

# **Conformidade das estratégias utilizadas na assistência do pré-natal com as normas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em Governador Valadares**

Marcela Otoni Pereira  
Adriene de Freitas Moreno Rodrigues  
Marileny Boechat Frauches Brandão  
Marina Mendes Soares  
Suely Maria Rodrigues  
Carlos Alberto Dias

## **RESUMO**

Objetivo verificar conformidade das estratégias utilizadas na assistência pré-natal com normas preconizadas pelo PHPN em Governador Valadares. Estudo observacional, descritivo, longitudinal, de abordagem quantitativa. Dados coletados em entrevista domiciliar com gestantes cadastradas no SISPRENATAL a partir de Julho/2013. PHPN está implantado em todas ESF's do município possibilitando acesso a ações de prevenção e promoção da saúde das gestantes. Evidenciou-se que na medida em que são somadas as variáveis consultas e exames básicos, os percentuais diminuem. Há necessidade de maior atenção ao teste de HIV e avaliação sistemática no município para proporcionar intervenções oportunas pela melhoria de qualidade da atenção pré-natal.

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ciclo gravídico puerperal. Consulta pré-natal. Exames laboratoriais.

### **SESSÃO TEMÁTICA:**

Demografia

## INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, ocorrem varias mudanças tornando imprescindíveis cuidados especiais exigindo que as gestantes sejam acompanhadas por profissionais de saúde. O acompanhamento de pré-natal tem por objetivo diagnosticar enfermidades maternas preexistentes, tratando-as de modo a reduzir seus impactos na evolução e nas sequelas. Portanto, são necessárias adoção de medidas preventivas recomendadas para gestante e feto, preparando esta para o parto e aleitamento, bem como para a chegada de um novo sujeito que compulsoriamente concorrerá para a modificação da estrutura relacional da família. Neste sentido, várias ações devem ser implementadas tais como acompanhar a evolução da gravidez observando as condições da gestante; avaliar continuamente o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais.

Os procedimentos para uma efetiva assistência ao ciclo gravídico exigem o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, capacitada e treinada para o acompanhamento da mulher nesta fase. Ao iniciar esse processo de acompanhamento da gestante, cabe à equipe de saúde compreender os múltiplos significados que a gestação tem para a gestante e sua família. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção em torno da gestação, são condições fundamentais para que o saber em saúde, da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal, seja colocado à disposição da mulher e sua família (BRASIL, 2004).

A contextualidade de um atendimento sistêmico, ou seja, um olhar holístico para a gestante e todas as suas condições, permite que os profissionais de saúde assistam a gestante em uma ótica que perpassa a gravidez ou o puerpério. Isto se faz por meio de consultas, escuta da gestante e orientação a seus familiares, oficinas educativas em grupo e/ou individuais e visitas domiciliares. Nestas atividades são fornecidas orientações e elucidações relativas à gestação, parto e puerpério. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos, em qualquer instância do processo assistencial, estejam conscientes da importância de sua atuação e das necessidades de aliarem o conhecimento técnico-científico, ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada gestante.

A efetividade das ações para a promoção da saúde da mulher requer não somente a conscientização dos profissionais de saúde como também o envolvimento das comunidades sobre seus direitos e deveres e o compromisso do Estado frente às políticas públicas para a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a ferramenta do Estado na efetividade destas ações. Este, a partir da reestruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), trouxe avanços importantes na saúde e na condição de vida da população brasileira. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, tem como diretriz a normalização técnica do processo de atenção à gestante e à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério. Este programa estabelece com clareza os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde é notório que ocorreu uma ampliação na cobertura do pré-natal nas últimas décadas. Contudo, a qualidade da assistência pré-natal permanece como desafio a ser superado. Para que isto efetivamente ocorra faz-se necessário a criação de ambientes saudáveis uma vez que para promover saúde deve-se levar em conta não somente o indivíduo, mas também o contexto no qual se insere. Portanto, são imprescindíveis que sejam levadas em consideração as vivências e experiências das gestantes, a partir das quais se torna possível identificar as singularidades de sua vida social, seus problemas e necessidades de saúde. No processo de atenção à saúde das gestantes não basta simplesmente olhar para elas, deve-se atentar para os usos e as diferentes apropriações do espaço vivido, uma vez que este não se constitui apenas como um local, mas como um território a partir do qual ela orienta suas atividades (MONKEN; BARCELOS, 2007).

A compreensão dos contextos sociais onde acontecem as relações humanas e que interessam particularmente para as análises de situação de saúde, passa pelo entendimento das práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades (MONKEN, 2003).

