

Assistência pré-natal: cuidados executados e opinião da usuária do SUS

Mariel Tobal Justo¹

Flavia Danielle Rubim de Toledo²

Beatriz Barco Tavares³

Resumo

O pré-natal de qualidade se reflete na redução da morbimortalidade materna e perinatal. Os objetivos deste estudo foram identificar os cuidados prestados às gestantes no pré-natal e suas opiniões sobre esse atendimento. É um estudo quantitativo, prospectivo e descritivo. Participaram 169 puérperas atendidas em um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo, de julho a setembro de 2008. Os dados foram coletados da carteira do pré-natal e em uma entrevista, e transcritos em uma planilha de Excel 2003. Foram analisados a média e o desvio padrão, e foi comparada a presença de dúvidas das gestantes com o Teste Qui-Quadrado e o Teste Kruskal-Wallis, cujo nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Constatou-se que 24,9% eram adolescentes; 87,0% tinham companheiros; 100% realizaram o pré-natal; 80,4% iniciaram no 1º trimestre e, dessas, 78,0% compareceram a seis ou mais consultas e 86,3% fizeram os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN; 77,2% não participaram de grupo de gestantes; 78,1% tinham dúvidas que não conseguiram sanar; 43,2% sugeriram que a equipe de saúde deve prestar melhor atendimento com mais atenção. Concluiu-se que essa assistência de pré-natal está dentro do determinado no PHPN, porém a educação da gestante, que é um dos objetivos do programa, foi falha, pois as mulheres não conseguiram sanar suas dúvidas durante o pré-natal, nem participaram de grupo de gestantes. Ainda, relataram a necessidade de maior atenção no momento da consulta. É necessário, portanto, intensificar a educação no pré-natal. Assim, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, deve estar atento às necessidades das gestantes.

Palavras-chave: Pré-natal – Assistência – Programa de humanização no pré-natal e nascimento – Gestantes – Brasil.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende todas as medidas que o profissional de saúde impõe ou recomenda à mulher durante a gestação e visa à estruturação completa e saudável do conceito, à proteção, à manutenção

ou à melhora das condições de saúde materna no ciclo grávido puerperal^{1,2}.

Dessa forma, um dos objetivos do pré-natal é a redução da morbimortalidade materna e perinatal, com acompanhamento precoce da gestante, cobertura universal, ser periódico, integrado com as demais ações preventivas e curativas e com, no mínimo, seis consultas^{2,3}. O

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP.

² Enfermeira formada pela FAMERP.

³ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP.

Correspondência para / Correspondence to:

Maria Tobal Justo

Avenida Bady Bassit, 4270, apt:13.

15025-000 São José do Rio Preto- São Paulo- Brasil.

Tel: (17) 3242-8252; (17) 9776-3342.

E-mail: Mariel_famerp@yahoo.com.br

acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestante, a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir, o vínculo com a mulher e sua família para vivenciarem com autonomia e segurança essa fase, devem ser conseguidos com, pelo menos, seis consultas²⁻⁴.

O planejamento dessa assistência de forma institucional é um dos indicadores da qualidade de saúde da mulher no processo reprodutivo, além de envolver uma série de fatores que podem ser ligados à própria mulher, ou mesmo ligados às organizações que oferecem serviços de saúde, entre outros^{5,6}.

Consoante esses fatores, a assistência de pré-natal deveria concentrar-se no bem estar das mulheres e de suas famílias, promovendo-lhes a educação sobre o autocuidado e o cuidado do recém-nascido. A progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação prepara a mulher para uma atitude ativa. Ela não aceita somente o que lhe é oferecido em detrimento dos seus direitos, o que resulta em um atendimento de melhor qualidade^{6,7}.

A melhora da qualidade dessa assistência depende da atuação de uma equipe de profissionais de saúde, pois as práticas benéficas devem ser desenvolvidas não só pelo médico obstetra, mas por outros profissionais, tais como o enfermeiro e o enfermeiro obstétrico. No Brasil, a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro indica esse profissional é apto a realizar as consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestante de baixo risco obstétrico^{8,9}.

