

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA, JOAÇABA, SC¹

Naiane Ribeiro Prandini*
Karine Fontana Maciel**
Maria do Carmo Vicensi***

RESUMO

O objetivo com este estudo foi identificar o perfil das gestantes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. Pesquisa de caráter descritivo-exploratório e quantitativo, realizada por meio de entrevista semiestruturada, em que foram abordadas 27 gestantes atendidas pela referida maternidade entre os meses de julho e agosto de 2011. Entre os resultados, verificou-se que 48,1% das gestantes têm idade entre 20 e 30 anos; 55,6% das gestantes não haviam planejado a gravidez. O início do pré-natal ocorreu no primeiro trimestre em 85,2% das entrevistadas; 53,8% realizaram seis consultas de pré-natal; 60,5% das gestantes realizaram os exames do primeiro trimestre e 26,3% realizaram os exames do terceiro trimestre. O percentual de início do pré-natal ainda no primeiro trimestre foi elevado, indicando a cobertura oferecida às gestantes pelas unidades básicas de saúde. Apesar disso, o percentual de exames realizados no terceiro trimestre apresentou-se baixo. Talvez a instituição de consulta de enfermagem gestacional nas unidades básicas de saúde possa facilitar o acompanhamento da gestante, uma vez que se torna um processo multi e interprofissional. Novos estudos podem ser realizados em cada município delimitando-se mais a clientela e facilitando-se o desenvolvimento de ações de aprimoramento das atividades já realizadas, em caso de necessidade.

Palavras-chave: Gestantes. Saúde da mulher. Perfil de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A atenção ao processo gravídico-puerperal evoluiu ao longo dos anos. No Brasil foram lançados programas públicos nessa área com o intuito de nortear o cuidado prestado; entre eles cita-se o Sis prenatal implantado em 1984 pelo Ministério da Saúde, que busca melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). O Sis prenatal deve ser utilizado por todos os municípios que aderem ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Dessa forma, as gestantes que estiverem em acompanhamento pré-natal são cadastradas e acompanhadas pelos profissionais de saúde, que realizam consultas, exames no primeiro e no último trimestre gestacional e preparam a gestante para o parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [20--], p. 3).

A assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal pode ser prestada em unidades de saúde como a Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e outros dispositivos da rede, como a maternidade.

Para tanto, é importante conhecer o perfil das gestantes acompanhadas nos serviços de saúde para o planejamento das ações de enfermagem, bem como a avaliação das ações propostas pelo Ministério da Saúde. É necessário ressaltar que a realidade de dado local nem sempre se aplica a outro, sendo, por isso, relevante o estudo específico para cada vivência.

* Graduado em Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, naia-ribeiro@hotmail.com

** Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná; Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí; kaenfermeira@yahoo.com.br

*** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Conestado; Coordenadora da Comissão de Ética do Coren, SC; maria.vicensi@unoesc.edu.br

Considerando-se essas questões, com a seguinte pesquisa se visou conhecer o perfil das gestantes atendidas pela maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha, pois se acredita que conhecer o perfil destas norteará as ações de enfermagem ao possibilitar avaliação de fatores de relevância para o atendimento tanto na maternidade quanto na unidade de saúde do município.

2 MÉTODO DE PESQUISA

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa. A amostra desta pesquisa constitui-se de 27 gestantes internadas na maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 27 de junho de 2011 a 31 de agosto de 2011, que aceitaram de livre e espontânea vontade participar da presente pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As gestantes menores de 18 anos somente foram incluídas na amostra ao terem o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário composto por oito questões abertas e dez fechadas e foi previamente testado com a realização de três entrevistas piloto. Os dados foram coletados por fonte primária por meio de entrevista preenchida pela pesquisadora. Com tal questionário se buscava conhecer as características sociais, demográficas e obstétricas das gestantes.

