

PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL

WOMEN'S HEALTH PROGRAMS AND POLICIES: ASSESSMENT OF QUALITY OF
PRE-NATAL CARE

**ANNE JACOB DE SOUZA ARAÚJO¹; IANA TOSTA SANTANA²;
ATILA ARAUJO SENA²; ELIDA DE SOUZA BARRETO²**

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA. Docente da UNIJORGE, Bahia.

²Graduandos em enfermagem pela UNIJORGE, Bahia.

RESUMO

A assistência pré-natal deve assegurar o acompanhamento desde o início da gravidez, para garantir que ocorra o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Temos como objetivo fazer uma análise histórica da evolução da qualidade da atenção pré-natal diante dos programas e políticas adotados no país. Trata-se de um estudo bibliográfico baseado em artigos, programas e políticas e manuais referentes à saúde da mulher. Os artigos foram selecionados nas bases de dados: SciELO e BDEFN, utilizando descritores: Cuidado pré-natal, Saúde da Mulher Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher, Mortalidade Materna, Enfermagem. Foram selecionados os publicados entre os anos de 2010 a 2015, em português, e disponíveis na íntegra totalizando 20 artigos, e excluídos os repetidos e incompletos. Observou-se que as taxas de inadequações da assistência no Brasil são elevadas apesar de se ter conseguido atingir boa cobertura da atenção pré-natal, evidenciadas pelo baixo número da frequência de consultas, tempo despendido e orientações prestadas nas consultas, a não realização de exames preconizados pelo Ministério da Saúde, limitações nas informações lançadas no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Sugere-se uma adaptação das estratégias voltadas para o acompanhamento pré-natal como avaliação do teor das consultas, a realização dos exames preconizados, a busca ativa com tratamento adequado das doenças identificadas além da unificação dos sistemas de informações do SISPRENATAL e E-SUS como forma de garantir informações fidedignas e qualidade do serviço. O

enfermeiro é essencial nesse processo visto que integra a atenção básica, atuando diretamente no pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Saúde da Mulher. Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher. Mortalidade Materna. Enfermagem.

ABSTRACT

Prenatal care should ensure follow-up from the start of pregnancy to ensure the birth of a healthy child and maternal and neonatal well-being. We aim to make a historical analysis of the evolution of the quality of prenatal care in view of the programs and policies adopted in the country. This is a bibliographic study based on articles, programs and policies and manuals related to women's health. The articles were selected in the databases: SciELO and BDNF, using descriptors: Prenatal Care, Women's Health Quality of Health Care for Women, Maternal Mortality, Nursing. We selected those published between the years 2010 to 2015, in Portuguese, and available in full for a total of 20 articles, excluding repeated and incomplete articles. It was observed that the rates of inadequate care in Brazil are high despite the fact that good coverage of prenatal care has been achieved, evidenced by the low frequency of consultations, the time spent and the orientation of the consultations, the lack of examinations Recommended by the Ministry of Health, limitations on information released in the Pre-Natal Monitoring and Evaluation System (SISPRENATAL). It is suggested an adaptation of strategies aimed at prenatal follow-up as an evaluation of the content of the consultations, the accomplishment of the recommended tests, the active search with adequate treatment of the identified diseases besides the unification of the SISPRENATAL and E-SUS information systems as Reliable information and quality of service. The nurse is essential in this process since it integrates basic care, acting directly in prenatal care.

Key-words: Prenatalcare. Women's Health. QualityofWomen's Health Care. Maternal Mortality. Nursing.

INTRODUÇÃO

O pré-natal com qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente e atualizada de modo contínuo para que se possa seguir o objetivo da atenção pré-

natal e puerperal que é de acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal (COSTA *et al.*, 2010).

A assistência pré-natal adequada deve manter a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar com regulação, vaga e vinculação da gestante à maternidade, além da qualificação da assistência ao parto garantindo humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco, os quais são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013).

De acordo com o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério para que o pré-natal seja realizado adequadamente é necessário um conjunto de recursos, tais como: recursos humanos, área física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, apoio laboratorial, material para registro, processamento, análise dos dados e medicamentos, além disso, deve-se desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas pela Portaria nº 569/GM de 1 de junho de 2000 (SÃO PAULO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propicia assistência pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturado com ênfase na atenção básica à saúde, em especial a da saúde da família, tendo como objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando integralidade da atenção prestada (ALVES; AERTS, 2011).