Nesse contexto, constata-se que a realização da consulta de enfermagem, no atendimento pré-natal, constitui um dos grandes recursos para a contribuição da expansão da cobertura assistencial às gestantes, que deve seguir os princípios da educação em saúde, valorizando a integralidade da assistência à mulher¹⁰.

O Brasil é um “continente” de diversas realidades socioeconômicas e, para atender a todas as suas mulheres com qualidade, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cuja finalidade é reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, com

uma assistência de qualidade, preconizando um início do pré-natal mais precoce, com, no mínimo, seis consultas e uma série de exames laboratoriais, além de vacinação antitetânica. Essa portaria sofreu algumas adaptações promovidas pelas Portarias GM/MS nº. 569/GM 2002, nº. 1.067/GM 2005, com ampliação do acesso ao pré-natal e critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto³.

O PHPN assegura que toda gestante tem o direito a um atendimento digno e de qualidade no decorrer do seu ciclo gravídico puerperal, realizado de forma humanizada, que garanta o conhecimento da maternidade em que será atendida no momento do parto, além de o recém-nascido ter direito à assistência neonatal³.

Para avaliar a evolução desse programa, o governo desenvolveu um software, o SISPRENATAL, para o acompanhamento das gestantes inseridas no PHPN, que analisa o número de consultas no pré-natal, inclusive o retorno puerperal, os exames solicitados e a vacinação antitetânica. Constatou-se, em 2002, que apenas 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o conteúdo mínimo de ações aconselhadas pelo Programa e que apenas 9,43% compareceram às seis consultas de pré-natal e à consulta de puerpério. Os dados também ressaltaram que a atenção no puerpério não estava consolidada nos serviços de saúde, pois as mulheres retornavam no primeiro mês após o parto, apenas preocupadas com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não receberam informações suficientes durante o pré-natal, para compreenderem a importância da consulta puerperal^{11,12}.

Desse modo, a discussão de propostas relacionadas à assistência pré-natal permanece atual e é ainda campo fértil para estudos e análises tanto quantitativas quanto qualitativas, bem como de avaliações operacionais¹⁰. As avaliações através do SISPRENATAL são apenas estatísticas, ainda não são suficientes para avaliar a assistência pré-natal⁵.

Diante disso, e com a intenção de conhecer a assistência pré-natal das mulheres

que deram à luz em São José do Rio Preto (SP), este estudo tem os seguintes objetivos: identificar a assistência pré-natal oferecida pelo SUS entre as mulheres que deram à luz no Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP) e saber suas opiniões sobre esse atendimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo e descritivo na Unidade de Obstetrícia de um hospital de ensino de grande porte, de São José do Rio Preto, no noroeste do Estado de São Paulo. A instituição é referência no atendimento às mulheres do Departamento Regional de Saúde XV (DRSXV), possuindo 39 leitos obstétricos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta pesquisa, seguindo as normas do CNS 196/96, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – autarquia estadual (FAMERP), com o protocolo de pesquisa nº 1236/2008.

A amostra foi aleatória, com 169 puérperas que deram à luz no hospital acima referido, nos meses de julho a setembro de 2008. As entrevistas aconteceram de segunda a sexta-feira, alternadamente, um dia de manhã e outro à tarde, de acordo com a disponibilidade de tempo da pesquisadora. Para inclusão, as mulheres atenderam aos seguintes critérios: ser puérpera, há mais de 6 horas; aceitar por escrito participar da pesquisa, através da assinatura no termo de consentimento livre esclarecido.

Os dados foram coletados com um instrumento específico, constituído das seguintes partes: I) dados de identificação, II) dados obstétricos e III) dados do pré-natal. A coleta de informações aconteceu no período de julho a setembro de 2008. Primeiramente, foram registradas as anotações da carteirinha do pré-natal (início do pré-natal, número de consultas, exames realizados) e, na segunda etapa, realizou-se uma entrevista individual.