Em síntese pode-se dizer que a assistência de qualidade ao pré-natal é um fator importantíssimo no ciclo gravídico puerperal na redução de danos à saúde da mulher e na diminuição da mortalidade materna e neonatal; e que, além dos profissionais, a gestante e seus familiares são elementos chaves no alcance desta meta. Desta forma, objetiva-se com este estudo verificar a conformidade das estratégias utilizadas na assistência do pré-natal com as normas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em Governador Valadares.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Melhorar a saúde, reduzir o índice de mortalidade materna e neonatal, garantir o

acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, com humanização são objetivos da política de saúde do Governo Federal. Em decorrência, tem-se desenvolvido discussões e pesquisas sobre medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tomou rumos significativos a partir dos movimentos mundiais na busca da melhoria da saúde das populações. Um marco importante desse processo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, situada na antiga União Soviética, em 1978. Onde foram discutidas as primeiras referências aos cuidados primários de saúde, apresentando como meta o tema “Saúde para todos no ano 2000” (MENDES, 2004).

A Declaração de Alma-Ata apresenta dez elementos primordiais para a melhoria da saúde. Dentre tais elementos, destaca-se a importância dos cuidados primários à saúde em alcançar universalmente os indivíduos e as famílias, tomando como foco primordial a saúde das comunidades (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Nesse contexto, observa-se a relevância de direcionar o olhar sobre o processo saúde/doença como algo que transcende as barreiras anatomo-morfo-fisio-patológicas. Assim, pode-se afirmar que a Declaração de Alma-Ata foi um marco simbólico para a construção da visão sistêmica da saúde.

Outro evento marcante foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em 1986, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá. Esta traçou novas orientações, que contribuíram com a melhoria da saúde até o ano de 2000 e anos subsequentes (CARTA DE OTTAWA, 1986; FORTES, 2002; COSTA, CARBONE, 2009). A conferência de Ottawa pode ser considerada uma resposta às expectativas por uma nova saúde pública, e somou no direcionamento de vários outros movimentos de saúde que vinham acontecendo no mundo.

Um marco importante para consolidação das ações de Promoção da Saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília em 1986. Prevaleram na Conferência as ideias da Reforma Sanitária, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e findou sinalizando para a construção de um Sistema Único de Saúde (ARCHANJO, ARCHANJO, SILVA, 2007).

Tomando como base os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciaram-se dois processos: um no executivo, relativo à implantação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e outro no Congresso Nacional, a elaboração da Constituição de 1988, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária. Nela, a saúde é considerada um resultado das

políticas sociais e econômicas, tendo suas ações providas por um Sistema Único de Saúde, cujos princípios são a integralidade, equidade e universalidade (ZANCHI, ZUNGO, 2010).

No Brasil, o direito à saúde foi consolidado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo número 196, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas que visam a universalidade ao acesso e ao atendimento igualitário de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação, nascendo, assim, o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988).

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2001).

O PACS foi considerado uma experiência bem sucedida e crucial para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família. Em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual representou uma mudança profunda do modelo assistencial, pois, além de incorporar e ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) priorizou as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família, principalmente para as populações em maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2001; GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009).

A saúde da família é direcionada, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pode ser considerada uma proposta de direcionamento dinâmico para a atenção primária (BARBOSA, DIAS, 2008). O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a tal população, a referência e a contra referência para os diferentes níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2001b). Pretende tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno (ROSA, LABATE, 2005).

O objetivo do PSF é a atenção centrada na família, a ser entendida a partir de seu ambiente físico e social, compreendendo-se, de forma ampliada, a ótica do processo saúde-doença, conduzindo, assim, à prática assistencial de forma diferenciada (BRASIL, 2001).

Em 1997, o PSF passa a ser designado como estratégia para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), com a seguinte proposta: “Estratégia de Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias, centradas nos princípios do SUS e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população, território e práticas” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 11).

Porém, somente em 2006 a designação estratégia foi mais bem descrita e efetivada. Sendo assim, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, porque programa possui tempo determinado e a estratégia é permanente e contínua. Desse modo, passou a ser denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Esta implantação é consolidada com o lançamento do Pacto pela Saúde (2006) que se direciona em três vertentes: a) pacto pela vida; b) pacto em defesa do SUS e c) o pacto de gestão (DALPIAZ, STEDILE, 2011; BRASIL, 2006a).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012a).

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 1997). Desta forma, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde na qual a família é o centro de atenção e não somente o indivíduo.

No Brasil, a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos (OSIS, 1998). 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 (BRASIL, 2011a).

Contudo o que efetivamente garante o sucesso da assistência ao pré-natal são a qualidade da equipe multidisciplinar, a participação da gestante e seus familiares e o apoio dos órgãos assistenciais. Portanto, a gestação deve ser controlada através de um bom pré-natal, tanto na qualidade técnica, quanto na qualidade de

envolvimento afetivo entre o profissional e a gestante (OKAZAKI, BERGAMASCO, GUALDA, 2005).

