para avaliar a gestante em trabalho de parto, no sentido de fornecer os dados necessários, podendo levá-la a uma situação de risco ao se realizar o parto sem as devidas informações, como ocorre em situações de emergência. Enfim, danos à saúde da mãe e do conceito, que poderiam ser evitados, controlados ou tratados precocemente, se houvesse uma assistência de qualidade.

Além dessas observações, foi possível discutir com a equipe do hospital de referência do município questões relacionadas ao registro das informações sobre a saúde das gestantes. Foi identificada também, uma variedade de modelos de cartão da gestante, inclusive dentro de uma mesma unidade, assim como grande variabilidade no registro dos exames laboratoriais considerados como básicos pelo Programa de humanização do Pré-Natal (BRASIL, 2000c:2).

Cada região tem suas particularidades e características próprias, o que implica em ações diferenciadas, adaptadas de acordo com cada situação. Porém, faz-se necessária certa padronização na assistência, de forma a nortear essas ações aos diversos grupos atendidos pelas equipes, seguindo um roteiro, um fluxo (adaptável de acordo com a necessidade de cada comunidade) para que, assim, possa se prestar melhor atendimento, otimizando tempo e recursos e garantindo qualidade de vida à população sob nossa responsabilidade.

Acredita-se que a falta de ações sistematizadas nas consultas de pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete pode estar comprometendo a qualidade da assistência prestada às gestantes, afetando a adesão das mesmas ao pré-natal e contribuindo para aumentar o índice

de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal: pré-eclâmpsia, infecções, abortamento, casos de sífilis congênita, cesáreas, crianças com baixo peso ao nascer, transmissão vertical do HIV e grande número de cesarianas realizadas sem necessidade no município, conforme será citado mais adiante.

Diante do exposto, e destacando a escassez de estudos que analisem a atenção pré-natal no município, destaca-se a importância deste trabalho, que disponibilizará dados que poderão contribuir para uma reflexão das equipes de saúde sobre seu processo de trabalho. A partir disso, poderá contribuir ainda, para o planejamento e direcionamento da assistência às gestantes e a sistematização das ações de pré-natal pelas Equipes de Saúde da Família, no sentido de melhorar qualidade da assistência às clientes e aumentar a adesão ao pré-natal.

2 – OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, visando estimular as Equipes de Saúde da Família de Conselheiro Lafaiete a refletirem sobre seu processo de trabalho e a promoverem a sistematização das ações de pré-natal no sentido de melhorar qualidade da assistência às clientes e aumentar a adesão ao pré-natal.

3 – METODOLOGIA

Segundo Minayo (1996:16) a metodologia é o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Neste sentido, o presente estudo foi desenvolvido em dois componentes: uma pesquisa, de caráter descritivo, sobre os principais indicadores da atenção pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete/MG; e uma revisão bibliográfica, de natureza narrativa, para embasar a discussão dos resultados encontrados. Esse levantamento bibliográfico foi realizado a partir de material já publicado, abrangendo a leitura, análise e interpretação de livros, artigos de periódicos e textos legais.

Pesquisas descritivas, de acordo com Trivinos (1987), exigem do pesquisador várias informações sobre o que se deseja pesquisar. Deve haver aprofundamento na descrição da realidade em questão, onde os fatos e fenômenos são descritos com exatidão. Silva e Menezes (2001: 21) corroboram o autor, quando afirmam que a pesquisa descritiva visa “descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolvem, portanto, o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados e assumem, em geral, a forma de levantamento”.

3.1 Cenário de estudo

O estudo foi realizado no município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas Gerais, que possui uma população aproximada de 114.577 habitantes, segundo estimativas do IBGE, Censos e Estimativas, para o ano de 2009.

A coleta dos dados secundários foi realizada nos sistemas de informação existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete e no Hospital Queluz - referência em saúde da mulher na região. A revisão da literatura foi realizada nas bases bibliográficas, boa parte delas disponível na internet.

Dessa maneira, a elaboração deste estudo foi realizada inicialmente a partir de uma análise crítica e reflexiva do serviço de pré-natal do município de Lafaiete, durante a realização da Disciplina Saúde da Mulher, a partir da qual foram definidos: o tema, a justificativa e os objetivos do TCC. Em seguida, fez-se a revisão bibliográfica sobre o tema escolhido e posteriormente foi realizado um levantamento dos dados considerados relevantes para o estudo, tais como:

- 1- dados demográficos;
- 2- cobertura pré-natal no município;
- 3- fatores de risco para doenças e mortalidade materno-infantis;
- 4- complicações do ciclo gravídico-puerperal.

Os dados foram tabulados, apresentados sob a forma de tabelas e analisados à luz do referencial teórico pesquisado. Paralelamente à leitura e análise dos dados, deu-se continuidade à revisão de literatura, onde se articularam os conceitos, sistematizando-os na área de conhecimento, por meio de citações, tabelas e gráficos.

4 – REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. História, conceito e objetivos da assistência Pré-natal

Conforme descreve Zugaib (2007), obstetrícia é a ciência que cuida da mulher grávida. Gravidez não é doença, mas pode exibir desvios em sua evolução normal e segundo Szylit e Schwartz (1984) *apud* Câmara *et al.*, (2008:1), “é caracterizada por ser um período de forte conteúdo emocional, uma vez que as mudanças ocorridas no corpo da mulher, nos seus sentimentos e na sua dinâmica familiar são fatores geradores de anseios e medos”.

O produto final na evolução do binômio mãe-filho deve ser encarado em termos de higidez física materna e do conceito, preservação de condições normais de vida materna de desenvolvimento normal do conceito. Para se alcançar a saúde materno-fetal é necessário um acompanhamento pré-natal de qualidade, onde os meios dispensados garantam a prevenção de complicações no pré e pós-parto, bem como no puerpério.

O acompanhamento das gestantes no pré-natal teve sua origem com o trabalho realizado pelas enfermeiras da Associação de Enfermagem de Boston. Como as mulheres que engravidavam naquela época consultavam o médico apenas para confirmar a gravidez e durante a iminência do parto, as enfermeiras começaram a visitar todas as gestantes registradas no Hospital de Boston, na perspectiva de melhorar a saúde das gestantes. As visitas foram tão bem-sucedidas que o princípio por trás delas foi gradualmente aceito e desenvolvido pelos médicos, até culminar na assistência pré-natal que conhecemos hoje (ZUGAIB, 2007). Nesta época, a preocupação dos profissionais centrava-se na diminuição dos agravos maternos, sem pensar no feto. Porém, nos anos 50 e 60, com a diminuição das taxas de mortalidade materna, iniciou-se a preocupação com o feto e sua saúde. Segundo Galletta (2000a), as primeiras ações de pré-natal ocorreram no Brasil em meados dos anos 20 e 30, mas este tipo de atendimento só veio a se estabelecer realmente no país, no período pós guerra

A assistência pré-natal refere-se a um conjunto de medidas que busca menores índices de morbidade e mortalidade materno-fetal, incluindo a qualidade de vida no período da gestação, oferecendo condições ideais aos períodos da gravidez, parto e puerpério (PEIXOTO, 2004). Neste sentido, o Ministério da Saúde (2007), no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, adverte que as mortes de mulheres cujas causas são relacionadas ao período gravídico-puerperal, são em sua maioria evitáveis. Desse modo, observa-se que a assistência

pré-natal é essencial para redução da mortalidade materna e é ao mesmo tempo uma forma de atrativo para as gestantes, uma vez que nesse tipo de atendimento, elas encontram a segurança de uma gestação saudável, tranqüila e bem assistida. Destaco, aqui, que o conceito de saúde vai além da ausência da doença e abrange uma somatória de fatores e condições que levam o ser humano a ter uma melhor qualidade de vida.