Esses dados foram transcritos para uma planilha elaborada na versão Excel 2003 e agrupados por sua especificidade, analisados e

apresentados, na forma descritiva, com números absolutos e percentuais, tabelas e gráficos para melhor visualização. Foram analisados a Média e o Desvio Padrão das seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, número de residentes, número de consultas do pré-natal, tempo para agendar a primeira consulta, tempo de espera para consulta, tempo da consulta, paridade e as notas quanto ao atendimento médico e dos funcionários da unidade de saúde.

Para a análise dos dados, comparou-se a presença de dúvidas das gestantes com as seguintes variáveis: o início do pré-natal, a participação de grupos de gestantes, o ano de escolaridade, com o Teste Qui-Quadrado; e, para a faixa etária, o número de paridade e o número de consultas no pré-natal, realizou-se o Teste do Kruskal-Wallis, com a adoção do nível de significância de $p < 0,05$ para todos os testes.

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas das puérperas, encontrou-se que: apresentaram idade entre 13 a 45 anos, com média de 24,6, desvio padrão de 6,5; e 24,9% eram adolescentes; 87,0% tinham companheiro; 32,0% possuíam o ensino fundamental incompleto, o ano de escolaridade foi de 1 a 14 anos, com média de 8,8 e desvio de 2,9; a atividade não-remunerada, ou seja, do lar, representou 68%; a renda familiar de 55,1% era de 2 a 4 salários mínimos; e 54,4% residiam com 3 a 4 pessoas, embora o número de residentes variasse de 3 a 11 pessoas, com média de 4,5 e desvio padrão de 1,4 (Tabela 1).

Nos resultados obstétricos, constatou-se que as mulheres tiveram 1 a 6 partos, com média de 2,2 e desvio padrão de 1,2; as primíparas representaram 36,7%. Detectou-se que 16,0% das mulheres tiveram abortos e, dessas, 81,4% sofreram 1 aborto, e ainda 3,8% tiveram 3 abortos. Quanto ao tipo de parto, verificou-se que a taxa de cesárea foi de 63,9%.

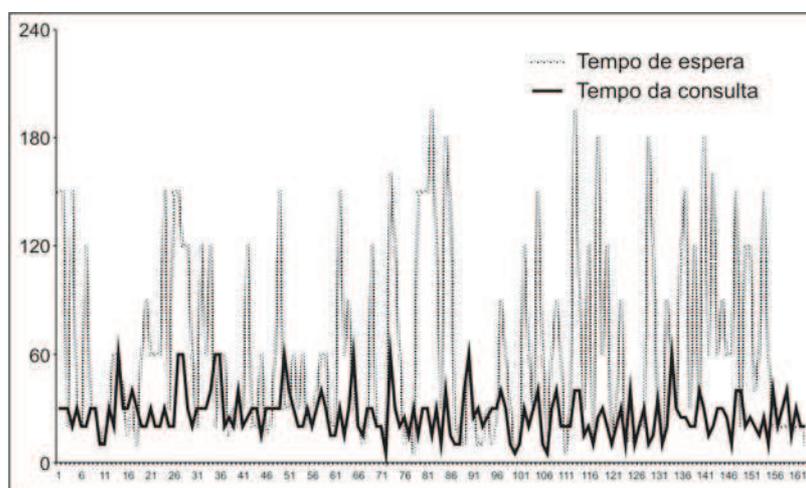
Nessa gestação, a primeira consulta do pré-natal foi agendada pessoalmente na unidade básica de saúde para 97,0% das

Tabela 1. Distribuição das puérperas, segundo suas características sociodemográficas, São José do Rio Preto, 2008.

Características	N	%	Média/desvio padrão
Faixa Etária (anos)			
Até 19	42	24,9	24,6 6,5
20 a 25	65	38,5	
26 a 30	30	17,7	
31 ou mais	32	18,9	
Estado conjugal			
Com companheiro	147	87,0	
Sem companheiro	22	23,0	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	54	32,0	8,8 2,9
Fundamental completo	19	11,3	
Médio incompleto	27	15,9	
Médio completo	42	24,9	
Superior	27	15,9	
Ocupação			
Atividade remunerada	54	32,0	
Atividade não remunerada	115	68,0	
Renda Familiar			
Até 1 SM	44	26,0	
2 a 4 SM	93	55,1	
5 a 7 SM	32	18,9	
Residentes			
3 a 4	92	54,4	4,5 1,4
5 a 6	63	37,3	
7 ou mais	14	8,3	
Total	169	100,0	

Nota: SM= salário mínimo; só foi referido até 7 SM.