A coleta de dados foi realizada no quarto da gestante apenas com esta. Tal coleta ocorreu em períodos variados conforme disponibilidade da população estudada. Para isso a maternidade do referido hospital era visitada diariamente durante o período estipulado para coleta. Após apresentação pessoal e leitura do TCLE, bem como explicação sobre quaisquer dúvidas referentes à pesquisa, o questionário foi preenchido com base nos dados relatados pela gestante e naqueles adquiridos mediante a carteira de gestante. Para análise dos dados, foram montados os bancos de dados no programa Epi-Info, analisados descritivamente e referenciados com a literatura pertinente.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo de número 061-2011 da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a idade, das 27 gestantes estudadas, 48,1% tinham idades entre 20 e 30 anos, 29,6% apresentaram idades acima de 30 anos, 11%, de 18 a 20 anos e 11% eram menores de 18 anos. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência é definida como o período de vida que se estende dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Para o nosso estudo, considerou-se como referência essa faixa etária embora o Ministério da Saúde (MS) tome como público-alvo de suas ações específicas para adolescentes e jovens aqueles cuja idade compreende entre os 10 e 24 anos (BRASIL, 2006). Nesse sentido, de acordo com o Portal da Saúde ([2007?]), em 2007 ocorreram 2.795.207 nascimentos no País, dos quais 21,3% foram de mães com idades entre 10 e 19 anos. No entanto, a tendência é a redução de casos de gravidez na adolescência visto que em 2008 o índice já havia reduzido, de acordo com essa mesma referência.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), em relação à taxa de fecundidade por grupos de idade das mulheres ao longo do período fértil (de 15 a 49 anos de idade), há reduções das taxas em todas as faixas etárias exceto entre as jovens de 15 a 19 anos, faixa em que se evidencia aumento da fecundidade.

Observando-se o estado civil, 51,9% estavam em união consensual, 37%, casadas, 7,4%, solteiras e 3,7%, divorciadas. A convivência diária com o companheiro funciona como suporte tanto em nível emocional quanto financeiro e potencializa os recursos internos e externos para se afrontar as dificuldades que podem estar presentes na gestação (MOREIRA; SARRIERA, 2008, p. 787). No que diz respeito ao apoio familiar durante a gestação, os autores (2008, p. 786) demonstram que as adolescentes gestantes se mostraram muito satisfeitas em relação ao apoio social apesar de essa rede ser pequena, sendo composta, em destaque, pela mãe e companheiro. A grandiosidade da rede talvez não seja de crucial importância, mas a intensidade com que ela se estabelece.

Sobre a ocupação laboral, 44,4% trabalhavam em setores como indústria, agricultura, estudantil e doméstico. Tratando desse tema, Spíndola, Penna e Progianti (2006, p. 384) revelam que 33,8% das gestantes entrevistadas não exerciam atividade remunerada, 16,1% eram empregadas domésticas e 8,4% eram vendedoras.

Importante é, também, conhecer o município de residência das gestantes uma vez que o hospital em questão é referência para várias cidades da região. A maior parte das gestantes era proveniente do município vizinho, Herval d'Oeste, totalizando 33,3%, 18,5% da própria cidade de Joaçaba e as demais de municípios referenciados, fato que pode ser atribuído por esse hospital ser considerado, na região, referência no atendimento ao parto e, também, pela proximidade geográfica dos municípios que não dispõem desse serviço.

Quanto à raça/cor, 55,6% se autodeclararam brancas; as gestantes que se consideram pardas somaram 37% e autodeclaradas negras 7,4%.

Em estudo realizado por Brasil (2009, p. 158), que entrevistou 15 mil mulheres para descrever o perfil das mulheres em idade fértil no Brasil, os achados relacionados à cor indicam que o perfil das mães se relaciona predominantemente à cor negra (pardas e negras) em todas as regiões, exceto na região Sul, em que 67,5% se autodeclararam brancas. Estudo semelhante ao deste artigo foi realizado na região Sul do Brasil que buscou delinear o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo de 2.779 mulheres cujo resultado obtido mostrou que 84,6% eram da raça branca, 7,7% pardas e 7,7% negras (OLINTO; OLINTO, 2000, p. 1138).

Ao pesquisar a escolaridade, os valores obtidos foram semelhantes, 29,6% possuíam o ensino fundamental incompleto, 29,6% ensino médio completo e 25,9% ensino médio incompleto. Com reflexões semelhantes está Spín-dola, Penna e Progianti (2006, p. 384), pois ao avaliar o perfil epidemiológico de 47 mulheres atendidas para o pré-natal em hospital universitário do Rio de Janeiro, os resultados mostraram que a maioria das gestantes, ou seja, 29,6% delas possuíam o ensino fundamental; 27,1% possuíam o ensino fundamental incompleto e 27,1%, o ensino médio. Pode-se confirmar que os recém-nascidos de mães sem instrução ou com menos anos de estudo apresentam risco de morte neonatal precoce mais elevado (SOARES; MENEZES, 2010, p. 57).