O pré-natal tem por objetivos diagnosticar enfermidades maternas preexistentes, tratando-as de modo a reduzir seu impacto sobre a evolução e resultados; acompanhar a evolução da gravidez, observando as condições da gestante, o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais, adotando medidas preventivas recomendadas para proteção da gestante e do feto, preparando a primeira para o parto e para o aleitamento inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

Diante disso, a principal finalidade é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada requer: incorporação de condutas acolhedoras; eliminação de intervenções desnecessárias; fácil acesso a serviços de saúde de qualidade; ações que integrem todos os níveis da atenção; promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

O procedimento para a efetiva ação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal requer, atualmente, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar capacitada para o acompanhamento da mulher nesse evento. Ao iniciar esse processo de acompanhamento da gestante, cabe à equipe de saúde compreender os múltiplos significados que a gestação tem para a cliente e sua família (BRASIL, 2012b).

Em observância a necessidade de cuidar da saúde da mulher. O Pacto pela Vida expressa, de forma clara, a importância da redução da mortalidade materno-infantil. Um dado preocupante é que a mortalidade materna, tragédia evitável em 92% dos casos, ocorre principalmente nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil (BRASIL, 2009a).

A preocupação com a atenção à Saúde da Mulher está mais em evidência, devido a essas possibilidades de redução de morte significativa. As políticas públicas de atenção à mulher começaram em 1984, com a criação da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e foi evoluindo com a criação de comitês e o direcionamento de políticas para o financiamento de programas voltados para a saúde da mulher (BRASIL, 2009a).

Ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou no ano 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo decreto de lei nº 7.530 de julho de 2011. Portanto, o PHPN está vinculado ao

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção do Ministério Saúde.

Este tem, como diretriz, a normalização técnica do processo de atenção à gestante e à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério, e ainda estabelece, com clareza, os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2000b). A Portaria nº 569/GM em julho de 2000, que instituiu o PHPN, propôs os critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal fornecida pelo programa, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a esse programa (SERRUYA, 2003; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004; BRASIL, 2010).

O PHPN busca reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante (BRASIL, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde (2006), Estados e municípios por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação.
2. 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.
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
  - a. Escuta da mulher e acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta;
  - b. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente;
  - c. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
  - d. Exames laboratoriais: ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, urina tipo 1, testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg) e sorologia para toxoplasmose (IgM);
  - e. Imunização antitetânica;
  - f. Avaliação e monitoramento do estado nutricional;
  - g. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
  - h. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;



- i. Tratamento das intercorrências da gestação;
  - j. Classificação de risco gestacional;
  - k. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo acesso para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
  - l. Registro em prontuário e cartão da gestante.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto).

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o qual possui informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), de uso obrigatório nas unidades de saúde (BRASIL, 2006).

Portanto, o PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde e melhorias na assistência à saúde da mulher no âmbito municipal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e longitudinal, adotando-se, nesta investigação, uma abordagem quantitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares-MG, localizado na região leste do Estado de Minas Gerais na mesorregião do Vale do Rio Doce. Possui uma população estimada de 278.363 habitantes, vivendo a maioria (95%) em perímetro urbano. Nesse município, estima-se uma população feminina de 146.141 habitantes (52,5%), superando, a população masculina de 132.222 habitantes (47,4%) (IBGE, 2015).

O Município estudado possui 41 equipes de ESF (37 PSF's e 4 PACS), sendo 39 atuantes na zona urbana (36 PSF's e 3 PACS) e 02 na zona rural (1 PSF e 1 PACS). O seguimento urbano do município é subdividido em 19 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 62 bairros.

O universo deste estudo foi constituído pelas gestantes usuárias dos serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família, cadastradas no SISPRENATAL, no primeiro trimestre do ano de 2014, da Secretaria Municipal de Saúde De

Governador Valadares.

A escolha das gestantes justifica-se por caracterizar uma visão geral da assistência prestada no atendimento pré-natal em Governador Valadares. A medida de resolatividade é determinada pela adesão das gestantes ao programa, pelo atendimento aos indicadores de qualidade e pelo modo como a população avalia o atendimento oferecido. Tal medida permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (BRASIL, 2007).

A amostra foi constituída a partir do total de gestantes cadastradas em cada PSF, obtendo a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi realizado considerando-se que cada PSF representa uma região geográfica do município. Desse modo, ficou garantido que as gestantes de todas as localidades foram representadas em proporções equitativas. As gestantes participantes desse estudo foram selecionadas, por um sorteio aleatório, em cada unidade, após a identificação do número total de gestantes cadastradas. Incluiu-se no estudo cinco PSFs, sendo um em cada região da cidade, totalizando vinte gestantes referenciadas por estas unidades.