Neste contexto, a enfermeira tem fundamental importância na assistência pré-natal, entretanto, só obterá êxito se estiver respaldado pelo senso de responsabilidade e compromisso. As atitudes de sensibilidade e afetividade demonstradas pela enfermeira desde o início do pré-natal, mediante a escuta dos problemas, observação das reações e o oferecimento de apoio, favorecerão a interação enfermeiro-gestante. Um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe integrada internamente e com os serviços que prestam cuidados na atenção secundária e terciária (BRASIL, 2011).

Vale salientar que a escuta sem preconceitos ou julgamentos, gera na mulher segurança, fazendo com que ela compartilhe sua intimidade, e sinta confiança nesse período até o parto, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável (COSTA *et al*, 2010). Essa escuta permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, dentre outras. Seu diagnóstico permite tomar medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida, ao detectar problemas fetais, como más formações, de forma a contribuir para a diminuição dos índices de mortalidade materna (BRASIL, 2006).

Apesar do investimento no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo na qual necessita de uma atenção qualificada no pré-natal podendo assim contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura (BRASIL, 2007).

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, e uma redução importante da mortalidade infantil nas últimas décadas, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Essas mortes ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, demonstrando assim comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2013). Nesse sentido é essencial a melhoria do acesso pré-natal, de forma a contribuir para a redução desses índices.

Trabalho de grande relevância para estudos em Saúde da Mulher sendo imprescindível o conhecimento sobre as Políticas Públicas de Saúde, sobretudo na área da atenção ao pré-natal de risco habitual.

Esse estudo se justifica pela necessidade de levantar as ações que contribuam para melhoria da atenção pré-natal, e pela emergência do tema nas discussões da assistência de enfermagem a despeito da necessidade do acompanhamento pré-natal de qualidade, assim como o desenvolvimento do parto

sem complicações. E nesse sentido dar visibilidade a problemática que tem repercussão direta na saúde da mulher.

Então delimitamos como objetivo: fazer uma análise histórica da evolução da qualidade da atenção pré-natal diante dos programas e políticas adotados no país.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva em que foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura.

Como fontes de dados foram utilizados documentos dos programas e políticas de atenção à saúde da mulher, e também os manuais do Ministério da Saúde que tratam da atenção à saúde da mulher. Para embasar a discussão sobre a realidade prática das ações propostas foram pesquisados artigos atuais relacionados a qualidade da atenção pré-natal.

Os artigos foram coletados nas bases de dados: SCIELO e BDNF, utilizando como descritores: Cuidado pré-natal; Saúde da Mulher; Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher; Mortalidade Materna.

Para seleção dos artigos foram considerados como critérios de inclusão: publicado de 2010 a 2015 disponíveis na íntegra em português o que se somou 20 artigos, e como critérios de exclusão: artigos que não atenderam a temática, repetidos e incompletos resultando em 16 artigos.

Foi feita uma análise descritiva onde foram utilizadas informações obtidas por meio de artigos, manuais, políticas e programas do ministério da saúde, para esse estudo.

Foram levadas em considerações as normas da ABNT, bem como as normas para citação (ABNT, 2002).

RESULTADOS

Os programas e políticas relativos à saúde da mulher foram utilizados amplamente na Saúde Pública no Brasil, sendo então considerados importantes para consolidação da assistência à mulher no país.

Por se tratar de ações verticalizadas e centralizadas, distanciou as medidas adotadas das reais necessidades dessa população. Por esse motivo, iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como: gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção

e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, que até então não eram contempladas (BRASIL, 2004).

Criado em 1974, o PMI (Programa Materno Infantil) tinha como característica importante a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. Diante desta centralização, o resultado foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher no qual preconizava ações de proteção a grupos de riscos e mais vulneráveis a adoecimentos, abrangendo apenas crianças e gestantes por meio das ações indiretas como cadastramento e controle reprodutivo além da assistência materna, o planejamento familiar e pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004).

No ano de 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com base nos argumentos trazidos pelo movimento feminista onde buscavam a garantia do direito à saúde da mulher em todos os seus aspectos e ciclo de vida, programa esse que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. O PAISM se configura um conjunto de diretrizes e princípios norteadores para reorganização da assistência à mulher, abordando como propostas a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 1984).