No cotidiano dos servidores da saúde, observa-se que algumas gestantes confundem o pré-natal e a promoção da saúde com a realização de exames e com a ausência de patologia, o que também é afirmado por Galletta (2000b:1): “Infelizmente, muitas mulheres confundem pré-natal com check-up e se tranquilizam ao realizarem mil e um exames de sangue, urina e ultrassonografia. É muito importante afirmar que nenhum exame pode, ao início do pré-natal, assegurar a boa evolução da gravidez”.

O objetivo primordial do pré-natal é assegurar, da melhor maneira possível, uma gestação isenta de complicações e o nascimento de uma criança saudável. De acordo com o Ministério da Saúde (1985:9), o pré-natal na sua essência: “constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito”.

Em síntese, uma assistência pré-natal eficiente deve compreender um conjunto de ações integradas cujo objetivo é a preservação da saúde da gestante e da criança. Tais ações devem garantir a prevenção e detecção precoce de complicações próprias da gravidez, parto e puerpério, incluindo orientações sobre hábitos saudáveis, mudanças decorrentes da gravidez e esclarecimento de dúvidas, preparando a gestante para todo o transcorrer desta fase, bem como o tratamento correto de doenças maternas pré-existent.

Existem evidências clínicas de que gestantes que recebem um atendimento pré-natal adequado, apresentam menores riscos de ter complicações. As razões mais comuns que privam as gestantes de receber assistência pré-natal adequadas incluem: a falta de condições financeiras, medo ou falta de confiança nos profissionais do serviço de saúde, despreparo dos mesmos, baixa auto-estima das mulheres, demora em suspeitar da gravidez ou em divulgá-la, as diferentes percepções culturais ou individuais da importância do cuidado pré-natal, os sentimentos adversos iniciais sobre estar grávida e as proibições culturais ou religiosas. Estes fatores devem ser rapidamente identificados e, quando possível, solucionados (ZUGAIB, 2007).

É relevante salientar a questão referente aos direitos das gestantes, uma vez que no contexto de assistência, o pré-natal é um direito de toda mulher, a partir do momento em que engravida. Segundo Neme (2000) *apud* Costa e Sousa (2002), a própria gravidez deve ter subentendida a obrigação de as mulheres procurarem assistência pré-natal e/ou de se exigir tal atitude das mesmas (ressaltando que a procura por essa assistência é não só um direito, como também um dever das gestantes no processo de promoção e manutenção de uma gestação saudável e prevenção de intercorrências).

Por isso, de acordo com a Portaria nº 570 de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c), que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS, artigo quarto, é dever do município dispor de um sistema devidamente organizado para a assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal; que inclua rede ambulatorial para as consultas de pré-natal e puerpério, além do vínculo com laboratórios. Disponibiliza ou garante o acesso à unidade de referência ambulatorial e hospitalar para gestantes de alto risco. Ainda de acordo com esta Portaria, o município deve garantir a realização de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (que constam neste mesmo artigo quarto), que vão desde captação precoce e cadastramento das gestantes até ações no puerpério, sempre incentivando a adesão das gestantes e vinculando os serviços de pré-natal e parto.

Ao discutir este aspecto, observa-se que a política de saúde adotada no programa de pré-natal está voltada para a garantia dos direitos das gestantes neste período tão peculiar de suas vidas. Dentre esses direitos, destacam-se o direito de acesso ao programa de pré-natal, ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida, direito à assistência ao parto e ao puerpério.

Ainda no que se refere à mortalidade materna, a melhoria na qualidade da assistência pré-natal é pouco dispendiosa e, especialmente, em um país em desenvolvimento como o nosso, pode ser indispensável para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ZUGAIB, 2007).

4.2. Assistência pré-natal no Brasil

No Brasil, o número de consultas pré-natais por mulher que realiza o parto no SUS, vem crescendo, sendo que de 1995 a 2003, esse número subiu de 1,2 para 5,1 consultas por parto (BRASIL, 2006b).

Segundo Boyaciyán (2000), a OMS classifica como:

-baixa, uma Taxa de Mortalidade Materna (TMM) **menor que 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV)** – como é o caso dos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Alemanha, França, Itália, Inglaterra, Holanda, Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Japão, Austrália, Nova Zelândia;

-média, entre 20 e 49 mortes por 100.000 NV: Cuba, Costa Rica, Chile, Uruguai, China;

-alta, entre 50 e 149 mortes por 100.000 NV: Brasil (aproximadamente 75), Argentina, Colômbia, Venezuela, México, Jamaica, Tailândia, Turquia; e

-muito alta, a partir de 150 mortes por 100.000 NV: Equador, Guatemala, Paraguai, Honduras (grifo nosso).

Apesar de a cobertura pré-natal ter aumentado consideravelmente, especialmente após a implantação do Programa de Saúde da Família (atual Estratégia de Saúde da Família), em 1994, os altos índices de óbitos maternos permanecem, colocam em foco a qualidade dessa assistência.

Diante da necessidade de estabelecer mecanismos que possibilitassem uma melhora na qualidade da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 1º de junho de 2000, por meio da Portaria GM/MS nº 569/GM. O PHPN tem por objetivos a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal; melhora do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal; estabelecimento de critérios que qualifiquem as consultas e promoção de uma ligação entre o atendimento ambulatorial e o hospitalar.

Para atingir os seus objetivos o Programa busca articular três componentes:

“I – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

II – Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar;

III – Instituição de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto” (BRASIL, 2000b:1)

O pré-natal iniciado precocemente, além de contribuir para a adesão das gestantes a este atendimento de forma sistemática, favorece a identificação e tratamento dos eventuais fatores de risco. Este acompanhamento deve ter início o quanto antes, ter cobertura universal, ser realizado periodicamente, integrando-se com as demais ações preventivas e curativas, além de realizar um número mínimo de seis consultas (COIMBRA, 2003). Seu sucesso depende também de quando é iniciado, da quantidade de consultas realizadas e da qualidade dessa assistência.

No puerpério ocorrem diversas alterações tanto psicológicas quanto físicas na mulher, em pouco espaço de tempo. Todos os seus órgãos, especialmente os genitais, se recuperam das alterações que ocorreram durante a gestação e o parto, e nesse período também se inicia a lactação. Neste sentido, a consulta puerperal tem como finalidade avaliar o estado de saúde da mãe e da criança, a realização de procedimentos e orientações que garantam o retorno das condições pré-gestacionais, o adequado intervalo interpartal, o planejamento familiar (com orientação para a introdução de método contraceptivo). Ela objetiva também, a identificação de importantes alterações, situações de risco e/ou intercorrências, como a anemia, estado depressivo e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, além de complementar as ações do pré-natal. A realização da consulta puerperal, como ação extensiva ao pré-natal e integradora do mesmo, vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde desde 1984, com a implantação do PAISM, cujo objetivo era o de garantir um atendimento de qualidade ao binômio mãe e filho (BRASIL, 1984). Todavia, o percentual de mulheres que está tendo esse direito garantido, ainda é pequeno.

Confirmando o exposto anteriormente, estudo realizado por Rodrigues (2005), aponta ser de grande importância a realização de pelo menos uma consulta puerperal até 42 dias após o parto, conforme preconiza o Ministério da Saúde, uma vez que esta consulta é indispensável para a identificação de complicações e de intercorrências obstétricas e ginecológicas. Além disso, deve fornecer orientações relevantes para a mulher sobre cuidados consigo e com a criança, orientações sobre aleitamento, métodos contraceptivos e sexualidade (RODRIGUES, 2005).