Foram incluídas na amostra gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes (que não necessitassem de acompanhamento nas idas à Unidade de Saúde), que possuíssem a função cognitiva preservada e que estivessem a partir da trigésima semana de gravidez devidamente cadastradas no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Esse fato se justifica porque neste período gestacional, a mulher acompanhada pela equipe multidisciplinar da ESF, já deve ter realizado todos os exames preestabelecidos pelo PHPN. Estas condições foram identificadas a partir dos prontuários arquivados na ESF, com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nesses locais (médico, enfermeiro).

Visando testar o método do trabalho, bem como verificar o modo de abordagem das questões inseridas na entrevista e tempo gasto, foi realizado um projeto piloto, com uma equipe de saúde da família da zona urbana do município. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e aprovado conforme parecer CEP/UNIVALE 441089. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores - detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização para realização da pesquisa nas unidades de saúde. Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe da ESF explicando os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade das respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a possível melhoria da implementação das Políticas Públicas. Foi reforçado que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais e que todos os participantes necessitariam assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização das entrevistas. As datas e horários das coletas de dados foram definidos de acordo com a disponibilidade das entrevistadas.

Esta coleta foi realizada individualmente nas residências das gestantes, em ambiente que apresentasse melhor condições de iluminação, ventilação, tranquilidade e silêncio, procurando dessa forma assegurar a privacidade dos participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista guiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista, contendo questões fechadas, que possibilitassem a obtenção de informações a respeito dos dados de saúde, tipos de exames realizados e características pessoais. O Roteiro de Entrevista foi constituído por 11 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação da entrevistada; b) Classificação econômica; c) Dados de saúde (indicadores de qualidade do PHPN). O registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um gravador de voz digital, que possibilitou o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à fala dos entrevistados e viabilizando o retorno ao material sempre que se fez necessário.

Em todas as entrevistas, foi mantido o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado.

A análise dos dados quantitativos foi realizada mediante a utilização Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Um *software* direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quanti e qualitativos, o qual oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados (SPHINX BRASIL, 2013).

Visando preservar a identidade dos entrevistados, os formulários foram numerados, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação das equipes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a identificação da conformidade das estratégias utilizadas na assistência do pré-natal de Governador Valadares com as normas preconizadas pelo PHPN, os resultados estão apresentados em duas etapas: Caracterização da Amostra; Dados de Saúde e Acompanhamento. Vale salientar que são aqui apresentados resultados parciais referentes a 24 gestantes participantes da primeira e segunda entrevistas. Esta pesquisa encontra-se em andamento.

### **Caracterização da Amostra**

Para traçar um perfil das usuárias atendidas pelo PHPN em Governador Valadares foram coletadas as variáveis: idade, escolaridade, classificação socioeconômica e situação conjugal, referenciadas na tabela 1.

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 18 anos e a máxima encontrada entre as gestantes foi 42 anos, perfazendo uma média de idade de 26,8 anos (dp = 8,8). A maioria das entrevistadas (67%) possui idade entre dezoito e vinte oito anos. Este fato pode estar relacionado com a capacidade reprodutiva da mulher. De acordo com Damasceno et al. (2003), a fertilidade começa a diminuir após os 20 anos e decai drasticamente entre os 30 e 40 anos de idade, precedendo a menopausa, a qual ocorre uma década acima. As mudanças relacionadas à idade que acometem o ovário são as mais significativas quanto à perda da função reprodutiva. A senescência ovariana parece ter papel primário no declínio da fertilidade, mas o mecanismo pelo qual os embriões mais velhos apresentam falhas no processo de implantação e no desenvolvimento é ainda pouco esclarecido.

Em relação à escolaridade, a maioria (71%) das entrevistadas possui próximo de onze anos de estudo, ou seja, uma escolaridade considerada mediana. O Ministério da Saúde (2005) considera baixa escolaridade quando o indivíduo possui menos de cinco anos de estudo. A escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois os indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais, que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las.

Quanto à classificação econômica, pode-se observar que 58% das gestantes estão distribuídas na classe C (com renda familiar entre um e meio a dois salários

mínimos). Esse fato provavelmente está relacionado com o nível de escolaridade, a falta de atividade laboral remunerada e pela permanência na casa dos pais elevando o número de indivíduos vivendo em uma mesma residência com o mesmo rendimento mensal anterior a gestação. Segundo Freemanr (2002), uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar dos indivíduos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde e à informação.