Outro Programa instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 foi o de Humanização no Pré-natal e Nascimento, subsidiado nas necessidades de atenção específica à gestante e puérpera, ao recém-nascido, considerando como prioridades: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país. Este programa está estruturado a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, no acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; na assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; direito do

recém-nascido à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Para subsidiar a atuação à saúde da mulher, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2004, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. Trata-se de uma reformulação do Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PAISM em 1983, e mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama. A PNAISM se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Uma das suas estratégias é a implementação dos testes rápidos diagnóstico do HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica, no intuito de promover um diagnóstico precoce desses agravos nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção, com vistas à redução das taxas de transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis congênita, bem como à redução de óbitos materno-infantis evitáveis (BRASIL, 2011).

DISCUSSÃO

A essência do trabalho do enfermeiro é o cuidado, que há tempos vem sendo incorporado à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, no qual vem passando de uma abordagem técnica para uma visão mais humanizada. Essa perspectiva de cuidado sofre influência dos antigos programas materno-infantis, quando a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Como forma de melhorar a assistência prestada às mulheres as estratégias como PHPN e REDE CEGONHA, trazem como princípios a integralidade do cuidado, a cobertura e acesso aos serviços e define os procedimentos mínimos que as gestantes devem receber durante o acompanhamento pré-natal estão sendo mais eficazes.

O PHPN foi elaborado a partir da necessidade de mudança no modelo assistencial onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador e o SISPRENATAL tendo como finalidade permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, sendo um sistema de informação do DATASUS, que determina o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada (BRASIL, 2000).

Esse acompanhamento à gestante se dá devido a Estratégia de Saúde da Família que segundo dados do Ministério da Saúde o atendimento pré-natal realizado na atenção básica aumentou em mais de 350% nos últimos 10 anos (MENDOZA-ASSIS *et al*, 2011).

No Brasil para que se tenha adequação da atenção pré-natal é preciso que esteja relacionada à cobertura e acesso, início precoce e número mínimo de consultas, diagnósticos e exames básicos, informações recebidas no momento das consultas, acompanhamento com o mesmo profissional, orientação e vinculação com maternidade de referência para o parto, registros dos atendimentos (VIELLAS *et al*, 2014).

Ouve um aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, a despeito da qualidade, com elevado nível de inadequação que se destaca a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas. Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (NUNES, 2016).

Percebe-se que existe dificuldade do acesso em algumas regiões e áreas do país, relacionados à qualidade da atenção prestada, mas os indicados com valores elevados em algumas regiões do país confirmam que conseguiram alcançar o objetivo no que diz respeito ao acesso principalmente de mulheres de diferentes

características demográficas, sociais e reprodutivas. Contudo, a adequação dessa assistência é ainda baixa visto que uma média de 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional, e apenas 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto (CEZAR, 2012).

Utilizando-se a recomendação atual da Rede Cegonha, de que o início do pré-natal seja realizado até a 12ª semana gestacional, o início precoce se reduz para 60,6%. Quando outros parâmetros são incluídos, como a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento, verificou-se que menos de 10% das gestantes receberam os procedimentos recomendados (DOMINGUES *et al*, 2012).

O sistema de informações sobre o pré-natal através dos indicadores de mortalidade materna e de qualidade de assistência, apontados pelo SISPRENATAL nos mostram o retrato da assistência prestada, que melhor indica a situação da condição feminina, além de revela crescimento nos números de atendimento prestados, mas não do tipo de assistência está sendo realizada. Portanto, há necessidade de avaliações intermitentes, com o objetivo de melhorar a qualidade dessa atenção, garantindo melhores resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2011).

Estudos nacionais têm comprovado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade, barreiras de acesso, dificuldade para o diagnóstico da gravidez, não ter sido acompanhadas pelo mesmo profissional ao longo da gestação (COSTA, 2010; DOMINGUES, 2012; HANDELL *et al*.2014).

Temos também como falha dessa assistência a falta de referência e de contrareferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal. Além da desvinculação entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (GUERREIRO *et al*, 2012; VIELLAS, 2014; NUNES, 2016).

Assim, a baixa taxa de adequação do processo pré-natal pode ter resultado em desfechos indesejáveis como nascimento de crianças prematuras e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal. Por meio das recomendações que compõem o PHPN e a Rede Cegonha é possível atingir a qualidade da assistência pré-natal nos serviços do SUS (MARTINELLI *et al*, 2014).