4.3 – A qualidade em saúde e na assistência pré-natal

Segundo SOUZA e CARVALHO (2003:517): “As propostas de promoção da saúde apresentadas pela primeira vez na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à Qualidade de Vida”. Nesta direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define Qualidade de Vida (QV) como a visão do ser humano em relação a sua posição na vida sob o contexto cultural, pelos seus valores e em relação as suas metas, aspirações, preocupações e padrões. Desta maneira, a OMS propõe que a QV seja multifatorial e refere-se a esse conceito a partir das seguintes dimensões: “[...] (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência - em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral, (4) relações social e meio ambiente” (SOUZA, CARVALHO, 2003:516).

Para Minayo (2000:1)

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Auquier *et al.*, (1997) *apud* Scatollin (2006), definem a expressão Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS) como um valor dado à vida, que é avaliado pelos desgastes funcionais; as percepções e condições sociais que são influenciadas pela doença, complicações, tratamentos; e a organização político-econômica do sistema assistencial. Assim, as estratégias para promoção e manutenção da saúde são voltadas para estilos de vida e condições sócio-econômicas e ambientais que determinam a saúde e, dessa forma, a qualidade de vida. Sendo assim, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade (SOUZA, CARVALHO, 2003).

Na busca pela qualidade nos serviços de saúde, Nogueira (1995) ressalta a importância de se colocar no lugar do outro, fazer para ele o que imaginar de melhor para si. Dessa maneira,

para que qualquer tipo de atendimento seja feito com qualidade, antes de qualquer coisa, é necessário que este seja humanizado, por meio de acolhimento, escuta qualificada por parte do profissional, comprometimento para com o paciente, respeito, ética e responsabilidade. Outro fator de suma importância para uma assistência pré-natal e puerperal de qualidade é a resolutividade. Para isto, é preciso conhecer o universo social, cultural e econômica das pacientes e, a partir desse conhecimento organizar o processo de trabalho, implementar ações e tratamentos voltados para a sua realidade.

Reforçando esta idéia, o Ministério da Saúde aponta que a atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. De acordo com ele

“É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização” (BRASIL, 2006a:9).

Além dos fatores já identificados, um pré-natal de qualidade deve incluir capacitação profissional adequada, recursos materiais suficientes e o comprometimento de toda a equipe de saúde com a população da área, contribuindo assim para o fortalecimento do vínculo entre pacientes e profissionais. Outro aspecto importante é a identificação e captação precoce das gestantes, para que se possa iniciar o acompanhamento pré-natal o quanto antes. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) reitera que o início precoce do pré-natal e sua continuidade representam uma grande contribuição para o vínculo estabelecido entre os profissionais e a gestante, assim como a qualidade técnica da atenção.

As visitas domiciliares são outro ponto importante na qualidade do acompanhamento pré-natal. Com elas pode-se dar continuidade à assistência, complementando o processo de educação em saúde com a gestante, o parceiro e demais familiares, assim como reavaliar as condições de saúde e se as orientações e ações implementadas estão tendo resultados positivos, além de fortalecer o vínculo com a população. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) considera que as visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, na frequência necessária para cada caso, mas recomendam-se, no mínimo, duas visitas por gestação. As visitas pelos demais profissionais também são importantes e devem ser realizadas sempre que necessário. Com estas atividades

sendo realizadas de maneira planejada e contínua, tem-se um melhor acompanhamento da gestante e, conseqüentemente, maior qualidade do seu pré-natal.

A avaliação permanente da assistência pré-natal deve seguir um roteiro, visando a identificação dos problemas e a saúde das gestantes, bem como a qualidade na realização do serviço. Deve subsidiar ainda, a mudança de estratégias, com objetivo de melhorar os serviços prestados a esta população. Em todos os parâmetros utilizados para estabelecer qualidade da assistência pré-natal, também devem estar incluídas as questões psicológicas, pois a falta desta abordagem interfere na qualidade dos serviços prestados. De acordo com Matamala et al., (1995), a qualidade na assistência tem que estar relacionada a uma série de fatores que incluam as condições sócio-culturais, biológicas, psicológicas e ambientais, considerando também as experiências e vivências das mulheres com sua própria saúde.

4.3.1. Humanização e Acolhimento

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), define humanização como a valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de promoção da saúde – pacientes, profissionais e gestores; que sejam estimuladores da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre os mesmos; a criação de vínculos e da participação de todos no processo de gestão; reconhecimento das necessidades sociais de saúde; mudança nos padrões de assistência e gestão; comprometimento com a ambiência, melhora das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006a).

Para BUENO (1989), a palavra acolher significa receber, dar acolhida, agasalhar, hospedar, admitir, ter em consideração. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b:6) considera o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”.

O acolhimento, ponto fundamental da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b), requer comprometimento: receber a paciente, desde sua entrada na unidade de saúde, tornando-se responsável por ela, escutando-a atentamente, deixando que ela exponha seus problemas, dúvidas, medos e preocupações; assegurando resolutividade e articulação com os demais serviços de saúde de forma a garantir a continuidade do atendimento, sempre que necessário.

Ainda neste sentido, Daniel (1983:126) *apud* COSTA e SOUSA (2002:30) afirma que:

A arte do relacionamento de ajuda inclui não só conhecer as regras técnicas e a aplicação das mesmas, mas também possuir maturidade emocional, sinceridade no contato, autenticidade; ser capaz de aceitar a pessoa com suas necessidades e não sentir culpado quando os resultados esperados deixam de ser alcançados, apesar de se ter enviado todos esforços e, sobretudo ser capaz de ouvir atentamente.

Desta forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) considera que o acolhimento da usuária deve ser realizado de modo que possibilite o estabelecimento de uma conversa aberta e franca, que permita que a gestante exponha seus problemas, dúvidas, medos e obtenha um retorno satisfatório às suas necessidades. Para isso, a sensibilidade e habilidade de percepção do profissional que realiza o pré-natal devem ser qualidades básicas para que seu conhecimento seja colocado à disposição da gestante. O acompanhamento de pré-natal vem a ser uma grande oportunidade para se discutir determinados assuntos e esclarecer dúvidas que são singulares para cada gestante, inclusive as que já tem filhos (BRASIL, 2000a).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), durante o exercício diário dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação que se estabelece entre profissionais e paciente, por meio de ações como: os profissionais se apresentarem; chamarem os pacientes pelos nomes; manterem um diálogo aberto e sem julgamentos com os pacientes. Além de explicar sobre procedimentos e demais condutas a serem realizadas, orientar quanto aos tratamentos, exercer a escuta qualificada, valorizando o que os pacientes dizem e assegurando-lhes o direito à privacidade e sigilo, entre outros. O acolhimento implica transformações na relação dos profissionais de saúde, com os pacientes e tem como consequência fortalecimento do vínculo entre os mesmos.

Reforçando a idéia de acolhimento exposta acima, o Ministério da Saúde ressalta também, que “[...] o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde” (BRASIL, 2006a:16).

5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado no Brasil, na década de 1980. Como o próprio nome diz, este programa abrange serviços que assistem as mulheres em todas as etapas da vida, objetivando a participação ativa das mesmas no processo de cuidado à saúde. O objetivo geral deste programa foi a redução da morbidade e mortalidade femininas em todas as etapas da vida, assegurando a este grupo o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, partindo da atenção primária à saúde, de acordo com suas necessidades. Entre seus objetivos específicos estão o aumento da cobertura pré-natal e melhora na qualidade dessa assistência, assim como ao parto e puerpério; destacando-se a importância das ações educativas no atendimento às mulheres, sendo esse o diferencial em relação aos demais programas (BRASIL, 1984).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a:10), uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade, deve garantir as realização das seguintes ações:

- “Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
- Solicitação de exames laboratoriais:
 - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
 - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
 - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
 - Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;
-
- Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante do esquema recomendado: esquema completo para gestante nunca vacinada, completar as doses em gestantes com esquema vacinal incompleto ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
 - Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
 - Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
 - Tratamento das intercorrências da gestação;
 - Classificação de risco gestacional e detecção de problemas na primeira consulta e nas subsequentes;
 - Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
 - Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências / urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
 - Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da ‘Primeira Semana de Saúde Integral’ e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto” (BRASIL, 2006a:10).