Figura 1. Apresentação do tempo de espera e o tempo da consulta de pré-natal.



mulheres, e 3,0% via telefone. O tempo de demora para essa consulta foi de 1 a 60 dias, com média de 12,8 e desvio padrão de 11,8 dias, porém 49,7% conseguiram agendar até 7 dias após a confirmação da gravidez pelo exame de sangue da dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β hCG). A cobertura da assistência pré-natal foi de 100%, com início no primeiro trimestre de 80,4% das mulheres. O número de consultas de pré-natal foi de 1 a 15, com média de 7,7 e desvio padrão de 2,6; ressaltando-se que 78,0% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas. O tempo de espera para a consulta ficou entre 5 a 195 minutos, ou seja, 3 horas e 25 minutos, com média de 62,8 minutos, desvio padrão de 52 minutos. Entretanto, o tempo da consulta ficou entre 5 a 60 minutos, com a média de 26,5 minutos, e desvio padrão de 12,2 minutos (Figura 1).

Identificou-se que em todas as consultas de pré-natal realizaram-se os seguintes procedimentos: aferir a pressão arterial, medir altura uterina, auscultar o batimento cardíaco fetal, identificar os movimentos fetais e pesar. Ainda, verificou-se que em 86,3% das mulheres foram feitos os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde no PHPN no início do pré-natal. No terceiro trimestre de gestação, a realização dos exames diminuiu para 79,2% das gestantes. Todas fizeram, pelo menos, uma ultrassonografia.

Chama a atenção que 77,2% das mulheres não participaram de atividades educativas de grupo de gestantes e 78,1% tiveram dúvidas que não conseguiram sanar durante o pré-natal. Não se encontrou evidências estatísticas ao analisar a variável “da presença de dúvida” com as variáveis do número de gestação, do início do pré-natal, da participação em grupos de gestante, do número de consultas no pré-natal e da escolaridade.

O não comparecimento nas consultas do pré-natal representou 15,9%, destas os motivos foram de esquecer a data marcada e/ou estar sem vontade de ir para 37,0% das

puérperas; e a presença de dor, em 27,0%. Ainda, 10,9% se referiram à dificuldade para frequentar o pré-natal devido à falta de transporte e/ou à distância da residência com a unidade de saúde.

Durante a gestação, as intercorrências diagnosticadas foram: 19,7% infecção urinária; 19,1% hipertensão; 8,7% sangramento vaginal; 7,4% anemia; 5,0% diabetes gestacional; e, ainda, 1,2% toxoplasmose.

Na avaliação do atendimento da consulta médica, a média da nota foi 8,5 com desvio padrão de 2,0, e para os funcionários da unidade foi 8,7 com desvio padrão de 1,8. Entretanto, 50,3% das puérperas salientaram a melhoria na assistência pré-natal; destas, 43,2% sugeriram que a equipe de saúde deveria atender melhor e dar mais atenção à gestante; 42,0% gostariam que diminuísse o tempo de espera da consulta; e, ainda, 5,7% se referiram ao melhoramento da infraestrutura da unidade de saúde e dos equipamentos para o atendimento.

DISCUSSÃO

A presença de gravidez em adolescentes indica a necessidade de maiores estratégias de planejamento familiar para esta faixa etária¹³. Quanto à escolaridade, a porcentagem de gestantes que não possuíam o ensino fundamental completo foi inferior ao de outra população. Este dado, muitas vezes, é um indicador de condição social, pois quanto maior o grau de instrução, mais fácil o acesso ao emprego e, conseqüentemente, melhoria na condição socioeconômica da família^{14,15}.