Das 27 gestantes entrevistadas, 48,1% tinham renda mensal de um a dois salários mínimos, 22,2% acima de três salários mínimos, 18,5% de dois a três salários mínimos, 7,4% tinham renda variável e 3,7% renda inferior a um salário mínimo (valor base do salário mínimo nacional era 560,00 reais ativo no período estudado). Em um estudo realizado com mães adolescentes de classes sociais desfavorecidas em assistência pré-natal pelo SUS, demonstrou-se que a prematuridade e o baixo peso ao nascer estão diretamente relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis das gestantes (CHALEM et al., 2007, p. 2007, p. 185).

Em relação ao planejamento da gestação destaca-se que 55,6% gestantes não haviam planejado a gravidez, enquanto 44,4% a planejaram, corroborando com Menezes e Domingues (2004, p. 189) cujos dados indicam que a gravidez não foi planejada para 75% das gestantes adolescentes, representando a maioria. Utilizando-se dados obtidos por Chalem et al. (2007, p. 182) ao entrevistar 1000 gestantes adolescentes 81,8% não haviam planejado a gravidez.

Neste estudo, no que se refere ao início do pré-natal 85,2% o iniciaram no primeiro trimestre, 7,4%, no segundo trimestre, 3,4%, no terceiro trimestre, e 3,4% não realizaram o pré-natal, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Brasil (2006, p. 158) em um estudo sobre o início do pré-natal, pois em todo País se evidenciou que cerca de 83,6% das entrevistadas o haviam iniciado precocemente (no primeiro trimestre da gravidez) sendo mais frequente no Sul (87,6%) e no Centro-Oeste (87,1%), e menos no Norte, onde a assistência se iniciou mais tarde para as mães de 25% dos nascidos vivos.

Considerando-se vista o que preconiza o Ministério da Saúde, o início das consultas deve ser precoce, se possível no primeiro trimestre, e comparando-se com os resultados deste estudo pode-se dizer que o pré-natal tem iniciado no primeiro trimestre gestacional o que vai ao encontro do que preconiza o referido órgão permitindo, assim, melhor assistência durante a gestação. Porém, mesmo assim há gestantes que o iniciam tardiamente talvez por descobrirem a gravidez mais tarde e por terem uma gestação não planejada (BRASIL, 2005, p. 32).

Em relação ao número de consultas de pré-natal, verificou-se que 53,8% das gestantes haviam realizado mais que seis consultas, 19,2% realizaram seis consultas, 11,5% das gestantes realizaram cinco consultas, 7,7% tiveram quatro consultas, 3,8% realizaram duas consultas e 3,8% não tiveram nenhuma consulta pré-natal. A cobertura do pré-natal é considerada como um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde. Os resultados desta pesquisa mostram uma elevada cobertura do pré-natal em conformidade com o que recomenda o MS, que preconiza que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas pré-natal sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro e uma consulta após quarenta e dois dias do parto. O maior número de consultas no fim da gestação procura avaliar o risco perinatal e identificar intercorrências que possam se desenvolver (BRASIL, 2006, p. 32).

Outra variável estudada foi a imunização antitetânica; das 27 gestantes que constituíram a amostra desta pesquisa, 55,6% não receberam a vacina contra o tétano, pois 14 estavam imunizadas, e uma não recebeu nenhuma dose por não ter realizado o pré-natal, e 44,4% receberam a vacina, o que demonstra boa cobertura vacinal.