Para avaliar a qualidade do pré-natal, é importante a utilização de dados estatísticos, de forma a obter um diagnóstico situacional e, a partir destes, desenvolver estratégias que visem a correção das falhas, reorganização do processo de trabalho e planejamento de ações que permitam melhora na qualidade desta assistência.

5.1. Análise da atenção pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete

O município de Conselheiro Lafaiete possui uma população de 114.577 e está situado no dorso central do Espinhaço, Serra da Mantiqueira, situada na macrorregião metropolitana de Belo Horizonte. Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimentos de urgência e emergência e cuidados hospitalares.

A Estratégia de Saúde da Família se torna a porta de entrada do serviço de saúde, onde são desenvolvidas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, estabelecimento vínculo com a população e contato com outros setores de referência, para os demais níveis de atendimento, Centro de Atendimento Psicossocial, Centros Regionais de Saúde, Centro de Reabilitação, Centro de Promoção da Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas e atendimentos de urgência e emergência (Pronto Atendimento na Policlínica Municipal).

De acordo com a técnica de estimativa rápida realizada com médicos, enfermeiros referentes às gestantes que foram atendidas durante o ano de 2008 no Hospital Queluz, no momento da internação, chegou-se aos seguintes valores (dados aproximados):

- Cerca de 15% das parturientes não portava a tipagem sanguínea e fator Rh;
- não houve registro de Hb e Ht em 20% dos cartões de pré-natal;
- o registro do exame de urina de rotina não foi realizado em 25% dos cartões,
- também não houve registro da sorologia para Sífilis (VDRL) em 20% dos cartões de pré-natal;
- a glicemia não foi registrada em 30% dos cartões;
- o teste anti-HIV não foi anotado em aproximadamente 30% dos cartões;
- o exame colpocitológico (Papanicolaou) não foi registrado em 80%.
- Em relação às ultrassonografias obstétricas, estas foram registradas em 80% dos cartões, porém em cerca de 7% não houve registro da idade gestacional na data do exame.
- Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos que não dependem da idade gestacional, foram verificados cinco ou mais registros dos seguintes dados, em grande parte dos cartões:
 - idade gestacional (60%),
 - pressão arterial (80%),
 - peso (75%),
 - e altura uterina (70%).

- O registro de presença de edema, foi constatado em apenas 45% dos cartões.
- Já entre os procedimentos dependentes da idade gestacional, os registros esperados dos BCF's (no mínimo quatro) e da situação e apresentação fetal (mínimo dois) foram constatados em 80% e 35%, respectivamente.

Buscando facilitar a discriminação dos dados foi realizada a apresentação e análise dos dados tabelas, quadros e gráficos, onde foram destacados os pontos relevantes, analisados e comparados a luz da literatura pesquisada sobre o assunto. Assim, na **Tabela 01** pode-se verificar a distribuição da população por sexo e população feminina em idade fértil.

Tabela 01 – Distribuição da população por sexo e mulheres em idade fértil, do Município de Conselheiro Lafaiete, 2009.

| Dados | Valores | % |
|-----------------------------------------|----------------|----------|
| População total | 114.577 | 100 |
| População masculina | 55.184 | 48,16 |
| População feminina | 59.393 | 51,84 |
| Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) | 37.317 | 32,57 |

Fonte: IBGE, Estimativas Populacionais.

Na tabela 01, observa-se que, em 2009, a população feminina corresponde a 51,83% da população total do município e que 62,8% desta população é constituída por mulheres em idade fértil, o que reforça a necessidade de organização e sistematização das ações voltadas para este grupo (entre elas, ações voltadas a assistência pré-natal e puerperal), visando melhoria na qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população.

Com relação ao número de nascimentos no município de Conselheiro Lafaiete entre os anos de 2005 e 2008, verifica-se na **Tabela 02** que houve inicialmente um decréscimo no número de nascidos mortos (de 26 em 2005, para 17 em 2007) e posteriormente um aumento importante (de 17 em 2007 para 28 em 2008).

Tabela 02 – Número de nascidos vivos e nascidos mortos ocorridos entre os anos de 2005 e 2008, no município de Conselheiro Lafaiete.

| Dados | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total de nascimentos | 1.529 | 1.583 | 1.487 | 1.531 |
| Nascidos vivos | 1.503 | 1.561 | 1.470 | 1.503 |
| Nascidos mortos | 26 | 22 | 17 | 28 |

Fontes: Dados de 2005, 2006 e 2007: MS / SVS / DASIS / SINASC / SIM - Dados de 2008: Hospital Queluz – Conselheiro Lafaiete, MG.

Embora não tenha sido realizada uma análise mais aprofundada em relação às causas das mortes, pode-se inferir que esta tabela reforça a importância da assistência pré-natal e o impacto de uma assistência bem feita, na redução da morbi-mortalidade materno-infantil.

O Ministério da Saúde vem recomendando desde o ano de 2000, que a mãe realize, no mínimo, seis consultas pré-natal e assim que iniciar a gravidez, no entanto, as informações do SINASC não possibilitam avaliar o momento do início do acompanhamento pré-natal. De acordo com o banco de dados pesquisado utilizou-se na **Tabela 03** a seguinte forma de desagregação do número de consultas: nenhuma, uma a três, quatro a seis e sete ou mais. Isto dificultou a verificação do número exato de consultas ofertadas (BRASIL, 2009).

Tabela 03 – Número e percentual de consultas de pré-natal realizadas no decorrer da gestação no município de Conselheiro Lafaiete, no período de 2005 a 2007.

| Número de consultas de pré-natal realizadas no decorrer da gestação | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Nenhuma | 16 | 1,0 | 10 | 0,7 | 05 | 0,3 |
| 1 a 3 consultas | 47 | 3,1 | 57 | 3,8 | 36 | 2,4 |
| 4 a 6 consultas | 523 | 34,8 | 348 | 23,1 | 307 | 20,9 |
| 7 consultas ou mais | 909 | 60,5 | 1.133 | 75,4 | 1.102 | 75,0 |
| Ignorado | 08 | 0,5 | 13 | 0,9 | 20 | 1,4 |
| Total de nascidos vivos | 1.503 | 100 | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 |

Fontes: MS / SVS / DASIS / SINASC.

Observa-se que a grande maioria das gestantes realizou pelo menos 4 consultas de pré-natal. O percentual de gestantes com 7 consultas ou mais atingiu 75% em 2009. No Brasil, houve um aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas pré-natal, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006, e caindo a condição totalmente inadequada, que já era baixa em 2000, ao passar de 4,7% para 2,1%, em 2006. Os casos extremos, ou seja, “nenhuma consulta” deve considerado como indicador de inadequação total do uso do serviço de pré-natal e os “sete ou mais consultas”, como situação adequada (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, pode-se inferir que a adesão das gestantes à consulta pré-natal pode estar relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde. Isto pode ter ocorrido porque a qualidade da assistência pré-natal mostrou-se essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, verificados em outros municípios do Brasil (BRASIL, 2000a:9).

Pela **Tabela 04** pode-se verificar que o número de gestantes adolescente variou entre 2005 e 2007. Nesse último ano, o número de jovens gestantes aumentou, o que pode indicar uma falha no atendimento principalmente no aspecto preventivo.