**Tabela 1** – Características sócio demográficas de gestantes usuárias de quatro ESF de Governador Valadares, MG, 2014 (n=24).

Uma baixa condição econômica da população pode gerar uma cobertura de saúde insatisfatória e menor qualidade do atendimento, bem como maior a possibilidade de nascer uma criança com baixo peso (SZWARCOWALD, MENDONÇA, ANDRADE, 2006). Em um estudo realizado por Neumann et al. (2003) com gestantes, ficou evidenciado que as que possuíam menor renda em comparação com as de maior renda, realizaram menos consultas e iniciaram tardiamente o pré-natal, além de relatarem apreender menor atenção pela equipe de saúde. Isto demonstra que provavelmente a população de baixa renda tem menor possibilidade de receber atendimento de pré-natal adequado.

Quanto a situação conjugal, 46% vivem em união estável e 33% são casadas. Este resultado está de acordo com os dados obtidos no Censo Demográfico 2010 demonstrando que Minas Gerais possui um maior número de uniões estáveis (2.115.968) do que de casamentos civis (1.106.782). Este tipo de união além de constituir uma ruptura com as normas convencionais, também pode estar associado à falta de recursos financeiros para formalizar a situação conjugal ou pela tradição desse modelo familiar entre algumas camadas da população, como nas periferias urbanas (WATARI, 2010).

Neste estudo, o perfil socioeconômico da população mostrou-se similar ao observado por Low, Batista Filho, Souza (2001) e Pinto et al. (2005) em estudos conduzidos no setor público no Brasil, ou seja, houve o predomínio de mulheres com idade entre 18 e 28 anos, vivendo em união estável, com menor escolaridade formal e baixa renda familiar per capita. Esses dois últimos fatores, atuando em conjunto ou isoladamente, podem ocasionar a menor utilização da assistência pré-natal.

### **Dados de Saúde e Acompanhamento**

Os dados de saúde se referem às informações sobre a forma de condução do pré-natal e a experiência de vivenciar o ciclo da gestação. Estas informações

permitem conhecer o contexto em que as gestantes entrevistadas se encontram e como se desenvolveu todo o processo de pré-natal realizado na ESF. Desta forma, é possível avaliar alguns indicadores de qualidade do PHPN no município estudado.

Quanto à história reprodutiva e da gravidez atual os dados dessa pesquisa demonstram que 42 % das gestantes tiveram um filho e 33% dois filhos. Pode-se inferir que esse resultado está relacionado ao papel da mulher na sociedade contemporânea que busca igualdade de direitos sociais. Essa conquista provavelmente resultou no aumento da formação escolar, acesso à informação e participação no mercado de trabalho. Com a implementação de políticas públicas de saúde destinadas à mulher houve também maior investimento na prevenção e controle da natalidade. Todas estas situações permitem que a mulher possa escolher quando e quantos filhos deseja, diminuindo dessa forma, possivelmente, o número de gestações inesperadas.

No Brasil, a taxa de fecundidade no ano 2000 era de 2,38 filhos por mulher. Em 2010 atingiu o índice de 1,91, sendo o sudeste a região com a menor taxa 1,66 filhos por mulher. Essa queda ocorreu devido a diversos fatores: avanços econômicos no Brasil, maior participação da mulher no mercado de trabalho, modelo econômico voltado para o consumo e elevação do custo de reprodução familiar, aumento do número e disponibilidade de métodos contraceptivos (BRASIL, 2010).

Todos estes fatores possivelmente estão possibilitando uma mudança de pensamento e prioridade nas sociedades, tendo como consequência a alteração do papel e função dos filhos no território familiar (BRASIL, 2009a). De acordo com Giddens (2000) na família tradicional, os filhos eram vistos como vantagem econômica, atualmente um filho representa o contrário, um encargo financeiro.

O Ministério da Saúde recomenda conforme os parâmetros estabelecidos para o PHPN que a mulher inicie o pré-natal até 120 dias de gestação (BRASIL, 2006). Esta indicação visa fortalecer a adesão ao pré-natal e diagnosticar precocemente eventuais fatores de risco (SERRUYA, 2003).

A maioria das gestantes (79%) participantes desta pesquisa iniciou o pré-natal dentro do prazo determinado (120 dias de gestação). Este dado pode estar relacionado ao fácil acesso e acolhimento da mulher pela ESF localizada no seu território de abrangência. Bem como a disponibilização pelo serviço de saúde de um exame para detectar a gestação (BETA HCG). Ocorre também um trabalho de captação precoce e busca ativa desenvolvido pelas ACS's que ao tomarem conhecimento que em sua área de atuação há uma gestante, realizam visita domiciliar visando marcação de consulta e início do acompanhamento.

