

Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública

The vision of pregnant women and postpartum women users of the public health service

Ana Paula Fontana^{*1}, Adriane Borges de Andrade Medanha¹, Mariana Xavier Inácio¹, Priscilla de Paula Gusmão².

1. Universidade de Rio Verde, Rio Verde – GO – Brasil.

2. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO – Brasil.

Resumo

Objetivo: Este trabalho objetiva conhecer a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública de Rio Verde sobre o pré-natal. **Método:** É um estudo de campo, transversal, qualiquantitativo, realizado com gestantes atendidas em uma maternidade na cidade de Rio Verde-GO no período de outubro de 2015 a março 2016. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado pelos autores. **Resultados:** Foram entrevistadas 88 mulheres, com média de idade de 25,38±6,11 anos. A cobertura pré-natal na amostra foi alta 92 (97,88%), com número médio de consultas de 6,5±2,45 e idade gestacional média de início de acompanhamento de 10,36±6,22 semanas. Poucas gestações foram planejadas 32 (34,09%), e um alto número de mulheres 6 (6,81%) não tem apoio familiar para realização do pré-natal, entretanto tais variáveis não reduziram a adesão ao pré-natal ou o número de consultas realizadas. Destas, 26 (29,54%) relataram encontrar dificuldades na realização do pré-natal, sendo a principal delas o transporte. As doenças com maior índice de diagnóstico foram infecção de trato urinário e anemia. **Conclusão:** O percentual de gestantes que tem aderido ao pré-natal tem aumentado, apesar de ainda haver, entre elas, desconhecimento sobre o que é o acompanhamento e quais são seus objetivos. Percebe-se que, com a realização do pré-natal, muitas doenças podem ser diagnosticadas e tratadas minimizando os problemas de saúde no binômio mãe-filho.

Palavras-chave:

Cuidado pré-natal.
Gestantes. Saúde pública.

Abstract

Objective: This study aims to know the vision of pregnant women and puerperal users of the public health service of Rio Verde on prenatal care. **Method:** This is a cross-sectional, qualitative and quantitative study of pregnant women attended at a maternity hospital in the city of Rio Verde-GO from October 2015 to March 2016. A questionnaire prepared by the author was used to collect data. **Results:** 88 women were interviewed, with a mean age of 25.38± 6.11 years. The prenatal coverage in the sample was high 92 (97.88%), with a mean number of visits of 6.5± 2.45) and average gestational age at the start of follow-up of 10.36± 6.22 weeks. Few pregnancies were planned 32 (34.09%), and a high number of women 6 (6.81%) did not have family support for prenatal care, however, these variables did not reduce prenatal adherence or the number of inquiries made. Of these, 26 (29.54%) reported difficulties in performing prenatal care, the main one being transportation. The diseases with the highest index of diagnosis were urinary tract infection and anemia. **Conclusion:** The percentage of pregnant women who have adhered to prenatal care has increased, although there is still a lack of knowledge about what is monitoring and what are their objectives. It is noticed that, with prenatal care, many diseases can be diagnosed and treated by minimizing health problems in the mother-child binomial.

Keyword:

Prenatal Care.
Pregnant women.
Public health

***Correspondência para/ Correspondence to:** fontanaenfermagem@gmail.com

Maternidade Augusta Bastos, Rio Verde – GO – Brasil – 75901-110.

INTRODUÇÃO

A consulta de pré-natal é a única forma de reduzir a incidência de doenças e mortes durante a gestação e o puerpério, além de prover à gestante conhecimento sobre a gravidez e aumentar o vínculo entre o profissional de saúde e a paciente.¹

Diante de tamanha importância, a cobertura da assistência pré-natal vem sendo ampliada no Brasil, com cobertura crescente da assistência desde os anos 90. Entretanto, sabe-se que boa parte das brasileiras não realiza o acompanhamento gestacional conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde seja por dificuldade de acesso ao sistema de saúde, ou por falta de conhecimento de sua real importância. Sabe-se, também, que a maioria dessas mulheres é usuária do serviço de saúde pública e que o número de gestantes que realizam o pré-natal modifica-se de acordo com a região do Brasil, sendo o centro-oeste a terceira região com menor número de acompanhamento pré-natal relativo.²