Tabela 04 – Número bruto e percentual de gestantes de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e o total de menores de 20 anos de idade, por total de nascidos vivos, no município de Conselheiro Lafaiete, no período de 2005 a 2007.

| Idade Materna | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
|-----------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 10 a 14 anos | 08 | 0,52 | 06 | 0,38 | 05 | 0,34 |
| 15 a 19 anos | 214 | 13,9 | 198 | 12,5 | 254 | 17 |
| Total de menores de 20 anos | 222 | 14,5 | 204 | 12,9 | 259 | 17,4 |
| Total de nascidos vivos | 1.503 | 100 | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 |

Fontes: MS / SVS / DASIS / SINASC.

Não houve nenhuma morte de bebê ao nascimento (dados não apresentados), porém, os riscos sociais em termos da capacidade de criar os filhos e continuar os estudos ou a possibilidade de desenvolver uma profissão, são preocupantes. Acredita-se ainda, que essas gestantes podem correr mais riscos durante a gestação, que vão desde anemia, ganho inadequado de peso, hipertensão arterial, infecção do trato urinário, até DST's, ocorrem em maior quantidade nas gestantes adolescentes, especialmente as mais novas (ZHANG & CHAN, 1991).

Segundo o IBGE (BRASIL, 2009) a desagregação dos nascimentos por grupos etários trás a tona a questão da maternidade entre as adolescentes e jovens menores de 20 anos de idade, uma vez que, esse fenômeno atingiu uma grande parcela de adolescentes de classes menos favorecidas economicamente e, na fase de formação da educação básica (SIMÕES; OLIVEIRA, 1988 *apud* BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) o risco social evidencia-se pelo agravamento da vulnerabilidade social das crianças e das famílias dessas adolescentes. Principalmente, num contexto histórico em que ocorre a ampliação da participação da mulher no mercado de trabalho, nas esferas educacionais, nas decisões políticas, bem como na escolha sobre seu comportamento reprodutivo. No trabalho são citados, ainda, os estudos de Berquó e Cavenaghi (2004), Borges, Pirotta e Schor (2004), que apontam ser o comportamento reprodutivo resultante do tipo de grupo social ao qual pertence a adolescente. Assim, dependendo da condição socioeconômica existe uma determinada estrutura etária da fecundidade (YAZAKI, 2003 *apud* BRASIL, 2009). Embora, não se tenha levantado os dados

socioeconômicos dessas adolescentes, verifica-se que a maior parte das gravidezes na adolescência ocorre em famílias de menor poder aquisitivo.

Estudos de fatores de risco na cidade de São Paulo apontam que o baixo peso ao nascer não é influenciado pela adolescência materna, porém esta aumenta o risco de prematuridade em 1,3 vezes. Observou-se também que controlando as demais variáveis (assistência pré-natal, idade materna, tabagismo, alcoolismo, entre outras) houve risco aumentado em 1,8 vezes para prematuridade e em 2,1 vezes para baixo peso ao nascer, quando a mãe tinha uma condição econômica desfavorável (VITALLE, 2001).

Não podemos ainda esquecer que uma assistência pré-natal de qualidade é de suma importância e interfere diretamente na saúde da gestante e da criança, e no risco de complicações obstétricas. Segundo Madi, Chiaradia e Lunardi (1986), havendo assistência pré-natal adequada, o risco de complicações obstétricas não é diferente entre gestantes adolescentes e adultas de mesmo nível socioeconômico. Por outro lado, Siqueira e Tanaka (1986), verificaram que as complicações obstétricas é a sexta causa de morte na adolescência.

Na **Tabela 05** são apresentados dados relativos a duração da gravidez e o total de nascidos vivos e pode-se verificar que houve uma diminuição dos partos pré-termo, que aparecem com uma média de 7,1%. Já os partos a termo apresentam uma média de 92% no período de 2005 a 2007.

Tabela 05 - Relação entre a duração das gestações e o total de nascidos vivos no município de Conselheiro Lafaiete, no período de 2005 a 2007.

| Duração da gestação | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
|---------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Pré-termo (< 37 semanas) | 118 | 7,9 | 102 | 6,5 | 102 | 6,9 |
| A termo (entre 37 e 42 semanas) | 1.380 | 91,8 | 1.455 | 93,2 | 1.360 | 92,5 |
| Pós-termo (> 42 semanas) | 02 | 0,1 | 03 | 0,2 | 04 | 0,3 |
| Ignorado | 03 | 0,2 | 01 | 0,06 | 04 | 0,3 |
| Total de nascidos vivos | 1.503 | 100 | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 |

Fontes: MS / SVS / DASIS / SINASC.

Segundo Paiva (2007), recém-nascido prematuro ou pré-termo é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação; a termo é aquele que nasce com 37 ou mais semanas e menos de 42 semanas de gestação e pós-termo é o que nasce com 42 semanas de gestação ou mais.

Observa-se que idade gestacional muito tem a ver com a mortalidade neonatal, sendo-lhe inversamente proporcional. Não se conhece a etiologia do parto prematuro, no sentido de explicar que tipo de mecanismo intrínseco desencadeia o trabalho de parto a termo, pós termo e principalmente pré termo. Por isso, a importância dos fatores epidemiológicos ligados à prematuridade: sociais, econômicos, demográficos e assistência pré-natal. Aliado a isto, a falta de informação, ausência de estímulo em relação à maternidade responsável e de conhecimento sobre a prevenção de gestações indesejadas são outros fatores complementares desse grupo. No entanto, complicações gravídicas que podem culminar com a ocorrência de parto prematuro podem ser devidas à dieta inadequada, anemia, hipovitaminose e às infecções. Sabe-se que nutrição, pré-gravídica e gravídica, inadequada leva à prematuridade e ao baixo peso ao nascimento. A atenção deve ser voltada para a qualidade do atendimento pré-natal a fim de detectar fatores de risco para o parto prematuro, controlá-los e preferivelmente preveni-los (PAIVA, 2007).

Outro aspecto importante ao se analisar a assistência pré-natal de um município é o peso da criança ao nascer, pois é considerado por alguns estudiosos de saúde infantil como um parâmetro relacionado aos níveis de morbidade e mortalidade na infância (BARROS FILHO, 1976; ALMEIDA; JORGE, 1998 *apud* BRASIL, 2009). Assim, o baixo peso ao nascer, ou seja, menos que 2500 gramas, é considerado um fator profundamente associado à prematuridade (BRASIL, 2009). Geralmente a prematuridade está associada ao baixo peso, pois quando a gestação dura 22 semanas ou menos, o peso da criança ao nascer é extremamente baixo. Por outro lado, verifica-se que o baixo peso vai diminuindo conforme o número de semanas de gestação vai aumentando. A **Tabela 06** apresenta o peso da criança ao nascer com variação entre 500 a 999g, 1000 a 1499g e 1500 a 2499g no período de 2005 a 2008.

Tabela 06 – Número e percentual de crianças com baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), em Conselheiro Lafaiete no período de 2005 e 2008.

| Peso ao nascer (em gramas) | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|----------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 500 a 999 g | 10 | 0,7 | 15 | 1,0 | 14 | 1,0 | 11 | 0,7 |
| 1.000 a 1.499 g | 17 | 1,1 | 07 | 0,5 | 10 | 0,7 | 15 | 1,0 |
| 1.500 a 2.499g | 151 | 10,0 | 143 | 9,2 | 132 | 9,0 | 138 | 9,2 |
| Total de crianças com baixo peso | 178 | 11,8 | 165 | 10,6 | 156 | 10,7 | 164 | 11,0 |
| Total de nascimentos | 1.503 | 100 | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 | 1.503 | 100 |

Fontes: Dados de 2005, 2006 e 2007: MS / SVS / DASIS / SINASC. - Dados de 2008: Hospital Queluz - Conselheiro Lafaiete, MG.