Ainda em relação às condições socioeconômicas, verificou-se que a maioria das gestantes não possuía atividade remunerada e a renda familiar variava de 2 a 4 salários mínimos, o que influencia na qualidade de suas vidas e na de seus filhos¹⁴.

O índice elevado da taxa de cesárea nesta região foi e até hoje é tema de vários

estudos, pois sempre apresenta índice acima da média; em 2008, foi de 78,7%, segundo a Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto. A tendência nos índices de cesárea reafirma o uso abusivo da tecnologia associado à realização de procedimentos desnecessários, à precariedade na qualidade da assistência pré-natal e parto e à deficiência da formação e qualificação dos profissionais¹⁵.

Ao avaliar os números das consultas de pré-natal, início do pré-natal, exames realizados, os índices são elevados, demonstrando uma grande cobertura neste período e atendendo ao PHPN, próximo ao encontrado em outros estudos já que são preconizadas, no mínimo, 6 consultas pré-natais^{13,16-18}.

O número de consultas do pré-natal é um índice de qualidade da assistência à gestante, pois os vários fatores que levam à prematuridade, ao número de nascidos com baixo peso e aos óbitos, por afecções do período perinatal, poderiam ser evitados com um acompanhamento satisfatório, nesta fase^{15,16,18}.

Os exames de rotina, assim como o número de consultas, oferecem subsídios para o rastreamento das gestações de alto risco, criando suportes para ações específicas à gestante e ao feto¹⁶.

Apesar da ampla cobertura, ainda é necessário melhorar o fluxo de atendimento, para diminuir o tempo de espera da consulta e propiciar um aumento no tempo da consulta, visando aos princípios de humanização do pré-natal quanto ao direito de acesso ao atendimento digno e de qualidade nas gestações¹⁴. O tempo de duração da consulta médica refere-se ao fato das ações de saúde no serviço público serem consideradas, por muitos profissionais, uma atividade secundária, de forma que os médicos priorizam principalmente a produtividade em detrimento da qualidade, em muitas situações impostas pela administração dos serviços¹⁴.

Mesmo com estas dificuldades, as mulheres avaliaram bem o atendimento dos médicos e dos funcionários na Unidade Básica de Saúde, com notas altas. Porém, há várias

queixas como as descritas nos resultados e as opiniões de melhora são semelhantes a outras populações, já que as gestantes mencionaram uma atenção mais humanizada e individualizada por parte dos profissionais da saúde; atenção esta que é preconizada pelo PHPN^{14,19}.

As maiorias das mulheres referiram ter dúvidas que não conseguiram sanar durante o pré-natal. As incertezas durante a gestação são uma constância, já que a mulher está em um processo de transformação, mas, estatisticamente, não houve diferenças entre as variáveis analisadas. Entretanto, na assistência do pré-natal de qualidade tem que haver profissionais que garantam a cada gestante uma escuta ativa, ou seja, ouvi-la diminuindo suas dúvidas, um espaço para expressar medos, dúvidas e sentimentos que vão contribuir no seu preparo para a maternidade^{13,20}.

CONCLUSÃO

A constante avaliação dos serviços de saúde contribui para melhoria do atendimento. Esta avaliação não deve ser somente em números, pois os resultados encontrados descreveram um modelo de assistência adequado ao PHPN, quando observado o início do pré-natal, o número de consultas e os exames realizados. Todavia, quando analisado o tempo de consulta e as constantes dúvidas das gestantes, percebeu-se que é necessário intensificar a educação no pré-natal. Há a necessidade de uma maior atenção no momento da consulta e um melhor acolhimento dos profissionais de saúde da unidade, o que não está acontecendo, violando um dos princípios do pré-natal: receber bem a mulher.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, precisa acolher bem as mulheres e estar atento às suas necessidades, sabendo que o processo da gestação necessita de uma educação constante, que irá repercutir no bom resultado materno e perinatal.