No estudo desenvolvido por Grenzel, Cavalheiro, Binotto (2011) com 160 gestantes na cidade de Cruz Alta - RS, observou-se que 82,5% das mulheres iniciaram os cuidados com até 120 dias. De acordo com Silva et al. (2013), o início precoce do acompanhamento à gestação está ligado a benefícios à saúde da mãe e o bebê, diminuindo a incidência de baixo peso, prematuridade e promovendo um aleitamento materno mais adequado; o que justifica a preocupação com a data de início dos cuidados.

Em relação à distribuição da frequência de consultas de pré-natal e exames básicos realizados pelas gestantes pode-se constatar na Tabela 2 que a maioria (75%) realizou seis ou mais consultas e 37% oito ou mais exames exigidos pelo PHPN.

Pode-se considerar que o número de consultas realizadas pelas gestantes desse estudo é satisfatório. Esse dado possivelmente está relacionado à inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios, pois estes recebem recursos através do Piso de Atenção Básica.

No entanto, o baixo percentual de exames laboratoriais básicos realizados pode estar associado à falta de informação sobre a importância de cada exame. Possivelmente, a equipe responsável pelo pré-natal não realiza atividade de educação em saúde por não estar sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumentando dessa forma, o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento.

**Tabela 2** – Dados referentes a consultas de pré-natal, número e tipo de exames realizados por gestantes usuárias de quatro ESF de Governador Valadares, MG, 2014 (n=24).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. Os exames laboratoriais mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, pois complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e condutas necessárias a cada caso, diminuindo o risco de complicações para a mãe e o bebê (GRANGEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008).

Um pré-natal adequado exige a realização de exames laboratoriais básicos. Observa-se ainda na Tabela 2 a distribuição da frequência do tipo de exames realizados pelas gestantes.

A adesão à maioria dos exames laboratoriais básicos preconizados pelo PHPN pode estar relacionado ao fácil acesso. A ESF que concretiza assistência de acordo com as necessidades específicas detectadas em sua área de abrangência pode facilitar a realização dos cuidados em saúde, aumentando a qualidade de vida e diminuindo o agravo da saúde das pessoas inseridas neste território. Este fator pode gerar um sentimento de pertencimento aos usuários. A boa relação construída entre equipe de saúde e comunidade pode aumentar a participação da população nas atividades e melhorar os índices de saúde local.

A baixa adesão a testagem anti-HIV (75%) pelas gestantes pode ser explicada por ser o único exame coletado fora da ESF, sendo, portanto, necessário que seja realizado no Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE). Todos os outros exames laboratoriais básicos são coletados nas ESF e encaminhados à rede de laboratórios conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) para análise. Outro fator que pode estar relacionado é a falta de informação sobre a transmissão mãe-filho durante a gestação.

A testagem anti-HIV é fundamental para diminuir a probabilidade da transmissão vertical ao bebê. A contaminação ocorre na gestação e com maior incidência durante o trabalho de parto (MOURA, PRAÇA, 2006). A gestante detectada com o vírus que recebe o tratamento adequado diminui o risco da transmissão para cerca de 2%. Para que o índice deste exame aumente cabe aos profissionais de saúde exercer seu papel de aconselhador apontando os riscos para o bebê e os benefícios do tratamento (NASCIMENTO, PAIVA, RODRIGUES, 2007).

O CRASE pode estar sendo relacionado pelas gestantes como um território de difícil acessibilidade, pois percebe-se que os exames realizados dentro do “território ESF”, (território acessível e familiar a elas) possui boa adesão. De acordo com Sack (1986), os diferentes territórios possuem diferentes níveis de acessibilidade. Isto pode demonstrar também que a rede de saúde do município não está conseguindo formar um território-rede. A ESF e o CRASE estariam formando um território descontínuo, não permitindo uma fácil permeabilidade das usuárias. De acordo com Schneider, Tartaruga (2004) o território pode ser contínuo ou descontínuo. O território descontínuo não possui uma contiguidade espacial, dificultando o escoamento de pessoas e informações entre eles.

O exame laboratorial de anticorpos para rubéola, apesar de não obrigatório pelo PHPN foi realizado em 83% das gestantes. Essa ação de prevenção do serviço de saúde no município estudado demonstra ampliação na cobertura do pré-natal. A Rubéola é considerada uma doença benigna, porém assume maior gravidade quando acomete a gestante. Esta pode causar graves sequelas no feto como malformações cardíacas ou auditivas, dependendo da fase da gravidez. Normalmente, as políticas públicas investem em ações de prevenção por meio de



campanhas de vacinação em mulheres na idade fértil, justificado pelo alto custo do rastreamento e da não disponibilidade de tratamento (AMORIM, MELO, 2009).