As variações no peso ao nascer, no decorrer dos anos, não foram expressivas, particularmente para os pesos ao nascer na faixa de 1000 a 1499g, e no peso de 500 a 999g, na faixa de peso entre 1500 a 2499g. Com relação ao total de crianças com baixo peso verifica-se também uma pequena variação no período.

De acordo com o IBGE (BRASIL, 2009), os dados do SINASC relativos ao peso ao nascer correspondem ao que recomenda a Organização Mundial da Saúde, ou seja, o registro do peso do recém-nascido é realizado em classes de 500 gramas. Para o autor, no Brasil, o total de recém-nascidos de baixo peso, no ano de 2005, foi de 8,1%, tendo as Regiões Sudeste e Sul, 9% e 8,5%, respectivamente. Ressaltando-se que os resultados do SINASC apontam uma maior frequência de baixo peso ao nascer em nascidos vivos cujas mães eram adolescentes ou tinham idade entre 40 e 49 anos.

Destaca-se ainda, que o monitoramento da incidência de casos de baixo peso ao nascer no município é fundamental para o planejamento de ações de infra-estrutura de serviços de saúde, uma vez que eles necessitam de cuidados especiais e acesso a Unidade de Tratamento Intensivo – UTI neonatal, o que implica, em custos adicionais para os serviços de saúde. A variável mais relacionada ao baixo peso ao nascer é o tempo de duração da gestação (BRASIL, 2009). Segundo Briggs (2003) o baixo peso ao nascer (BPN) interfere substancialmente na incidência de doenças perinatais, tidas como algumas das principais causas de morbimortalidade infantil.

O BPN ainda é “considerado por alguns como o principal problema de saúde pública” (PANETH, 1995 *apud* SEHN *et al.*, 2007:1), um “preditor de sobrevivência de recém-nascidos” (ROSSO, 2003 *apud* SEHN *et al.*, 2007:1) e um “indicador global de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local” (KABIR, 2002 *apud* SEHN *et al.*, 2007:4). Para GAMA *et al.*, (2001), no Rio de Janeiro (RJ), gestantes adolescentes, partos em hospitais públicos e ausência de assistência pré-natal foram identificados como fatores de risco para baixo peso ao nascer em recém nascidos a termo.

De acordo com o IBGE (BRASIL, 2009) a análise dos nascimentos por tipo de parto possibilita uma avaliação das práticas obstétricas no Brasil, mais especificamente a relação entre o crescente número de partos cesáreos em detrimento do parto normal, o que levou o Ministério da Saúde a lançar a “Campanha Incentivo ao Parto Normal”.

Pela **Tabela 07** pode-se verificar uma crescente e elevada ocorrência de partos cesarianos no município de Conselheiro Lafaiete, de 63,9% em 2005 para 72% em 2007.

Tabela 07 – Tipologia dos partos no município de Conselheiro Lafaiete no período de 2005 a 2007.

| Tipo de parto | 2005 | | 2006 | | 2007 | |
|-------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Vaginal | 542 | 36,0 | 479 | 30,7 | 410 | 27,9 |
| Cesárea | 960 | 63,9 | 1.079 | 69,1 | 1.059 | 72,0 |
| Fórceps / outro | - | - | - | - | - | - |
| Ignorado | 01 | 0,06 | 03 | 0,2 | 01 | 0,06 |
| Total de nascidos vivos | 1.503 | 100 | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 |

Fontes: MS / SVS / DASIS / SINASC.

A alta prevalência de partos cesáreos é registrada em muitas regiões do Brasil e, apesar de não haver um consenso sobre o percentual indicado para partos cirúrgicos (cesárea, fórceps e outros), a recomendação da Organização Mundial da Saúde é para que as cirurgias cesáreas sejam, no máximo, 15% do total dos partos, limitando-se a situações de risco tanto da mãe quanto da criança. É pouco provável ainda, que 63% a 72% das gestantes de Conselheiro Lafaiete não estivessem em condições de terem partos por via vaginal, no período estudado, o que indica que há outros motivos, além dos de causas obstétricas para os altos índices de parto cesáreo no município.

Estudos que analisam as práticas obstétricas apresentam alguns fatores que podem explicar o elevado índice de partos cesáreos, tais como: falta de informação das gestantes quanto aos benefícios do parto vaginal e os riscos decorrentes das cesáreas; a comodidade e conveniência de uma cirurgia programada; aproveitamento da cesárea para realização de outro procedimento (como a esterilização) e formação médica deficiente para realização de parto vaginal. Em alguns casos os profissionais são pressionados pelas próprias gestantes, que erroneamente acreditam que no parto cesáreo (cirúrgico) serão mais bem assistidas, por acreditarem se tratar de um método seguro e de alta tecnologia, por medo de sentirem dor e de perderem a elasticidade vaginal (POTTER et al, 2001; BÉHAGUE et al., 2002).

Tabela 08 - Complicações preveníveis, do ciclo gravídico-puerperal, por número de nascidos vivos em Conselheiro Lafaiete, no período de 2006 a 2008.

| Complicações | 2006 | % | 2007 | % | 2008 | % |
|-------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| Curetagem | 128 | 8,2 | 93 | 6,3 | 167 | 11,1 |
| Eclampsia | 42 | 2,7 | 42 | 2,9 | 170 | 11,3 |
| ITU | 118 | 7,6 | 94 | 6,4 | 170 | 11,3 |
| Total de nascidos vivos | 1.561 | 100 | 1.470 | 100 | 1.503 | 100 |

Fonte: Hospital Queluz - Conselheiro Lafaiete.

Observa-se na tabela 08 a grande incidência de complicações preveníveis do ciclo gravídico-puerperal, nos anos de 2006, 2007 e seu expressivo aumento no ano de 2008, quando as complicações passaram a corresponder a aproximadamente 6% do total de nascidos vivos em 2006, para 11,2% em 2008.

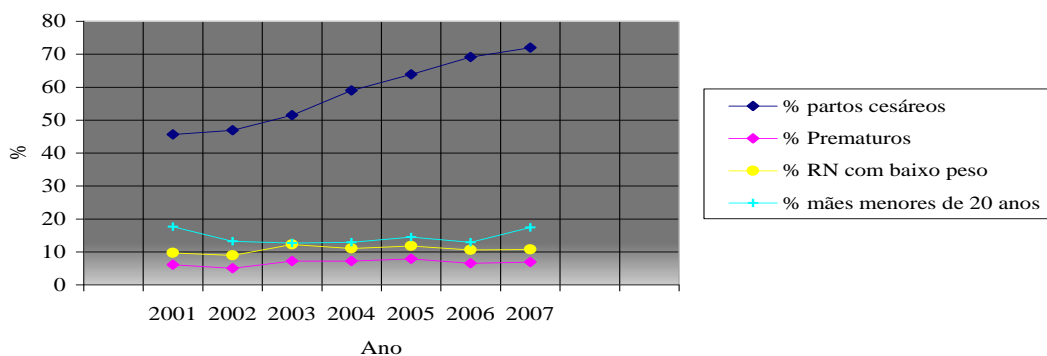
De acordo com Tanaka (1995), a possibilidade de se evitar a mortalidade materna está ligada diretamente à oportunidade e a qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério.

Como cita Laurenti (1998), as causas obstétricas diretas (complicações específicas do ciclo gravídico puerperal, como por exemplo, o descolamento prematuro da placenta e a hemorragia que a ela se segue, a hipertensão específica da gravidez; os traumatismos de parto, e as complicações do aborto) **são perfeitamente preveníveis por uma boa assistência do pré-natal e do parto**. As outras doenças que podem complicar a gestação e o parto, as obstétricas indiretas **podem ser controladas ou compensadas no pré-natal, quando há um bom acompanhamento dos casos** (grifo nosso).