No presente estudo verificou-se a realização dos exames solicitados. Sobre o exame de Sífilis, de 77,8% solicitados, 70,4% foram realizados; de exames Anti-HIV foram solicitados 59,3%, sendo realizados 51,9%; foram solicitados 81,5% exames de hemograma, e 77,8% foram realizados; de sorologia para Hepatite B, 74,1% foram solicitados, e 66,7% foram realizados. O baixo índice de realização de exames Anti-HIV, Sorologia para Sífilis e Hepatite B vem a nos alertar para um acompanhamento mais eficaz, considerando-se que tais doenças podem ser transmitidas para o feto e virem a lhe causar sérias consequências, como meningite, aneurisma de aorta, baixo peso ao nascer, prematuridade, aborto, imunocomprometimento, cegueira, anemia, obstrução nasal, entre outros (BRASIL, 2010, p. 371). Se realizada de modo mais amplo, a triagem diagnóstica dessas infecções durante o período pré-natal possibilita desenvolver condutas precoces para que a transmissão vertical seja evitada, minimizando-se as consequências danosas à saúde fetal, permitindo-se, também, programar medidas de saúde preventivas que alcancem mais eficazmente o controle de transmissão vertical nas diversas populações (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007, p. 185).

Os exames que foram solicitados e realizados no terceiro trimestre sofreram menos variação que os do primeiro trimestre, considerando-se que Sorologia para Rubéola e Toxoplasmose e investigação dos valores de hemoglobina não são obrigatórios. Porém observa-se que o exame para detecção de Sífilis foi solicitado para 44,4% das gestantes, sendo realizados 40,7%, e os que não foram realizados somaram 59,3%. Fato preocupante foi a baixa realização do exame anti-HIV no terceiro trimestre, 22,2%. Como consequência, as gestantes que não realizaram tal exame, devem ser submetidas ao teste rápido Anti-HIV na maternidade. Nessas situações, os testes rápidos se mostram convenientes para indicar um tratamento profilático em tempo hábil e com boa relação de custo-efetividade, porém é provisório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [20--], p. 2).

Tiveram gestações anteriores 51,9% das 27 gestantes, e 48,1% eram primíparas. Em relação ao número de gestações anteriores, 29,6% tiveram uma gestação, 18,5% tiveram duas gestações e 3,7% tiveram três gestações. Em estudo de Corazza (2004, p. 16), os resultados revelaram que das 17 gestantes estudadas seis (35,3%) delas eram primíparas e 11 (58,8%) estavam entre a primeira e a segunda gestação.

As gestantes que apresentaram história anterior de aborto somaram 22,2%, tendo a maior parte ocorrido na oitava e na décima segunda semana de gestação, e (21 77,8%) nunca tiveram aborto. Dos motivos que levaram ao aborto, 7,4% foram desconhecidos, 11,1% foram espontâneos, e 3,7% ocorreram em razão do uso de Dispositivo Intrauterino (DIU).

O aborto é definido como a expulsão do concepto com menos de 500 g de peso e com cerca de 20 a 22 semanas de gestação (BRASIL, 2011, p. 30). Verificou-se, por Corazza (2004, p. 7), que 35,3% das 17 gestantes estudadas tiveram pelo menos um caso de aborto anterior. A principal causa referida foi gravidez ectópica, seguida de causa desconhecida.

4 CONCLUSÃO

Sabe-se que a gestação é um momento singular da vida da mulher e, como tal, deve ser acompanhada, pois envolve uma série de mudanças não apenas físicas, mas também de comportamento e humor que acabam por envolver toda a família. O enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde pode e deve fazer parte dessa etapa da vida feminina por meio das consultas que devem ser realizadas durante a gravidez, chamadas de consultas de pré-natal.

Imprescindível é que o enfermeiro conheça essa gestante, saiba de todos os fatores que envolvem a gravidez e, assim, direcione do modo mais adequado possível suas condutas durante o pré-natal.

Com os resultados obtidos, pode-se observar que o perfil das gestantes atendidas na maternidade do Hust é da faixa etária de 20 a 30 anos, idade considerada adequada para a gravidez, com ensino fundamental incompleto, cor branca, em união consensual e com renda mensal entre um e dois salários mínimos, do que se pode supor que as mulheres estão engravidando mais tarde, talvez em virtude de sua inserção no mercado de trabalho, mesmo que em profissões que não lhes garantam tantos benefícios.