A ultrassonografia foi um tipo de exame solicitado por todos os profissionais das unidades pesquisadas e todas as gestantes realizaram pelo menos uma ultrassonografia durante o acompanhamento do pré-natal. O exame de ultrassonografia segundo Coutinho et al. (2003) tornou-se um componente importante na atenção pré-natal e uma das suas principais funções consiste em corrigir e/ou determinar a idade gestacional, pois em estudos se tem encontrado diferença entre os registros da Data da Última Menstruação (DUM) e da Data Provável do Parto (DPP).

Neste trabalho, como no estudo realizado por Coutinho et al. (2003) encontraram uma priorização da ultrassonografia em detrimento dos exames laboratoriais básicos. Segundo Brasil (2006b), a ultrassonografia embora seja um procedimento comum, sua função permanece contestável, pois não existe nenhuma comprovação científica que se realizada rotineiramente, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e mortalidade materna ou perinatal. Portanto, a não realização da ultrassonografia durante a gestação não diminui a qualidade do pré-natal.

Quando se analisa o número de consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde, observou-se que apenas 33% das gestantes desse estudo realizaram o acompanhamento do pré-natal de acordo com o recomendado.

Neste estudo não foi encontrada nenhuma correlação entre baixo número de consultas e grau de instrução, classe econômica e idade; conforme apresentado em outros estudos de avaliação do PHPN como o de Serruya (2003). Neste, as mulheres que estavam em locais e regiões mais pobres e com menos possibilidade de educação formal apresentavam o menor índice de consultas realizadas.

O PHPN está implantado em todas as ESF's do município estudado possibilitando dessa forma acesso a ações de prevenção e promoção da saúde das mulheres residentes na área urbana. As usuárias que apresentaram os menores números de consultas e exames básicos encontram-se em apenas duas das quatro ESF's visitadas, o que possivelmente está relacionado a dois fatores: equipe pouco aderida ao Programa e o difícil acesso a unidade de saúde correspondente a área. No caso de uma destas ESF's, onde apenas uma gestante completou o pré-natal preconizado, o mesmo se localiza no alto do morro e distante da sua área de abrangência.

Neste caso, pode-se inferir que o território desta ESF possui barreiras físicas de difícil acesso (visíveis) que dificultam a chegada e inserção em seu território. De

acordo com a teoria de Sack (1986), a ESF constitui um território, pois se apresenta como uma área dominada por um grupo que controla ou influencia o comportamento das pessoas. Desta forma, segundo Hospodar, Valverde (2004) existe um controle de acesso que cria barreiras podendo ser visíveis ou invisíveis. Neste caso, tem-se a distancia da moradia da população atendida como uma barreira visível, e o atendimento feito apenas às famílias alocadas em determinada área sob responsabilidade da ESF, como barreira invisível.

De acordo com os indicadores de conformidade das estratégias utilizadas no Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) há evidências neste estudo que, à medida que são somadas as variáveis consultas e exames básicos, os percentuais diminuem. Conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), bem como Serruya (2003) a realização do conjunto de ações, e não das atividades isoladas, é o maior desafio na implementação de uma atenção pré-natal satisfatória.

## **CONCLUSÃO**

O monitoramento dos indicadores de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde por meio do PHPN constitui medida fundamental para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e diminuir a taxa de mortalidade materna e neonatal.

Para garantir um serviço de qualidade faz-se necessário, além de todos os procedimentos exigidos pelo Programa, ter uma equipe profissional capacitada constantemente e conscientizada sobre a importância de um pré-natal de qualidade, um sistema de referência e contra referência adequado, uma população informada e um governo comprometido com a saúde da mulher.

O município necessita de esforços para aumentar o índice de consultas e exames, dando atenção especial ao teste de HIV. Faz-se necessário o estabelecimento de uma avaliação sistemática no município, de maneira a proporcionar intervenções oportunas à melhoria de qualidade da atenção pré-natal.

Para se ter uma melhor visualização da realização dos indicadores do PHPN, seria importante avaliar todos os procedimentos preconizados pelo Programa, contendo dados quantitativos e qualitativos. Os dados qualitativos permitiram uma melhor escuta da população sobre os problemas enfrentados. A escuta dos profissionais envolvidos neste processo, se mostra de suma importância na detecção dos pontos de estrangulamento encontrados.

O serviço de pré-natal oferecido em Governador Valadares não está em conformidade com as normas preconizadas pelo PHPN/MS. Os índices estão

ainda baixos, apenas 35% das usuárias entrevistadas completaram os exames e consultas exigidos. Este índice tende a piorar se avaliados com os outros procedimentos: consulta puerperal e vacina antitetânica.