No Brasil as principais causas de mortalidade infantil, são as afecções passíveis de prevenção, das quais destacam-se as patologias maternas (síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, infecções congênitas etc.) e, por fim, a asfixia perinatal. (CAVALCANTE, 2002:1).

No **Gráfico 01** é possível identificar a evolução do número de partos cesáreos, prematuros, RN com baixo peso e mães menores de 20 anos numa série histórica que abrange o período de 2001 a 2007.

Gráfico 01 – Evolução das condições de nascimento em Conselheiro Lafaiete entre 2001 e 2007.



Fontes: SINASC / Hospital Queluz – Conselheiro Lafaiete.

Pode-se observar no gráfico acima, o aumento expressivo de partos cesáreos entre os anos de 2001 e 2007 (de 45% dos partos totais em 2001, para 72% em 2007). Também se observa, que apesar dos avanços na área da saúde, alguns dos fatores de risco para o pré-natal se mantiveram ao longo destes anos, sofrendo pouca ou nenhuma alteração - como a porcentagem de gestantes menores de 20 anos e de RN prematuros e RN com baixo peso.

As tabelas e gráfico mostram que, apesar dos avanços na área da saúde e do aumento da cobertura pelas equipes de saúde da família em Conselheiro Lafaiete, os fatores de risco e complicações do ciclo gravídico – puerperal, não vem sofrendo reduções (se mantendo na maioria das vezes, e, em alguns casos, aumentando).

Os dados podem estar refletindo problemas na organização deste tipo de assistência, onde fica a cargo de cada Equipe de Saúde da Família a maneira como conduzirá o atendimento às suas clientes. Isto acaba por comprometer o principal objetivo, que acima de tudo é proporcionar uma gestação tranqüila e saudável, isenta ou com o mínimo de intercorrências possíveis e com o tratamento e acompanhamento necessários.

5.2. Sugestões para a sistematização da Assistência Pré-Natal para o Município de Conselheiro Lafaiete

Segundo Cardoso, Faria e Santos (2008:3) “[...] nossa atuação se faz a partir de modelos, ou seja, o nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções do que deve ser, e do que não deve ser, nos diferentes contextos e realidades”. No setor profissional, acontece da mesma forma. Nossas ações, técnicas, recursos e instrumentos utilizados condizem com uma idéia do que devemos ou não fazer em cada circunstância, de acordo com cada realidade.

Em nosso cotidiano profissional, na área da saúde, lidamos com situações de diferentes complexidades, que envolvem uma variedade de relações. Trabalhamos sob constante pressão por resultados, com recursos limitados e por vezes insuficientes, tendo que atender a grandes demandas, programas predefinidos e algumas intercorrências, em curtos espaços de tempo.

Assim, seja pela falta de tempo, excesso de atribuições ou até mesmo por comodismo, na maioria das vezes em nosso dia a dia, apenas seguimos realizando as ações da maneira como elas nos são apresentadas, guiados pelo senso comum, deixando de refletir sobre a forma com que agimos e sobre os resultados esperados e os alcançados. Dessa maneira corremos o risco de que nossas ações não sejam as mais apropriadas e tampouco eficazes para determinadas realidades e situações e, assim nem sempre atingir os resultados desejados. Especialmente na área da saúde, onde lidamos com seres humanos e suas necessidades individuais, assim como as de suas famílias e de toda uma comunidade, é de suma importância que tenhamos a nossa disposição recursos que nos permitam fazer as intervenções mais adequadas, visando a melhoria na qualidade do atendimento

Diante disso, surge a necessidade de as ESF's de Conselheiro Lafaiete refletirem melhor, de forma a avaliarem criticamente o trabalho que vem sendo realizado, em face dos resultados obtidos (apresentados neste trabalho), e a partir disso promoverem as transformações necessárias que os levem a melhorar as ações de forma a obter melhores resultados. As sugestões para a sistematização das ações de pré-natal têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante, algumas normatizações de procedimentos e condutas a serem realizados nas consultas de pré-natal.

Os protocolos definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde e são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade. Eles são a base legal

das condutas dos profissionais, além de serem de suma importância para a organização dos serviços de saúde e padronização de ações, de forma a melhorar a qualidade da assistência.

Sabendo das diferenças regionais, os protocolos vêm como instrumentos norteadores das ações, podendo (e devendo) sofrer adaptações de acordo com a realidade de cada USF.

Sendo assim, espera-se que esta análise possa contribuir também, para que as Equipes de Saúde da Família reflitam sobre a realidade da atenção pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete. Assim, a partir da reflexão sobre o seu processo de trabalho, espera-se que elas possam construir um protocolo de atendimento pré-natal voltado para a sua realidade e adaptável de acordo com as reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério.

O protocolo criado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em 2006, para assistência pré-natal, consiste numa proposta para educação permanente dos profissionais que prestam assistência às gestantes e puérperas nas equipes de saúde da família e nas maternidades, podendo ser útil como referência para a criação de um protocolo voltado para este grupo, no município de Conselheiro Lafaiete.

Dividido em partes: pré-natal, parto, puerpério, organização da assistência e sistema de informação; o protocolo criado pela SES-MG abrange os principais passos para assistência às gestantes de baixo e de alto risco, que vão desde o acolhimento, consultas, exames e procedimentos no pré-natal, condutas mais adequadas diante de intercorrências e doenças obstétricas, critérios para encaminhamentos, cuidados no pré-natal, parto e puerpério, assim como a prevenção do câncer de mama e uterino. Contém as atribuições de todos os profissionais envolvidos nessa assistência, nas unidades de saúde e nas maternidades, o fluxo da informação, os sistemas informatizados do Ministério da Saúde e os indicadores de processo e resultado, contribuindo para o planejamento das ações a serem realizadas e possibilitando uma avaliação do atendimento das gestantes e puérperas.

Cabe ressaltar que o emprego de todos os procedimentos contidos nos protocolos, por si só, não é suficiente para que os resultados esperados sejam alcançados. Cuidar de uma gestante envolve acima de tudo, o cuidado com a sua pessoa, sua história, conhecimentos, medos e necessidades, e a responsabilidade para com a criança que carrega. Requer comprometimento, sensibilidade e responsabilidade por parte dos profissionais.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo coletar, analisar e apresentar dados referentes à atenção pré-natal do município de Conselheiro Lafaiete que possibilitou uma análise da realidade desta assistência no município.

Verificou-se diferença entre o número de gestantes e o de exames de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde realizados, falta / ausência de registros de dados importantes nos cartões de pré-natal. Embora tenha havido avanços na área da saúde e no aumento da cobertura da população pelas equipes de saúde da família, alguns dos fatores de risco e complicações preveníveis do ciclo gravídico-puerperal, se mantiveram ao longo destes anos, sofrendo pouca ou nenhuma alteração (como a porcentagem de RN prematuros e RN com baixo peso). Observou-se também aumento de fatores de risco, como no caso do número de partos cesáreas e o número de gestantes menores de 20 anos, confirmando assim, a necessidade de reorganização da assistência ao pré-natal pelas Equipes de Saúde da Família.

Desta maneira, espera-se estimular uma reflexão crítica de todos os profissionais envolvidos, gestores e integrantes das equipes de saúde da família, e, a partir desta reflexão, que eles possam construir juntos, instrumentos (protocolos, por exemplo) que visem sistematizar este tipo de atendimento, garantindo assim uma assistência de qualidade - humanizada, uniforme e eficiente em todo o município.

Por se tratar de um tema complexo e abrangente há muitos estudos e ações ainda por fazer, entre eles, análises mais aprofundadas sobre as causas da não redução dos fatores de risco, assim como o que levou ao aumento da porcentagem de gestantes menores de 20 anos e ao aumento expressivo do número de partos cesáreas, entre outros.