O que muito impressionou foi o fato de que, embora o número de consultas tenha sido contado acima de seis, sendo o preconizado pelo MS, e mesmo estando no último trimestre as gestantes não haviam realizado os exames necessários nessa idade gestacional e chegaram ao hospital sem os portarem, o que, por vezes, pode acabar onerando

gastos a este, sem mencionar o risco de transmissão de alguma doença ao recém-nascido. Em vista desses resultados, reflete-se sobre como está sendo a qualidade das consultas de pré-natal e o acompanhamento dessas gestantes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Portanto, para que se possa prestar uma assistência de melhor qualidade, independente da cidade de residência da gestante, é necessário que haja comprometimento tanto dos profissionais quanto da gestante para que, assim, esses índices possam ser modificados para melhor. Ressalta-se a importância da inclusão da família durante o pré-natal e após o nascimento, pois isso facilita a transição pela qual todos passam durante a gravidez, e é um meio de preparação para os novos papéis que deverão ser assumidos após o nascimento da criança, permitindo-se que o atendimento integral seja realizado.

A realização deste trabalho contribui para conhecer de forma mais adequada como é realizada a assistência pré-natal nas ESFs, permitindo observar o que há de bom que deve permanecer, como a imunização antitetânica, o início e número de consultas de pré-natal, a faixa etária de maior incidência e aprimorar o que foi evidenciado deficitário, como o planejamento da gravidez, a realização de exames obrigatórios durante a gravidez, o que cabe à ESFs modificar.

Novos estudos podem ser realizados procurando-se conhecer, de modo mais delimitado, o perfil das gestantes de cada município, que tem como referência o Hust, ou as características dos recém-nascidos conforme o perfil das gestantes.

Profile of pregnant women attended in the maternity of the University Hospital Santa Terezinha, Joaçaba, SC

Abstract

The aim with this study was to identify the profile of pregnant women attended in the maternity of the University Hospital Santa Terezinha, Joaçaba, SC. It is a descriptive, exploratory and quantitative research. Twenty-seven pregnant women attended in the maternity were interviewed using a questionnaire within the months of July and August 2011. In terms of socio-demographic characteristics there were 48.1% of women aged between 20 and 30 years old; 55.6% of the women had not planned the pregnancy. The onset of prenatal care took place in the first quarter in 85.2% of interviewees; on prenatal consultations, 53.8% had six visits; 60.5% of pregnant women attended the examinations of the first quarter, and only 26.3 attended the examinations in the third quarter. Although most pregnancies were not planned, the percentage of early prenatal care in the first quarter was high, indicating that the coverage offered to pregnant women offered by primary health care units has been adequate. Yet, the percentage of examinations in the third quarter is low. Perhaps the establishment of nursing consultation pregnancy may improve these rates, as the responsibility for the whole process of care of pregnant women would be on more than one professional, facilitating the work. Further studies can be conducted in each city by delimiting more customers, facilitating the development of actions to improve the activities already undertaken in the case of need.

Keywords: Pregnant women. Women's health. Health profile.

Nota explicativa:

¹ Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso “Perfil das Gestantes Atendidas na Maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha” Apresentado à Universidade do Oeste de Santa Catarina em 2011 para o curso de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna:** relatório final. Portal da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_mortalidade_texto.pdf>. Acesso em: 31 out. 2011.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 27 out. 2011.
- BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf#page=152>. Acesso em: 19 set 2010.

BRASIL. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 19 set. 2010.

CHALEM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/18.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2011.

CORAZZA, Carolina. Perfil das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, do município de Tapejara/RS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1-13, jan./out. 2004. Disponível em: <<http://www.ulbracarazinho.edu.br/novo/grades/tcc%202009%201%20biomedicina/Carolina%20Corazza.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antônio et al. **Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul**. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 2, p. 181-187, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n2/a07v40n2.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002fecundidade.shtm>>. Acesso em: 27 out. 2011.

MENEZES, Ida Helena Carvalho Francescantonio; DOMINGUES, Maria Hermínia Marques da Silva. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 185-194, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21131.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sisprenatal**. 2011b. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>> Acesso em: 07 nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. [20--]. Disponível em: <<http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/sisprenatal/manualsisprenatal2.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MOREIRA, Mariana Calessio; SARRIERA, Jorge Castellá. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a16.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

OLINTO; Maria Teresa Anselmo; OLINTO, Beatriz Anselmo. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Gravidez**. [2007?]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1>. Acesso em: 27 out. 2011.

SOARES, Enio Silva; MENEZES, Greice Maria de Souza. Fatores associados à morte neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

SPÍNDOLA, Thelma; PENNA, Lúcia Helena Garcia; PROGIANTI, Jane Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2011.