Prenatal Assistance: the care performed and the SUS user's opinion

Abstract

The result of good prenatal care is the reduction of maternal and perinatal morbidity. This study objectives were to identify the care provided to pregnant women in the prenatal care and their opinion about this service. This is a quantitative, prospective and descriptive study performed with 169 mothers who have recently given birth in a school hospital in São José do Rio Preto in the state of Sao Paulo, from July to September 2008. Data were collected from the prenatal care portfolio and an interview transcribed into an Excel 2003 spreadsheet, analyzed the average and standard deviation, and compared the questions of pregnant women by means of the Chi square test and the Kruskal –Wallis test. The level considered of significance was $p < 0.05$. It was found that 24.9% were teenagers, 87.0% had a partner; 100% had prenatal care, 80.4% started it in the first quarter, 78.0% had six or more appointments and 86.3% the laboratory tests recommended by PHPN; 77.2% did not participate in the groups of pregnant women; 78.1% had issues that could not be solved; 43.2% suggested that the health care team should provide better service with more attention. It can be concluded that the prenatal care is within that determined in the PHPN, but mother's education, one of the main objectives of the program, presented failure, since the women were unable to clarify their doubts during the prenatal period, and did not participate in a pregnant women group. Also, the need of better attention at the time of consultation was observed. It is necessary to intensify education in the prenatal care. Thus, health professionals, mainly nurse must be aware of these pregnant women's needs.

Keywords: Prenatal assistance – Humanization program during prenatal and delivery – Pregnant women – Brazil.

REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Cartilha de informação para gestores e técnicos**. Disponível em: <http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha_informacoes_gestores_e_tecnicos.doc>. Acesso em: 13 nov. 2006.

2 GRANGEIRO, R.G.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **R. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.105-111, 2008.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2005. (Manual Técnico)

4 TOUGH, S.C.; SIEVER, J.E.; JOHNSTON, D.W. Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning. **BMC Public Health**, London, v.7, p.148, 2007.

5 CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEGA, C.E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **R. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.310-315, maio 2006.

6 NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P. Prenatal care quality indexes health services in Salvador, Bahia. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.20, n.3, p.311-315, 2007.

7 VONDERHEID, S.C.; NORR, K.F.; HANDLER, A.S. Prenatal health promotion content and health behaviors. **West. J. Nurs. Res.**, Beverly Hills, v.29, n.3, p.258- 283, 2007.

8 GAY, J. et al. **What works: a policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions: Module 1: Safe motherhood..** Washington, DC, 2003. Disponível em: <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksp2.pdf>. Acesso em: 23 maio 2006.

- 9 NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.87-92, 2006.
- 10 PENNA, L.H.G.; CORREIA, L.M. Projeto de extensão universitária: a enfermagem obstétrica no atendimento pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.253-259, 2006.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. **O SISPRENATAL**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.php?area=2311A1B0C0D0E0F2311G852HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.
- 13 VOLPATO, E.S.; BRAUN, A.; PEGORIM, M.R. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v.38, n.1, p.49-54, 2009.
- 14 SALVADOR, C.B.; SOUZA, C.C. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **R. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.3, p.167-174, 2008.
- 15 SILVA, F.G.; PELLOSO, M.S. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **R. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.1, p.95-102, 2009.
- 16 PARADA, L.G.M.C. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **R. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife**, v.8, n.11, p.113-124, jan./mar. 2008.
- 17 RASIA, B.R.C.I.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **R. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.8, n.4, p.401-410, out./dez. 2008.
- 18 GONÇALVES, R.; URASAKI, M.B.M. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **R. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.61, n.3, p.349-353, maio/jun. 2008.
- 19 ALMEIDA, L.A.C.; TANAKA, Y.O. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v.43, n.1, p.98-104, 2009.
- 20 JUNCKES, M.J.; GUESSER, C.J. Grupo de gestante e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhamento/Pai no processo de nascimento. **Extensio: R. Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 6, n.7, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/10918/10485>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

Auxílio Financeiro: Bolsa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ SP (BIC/FAMERP).

Recebido em / *Received:* 21/10/2009
Aceito em / *Accepted:* 28/12/2009