7 – REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. de; JORGE, M. H. P. de M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, v. 32, n. 3: p.217-224, jun. 1998. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revista Prevenir*. v.33: p.77-86, 1997. *apud* SCATOLLIN, F.A.A. Qualidade de vida: A evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. v.8, n. 4: p.1-5, 2006.

BARROS FILHO, A. de A. **Influência de algumas variáveis no peso derecém-nascidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**. 1976. 120p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1976. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BÉHAGUE, D. P. *et al.* Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, v.324, n.20: p.942-945, apr 2002.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao Pré-Natal. **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher**. Belo Horizonte, 2008. 50p.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu; CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 1., 2004, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BORGES, A. L. V.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. **Perfil reprodutivo e escolaridade: estudo comparativo entre dois grupos de jovens no Município de São Paulo, 2000 e 2002**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu; CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 1., 2004, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BOYACIYAN, K. **Mortalidade Materna**. São Paulo: 2000. Disponível em: <http://latina.obgyn.net/portugues/default.asp?page=/portugues/articles/mortalidad>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 12p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. **Resolução. n.196/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré – natal: normas e manuais técnicos**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 62p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré – natal**. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS / GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: 2000b. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>> Acesso em: 17 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Brasília: 2000c. 10.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Projetos, Programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde: Editora: MS, 2004. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 163p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104p.

BRIGGS, D.C. **A auto-estima do seu filho**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2000.

_____, D.C. **Making a difference: indicators to improve children's environmental health**. World Health Organization: Geneva, 2003.

BUENO, F.S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. São Paulo: Editora LISA S/A, 1989. 730p.

CARDOSO, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde. Unidade Didática I, Módulo 3. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 81p.

COIMBRA L.C.; *et al.* Fatores Associados à Inadequação do Uso da Assistência Pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.37: n.4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102003000400010&script=sci_arttext> Acesso em: 05 jan. 2010.

DANIEL, L.F. **Atitudes Interpessoais em Enfermagem**. São Paulo: Ed. EPV, 1983. *apud* COSTA, M.S.; SOUSA, T.O. **Adesão ao Pré-Natal: A Reprodução de Um Conceito**. Dissertação (Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_07.pdf> Acesso em: 27 out. 2009.

DATASUS. **Informações de Saúde / Estatísticas Vitais**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>> Acesso em: 17 dez. 2009.

DATASUS. **Informações de Saúde / Indicadores e Dados Básicos / Indicadores de Cobertura** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#cober>> Acesso em: 07 set. 2009.

FORTES, S.S. **Registros nos cartões de pré-natal das gestantes do município de Conselheiro Lafaiete, atendidas no Hospital Queluz**. Informação Verbal. Coordenação da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Queluz. Conselheiro Lafaiete, 2009.

GALLETTA, M.A. 2000.a. **Como surgiu o pré-natal?** Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br/Palavra%20dos%20Especialistas/obst-10-00.htm>> Acesso em: 20 nov. 2009.

_____, M.A. 2000.b. **A importância do pré-natal**. Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br>> Acesso em : 05 dez. 2009.

GAMA, S. G., *et al.* Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1: p.74-80, Fev 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 27 dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Qualidade de Vida**. Brasília: IPEA, 1998. 49p.

KABIR, Z. Low birth weight: revisited. *Int J. Epidemiol*, v. 31, n. 5: p.1075. Oct, 2002 *apud* SEHN, C.P. *et al.* **Avaliação do Tipo de Parto e Peso ao Nascer Ee Crianças Inscritas no Programa de Puericultura da UBS da Vila Municipal/Pelotas-Rs** In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Faculdade de Agronomia Eliseu Maciel, 2007. p.4.

LAURENTI, R. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna. **Jornal Redesaúde**, v.15, p.3-4,1998.

_____; JORGE, M.H. de M.; GOTLIEB, S.L.D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MADI, J.M.; CHIARADIA, A.; LUNARDI, P.V. Gravidez na adolescência. A propósito de 46 casos. **J. Bras. Ginecol**, v.96, n.6: p.267-270, 1986.

MATAMALA, M.I. *et al.* **Calidad de la atencion, gênero: salud reprodutiva de las mujeres**. Santiago: COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 5. ed.. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002> Acesso em: 10 jan. 2010.

NEME, B. **Obstetricia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000 *apud* COSTA, M.S; SOUSA, T.O. **Adesão ao Pré-Natal: A Reprodução de Um Conceito**. Dissertação (Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_07.pdf> Acesso em: 18 out. 2009.

NOGUEIRA, R.P. **Metáforas da Qualidade**. **Saúde em Debate**, n. 47, p. 36-40, junho, 1995.

PAIVA, F. **Nutrição do Recém-Nascido Pré-Termo**. **Jornal O Rebate**, 2007. Disponível em: <<http://flaviapaiva-orebate.blogspot.com/2007/03/nutrio-do-recm-nascido-pr-termo.html>> Acesso em: 27 mar. 2010.

PANETH, N. S. The problem of low birth weight. **Future Child**, v.5, n. 1: p.19-34, 1995 *apud* SEHN, C.P. *et al.* **Avaliação do Tipo de Parto e Peso ao Nascer e Crianças Inscritas no Programa de Puericultura da UBS da Vila Municipal/Pelotas-Rs** In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Faculdade de Agronomia Eliseu Maciel, 2007. p.4.

PEIXOTO, S. **Pré-Natal**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2004. 1320 p.

POTTER, J. E.; *et al.* Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ**, v.323, n.17: p.1155-1158. Nov, 2001.

RODRIGUES, D.P. **Representação social de puérperas sobre o cuidado de enfermagem recebido no ciclo gravídico-puerperal** [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2005.

ROSSO, C.F.W. **Mortalidade neonatal em Goiânia: fatores prognósticos de recém-nascidos de risco**, 2003. 43p. Tese (Mestrado) Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia *apud* SEHN, C.P. *et al.* **Avaliação do Tipo de Parto e Peso ao Nascer Ee Crianças Inscritas no Programa de Puericultura da UBS da Vila Municipal/Pelotas-Rs** In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Faculdade de Agronomia Eliseu Maciel, 2007. p.4.

SILVA, E.L, MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. revisada e atualizada. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001. 121p.

SIMÕES, C. C. da S.; OLIVEIRA, L. A. P. de. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação de fecundidade: determinantes gerais e características da transição recente**. Rio de Janeiro: IBGE, 1988. 63 p. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

SIQUEIRA, A.A.F.; TANAKA, A.C.A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.20, n.4: p.274-279, 1986.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3. Natal set./dez. 2003.

SZYLIT, R.; SCWVARTZ, E. Preparo para maternidade através da estrutura de grupo. **Revista Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.18, n.3: 263–269, 1984 *apud* CÂMARA, M.F.B.; DAMÁSIO, V.F.; MUNARI, D.B. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Tgrupo.html> Acesso em: 15 dez. 2009.

TANAKA, A.C.A., **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995. 207p.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VITALLE, M.S.S; AMANCIO, O.M.S. **Gravidez na Adolescência**, São Paulo, 2001. Disponível em <<http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>> Acesso em: 13 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health aspects of the low birth weight**. Geneva, 1961.

YAZAKI, L. M. **Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição**. Estudos Avançados, São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados, v. 17, n. 49: p.65-86, set./dez. 2003. *apud* INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

ZHANG, B.; CHAN. A. Teenage Pregnancy in South Australia, 1986 - 1988. **Aust. N Z Obstet. Gynaecol.**, v.31, n.4: p.291-298, 1991.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 1. ed. Barueri: Editora Manole, 2007. 1248 p.