Prestar um serviço humanizado como preconiza o PHPN, requer além de consultas e exames, um esforço dos gestores e profissionais atuantes nesta área reavaliando o trabalho desempenhado e procurando corrigir as dificuldades encontradas. Melhorar a incidência das normas preconizadas pelo PHPN no município requer esforços coletivos, e somente desta maneira, se conseguirá atingir uma das principais metas do Programa, reduzir a mortalidade materna e neonatal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM MMR, MELO ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31(3): 148-55.

ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007. 391 p.

BARBOSA, Simone de Pinho; DIAS, Shireli Dias (Org.). **Praticando Saúde da Família**. Belo Horizonte: Simone de Pinho Barbosa, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 08 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Normas e manuais Técnicos**. 3. ed. Brasília: Secretaria de políticas de saúde – SPS/ Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica nº 32**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000b.

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, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Caderno n 5 – Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Cartilha de informações para Gestores e Técnicos**. Brasília: Secretaria de assistência á saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de assistência á saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Manual Técnico**. Brasília (DF). 2005.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

CARTA DE OTTAWA (1986). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues\\_pf.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues_pf.pdf). Acesso em: 10 jan. 2013.

COSTA, Elisa Maria Amorin; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COUTINHO T, et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as

Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **RBGO**. 2003; 25(10): 717-24.

DALPIAZ, Ana kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUA\\_S\\_PREMISSAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUA_S_PREMISSAS.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2013.

DAMASCENO, Débora Cristina; PERIN, Eduardo; RODRIGUES, Patrícia Ferreira; PINHEIRO, Osni Lázaro; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; RUDGE, Marilza Vieira Cunha. Relação entre a idade da mulher e o declínio da fertilidade. **Femina**; 31(4):337-341, maio 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**. Vitória: SESA, 2008.

FORTES, Margarete Rose Sampaio. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.

FREEMANR. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Braz J Oral Sci**. 2002 abril, 1: 34-9.

GIDDENS A. **O mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós**. Rio de Janeiro: Record; 2000.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sara; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de (Org.). **Estudo de Caso Sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**: relatório final Florianópolis. Brasília: MS/ Fiocruz/ ENSP, 2009.

GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm**. USP, v.42, n.1, p. 105-11, 2008.

GRENZEL JCM, CAVALHEIRO DJ, BINOTTO V. Adesão das mulheres a realização do pré-natal no município de Cruz Alta – RS. **XVI Seminário Interinstitucional de pesquisa, ensino e extensão**. Unicruz. Cruz Alta; 2011. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/A%20ADES%C3%83O%20DAS%20MULHERES%20A%20REALIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20PR%C3%89-NATAL%20NO%20MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20CRUZ%20ALTA%20%E2%80%93%20RS.pdf>>. Acesso em 26 de Novembro de 2014.

HOSPODAR RR, VALVERDE F. Transformações no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. **GEOUSP – Espaço e Tempo**. 2004; 15: 119-126.

IBGE, 2015. **Cidades, Minas Gerais, Governador Valadares**. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770>>. Acesso em 24 abr. 2016.

LOW S, BATISTA FM, SOUZA AI. **Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco**. Recife: Bagaço; 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/Jun 2004. Disponível em: <<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gWz7dUsAcyYJ:scholar.google.com/+Declara%C3%A7%C3%A3o+de+Alma+Ata&hl=pt-BR>>. Acesso em: 17 set. 2011.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003.170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, Angelica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA EL, PRAÇA NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev. Latino-Am Enfemagem**. 2006; 14(3): 405-13.

NASCIMENTO ER, PAIVA MS, RODRIGUES QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. 2007; 7(2): 191-7.

OKAZAKI ELFJ, BERGAMASCO RB, GUALDA DMR. Entrevistando gestantes em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF. In: CIANCIARULLO TI, SILVA GTR, CUNHA ICKO. **Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 25- 32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: dia 05 dez. 2012

PINTO LF, et al. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005; 10: 205-13.

ROSA, Walisete Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Saúde da família: a

construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./ dez, 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

SACK R. **The human territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SCHNEIDER S, TARTARUGA IGP. Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. **Revista de Ciências Sociais**. 2004; 23(1): 99-117.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SPHINX BRASIL, 2013. Disponível em: <<http://sphinxbrasil.com/empresa/aempresa/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

SZWARCWALD CL, MENDONÇA MHM, ANDRADE CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006; 11(3): 643-655.

WATARI F. **Filhos, pais, padrastos**: relações domésticas em famílias recompostas das camadas populares. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto; 2010.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da Saúde**. 2 ed. rev. e ampl. Caixas do Sul: Educus, 2010. 440p.