Apesar das mudanças que já foram implementadas nas políticas de saúde à mulher, que contribuíram para alterar a visão reducionista numa visão ampla que contemplasse outros fatores da saúde da mulher, ainda é necessário melhorar a qualidade dessa atenção, adequando a assistência prestada de acordo com as mudanças da sociedade e descobertas científicas, e ao conteúdo mínimo preconizado pelo PHPN/ Rede Cegonha para que seja possível reduzir os índices de morbimortalidade existentes.

É perceptível que a qualidade da atenção pré-natal nas regiões brasileiras está sendo inadequada por isso essa assistência não pode se limitar apenas aos procedimentos realizados dentro do consultório, mas direcionar as ações simples como orientações, palestras, encontros com as gestantes quanto procedimentos realizados na consulta de pré-natal de risco habitual, com a solicitação e avaliação dos exames, acompanhamento integral realizada pelo médico ou pelo enfermeiro de acordo com o determinado no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde.

Ainda conforme o Ministério da Saúde a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2006).

Enfatizamos a importância da realização do pré-natal e do enfermeiro, para o bem estar da gestante e do feto, visto que a qualidade da assistência prestada durante as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro pode reduzir os índices de mortalidade maternos e infantis, assim como as enfermidades relacionadas à gestação e, a transmissão vertical de possíveis agravos durante o período gestacional (BARBOSA *et al*, 2011).

A importância da consulta de enfermagem se caracteriza como um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privado e independente. No qual cabe ao enfermeiro mostrar à população a importância do acompanhamento de

gestantes na promoção da saúde, prevenção e tratamento de seus agravos durante e após a gravidez e, informa-la dos serviços disponíveis (MARQUES, 2011; BARBOSA *et al*, 2011).

CONCLUSÕES

A evolução dos programas e políticas da Saúde da Mulher formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher.

Merecendo assim total atenção quanto às mudanças ocorridas que favoreceu a qualidade dessa atenção após os programas e políticas adotados no país a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos,

Nessa perspectiva, a adequação da assistência pré-natal tem sido avaliada há décadas por meio de indicadores com base no número de consultas realizadas e nas semanas de gestação no início do pré-natal. Todavia, não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número.

No entanto, cabe ressaltar que a qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente.

Diante disso, foi evidenciado que a atenção pré-natal do Brasil da última década esta carecendo de melhorias em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa.

Conclui-se que os aspectos identificados quanto a inadequação dos serviços de saúde revelam ser excelentes ferramentas para a análise de condições relacionadas à qualidade da assistência pré-natal. Assim, contribuem como instrumento para estudos futuros relacionados à implementação de novas ações,

políticas e estratégias que promovam a melhoria dos serviços de assistência à gestante.

É preciso que o enfermeiro seja visto e valorizado pela sociedade como um profissional apto e capaz de realizar o pré-natal de forma segura, acolhedora e eficaz. O enfermeiro é o profissional mais habilitado e de mais fácil acesso as mulheres no acompanhamento gestacional, devendo acolher não só a gestante, mas ao contexto familiar e social em que a mesma está inserida, prestando, uma assistência integral e qualificada proporcionando assim uma gravidez tranquila à mulher e nascimento de um bebê saudável.

REFERÊNCIAS

ALVES, GG; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, jan, 2011.

BARBOSA, TLA *et al.* O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.** v.16, n. 1, p. 29-35. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3a ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 66p. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 240p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**.

3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 104 p. 2007. [2016]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna_M.pd.f. Acesso em: 29 nov. 2016.

CESAR, Juraci *et al.* Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/10.pdf>

COSTA, GRC. *et al.* Caracterização da cobertura Pré-Natal no estado do Maranhão, Brasil. **Rev. BrasEnferm.** Brasília, v.36, n.6, novembro de 2010.

DOMINGUES, RMSM *et al.* Validação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n. 03, p.425-37, março de 2012.

GUERREIRO, EM *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **ReME – Rev. Min. Enferm.** v.16, n.3, p.315-323, jul./set., 2012.

HANDELL, I.B.S, *et al.* Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.101-110, jan-mar 2014.

MARTINELLI, KG *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **RevBrasGinecol Obstet.** v.36, n.2, p.56-64.2014.

MENDONZA-ASSIS, RA *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4. p.787-796, Abr. 2011.

MARQUES, AGB. **Característica das gestantes atendidas em consulta de Enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas.** Porto Alegre, 2011.

NUNES, JT *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 252-261. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

VIELLAS, EF *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30 Sup: S85-S100, 2014.