Ocorrem, no mundo, anualmente, 120 milhões de gestações, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem, em consequência de complicações evitáveis durante a gravidez ou parto³. No Brasil, em 2003 a Razão de Morte Materna (RMM) foi de 51,74 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo que 92% desses casos de mortalidade poderiam ser evitados⁴. Para ocorrer redução dessas mortes, estratégias como melhoria no acesso e na qualidade dos serviços obstétricos são utilizadas, bem como amplificação da assistência pré-natal.⁵

Conforme alguns autores⁶, dados como esses, incentivou o Ministério da Saúde (MS) a criar o Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN), no ano de 2000. Isso se deu pelo fato de que um acompanhamento pré-natal adequado pode reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, sendo recomendado no mínimo 6 consultas pré-natal para gestação a termo.⁷

A atenção pré-natal permite que as futuras mães recebam orientações sobre exercícios, parto, medicamentos, o que as deixa mais seguras e

tranquilas em relação à sua saúde e à de seu filho, permitindo uma melhor qualidade e uma maior humanização no período de parto.^{8,9} Sendo assim, o objetivo desse estudo é verificar a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública de Rio Verde-GO sobre o pré-natal, expondo a realidade do sudoeste goiano, pois até o atual momento esses dados são escassos.

MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo de campo, transversal, de abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos n 1.202.415, realizada com gestantes de uma maternidade na cidade de Rio Verde. O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário semiestruturado elaborado pelos autores. A amostragem foi composta por gestantes e puérperas que se encontravam internada e aceitaram participar da pesquisa. Para critérios de inclusão da amostra foram considerados: aquelas que aceitaram a participar voluntariamente da pesquisa e que estavam internadas na Maternidade; que tinham 18 anos de idade ou mais, grávida ou puérperas. Para critérios de exclusão da amostra foram considerados: aquelas que sofreram patologias obstétricas e abortos além de idade inferior a 18 anos.

A pesquisa foi desenvolvida no ano de 2015/2016, com visitas semanais em horário comercial. Os dados foram coletados por meio da abordagem individual das gestantes e puérperas dentro da sala de pré-parto e pós-parto, e apresentaram como a pesquisa seria realizada e quais são seus objetivos e garantindo sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para as analfabetas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em voz alta pelas pesquisadoras e posteriormente coletada a digital da paciente confirmando seu consentimento no estudo. Após o consentimento, as participantes foram conduzidas para uma sala reservada disponibilizada pela instituição de estudo com posterior entrega do questionário proposto para

a coleta dos dados. Os questionários foram devolvidos diretamente às pesquisadoras, garantindo o anonimato da pesquisa. Os dados foram analisados em porcentagens e descritos.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 94 gestantes (100%), porém 6 (6,4%) foram excluídas do estudo por terem sofrido aborto. Das 88 participantes restantes, 12 (13,6%) eram gestantes e 76 (86,4%), puérperas com média de idade de 24,95 anos. Em relação ao perfil sociodemográfico 39(44,32%) é católica ou evangélica, 24 (27,27%) parda, 39 (44,32%) tem união estável ou é casada, 29 (32,9%) com ensino fundamental incompleto, seguida de 21 (23,9%) com ensino médio completo, e 20 (22,7%) com ensino médio incompleto. Quanto à profissão, 48 (54,5%) são do lar, e no quesito renda familiar, a grande maioria 83 (94,3%) apresentam renda entre 1 e 3 salários-mínimos.

Quanto ao histórico obstétrico das participantes, 80 (90,90%) delas já tinha um filho ou mais, e realizaram pré-natal nas gestações anteriores. Sobre a atual gravidez, somente 30 (34,09%) delas foram planejadas, e a descoberta da gestação ocorreu com diferentes idades gestacionais, o que culminou em diferentes idades gestacionais de início de acompanhamento pré-natal. Sete (58,33%) das gestantes estava com 38 e 39 semanas de gestação e 53 (69,73%) dos partos das puérperas ocorreu entre 38 e 41 semanas.

Para a avaliação da quantidade de consultas pré-natais realizadas, foram consideradas apenas as mulheres puérperas 76 (86,4%), devida a flutuação que ocorre nas gestantes de acordo com sua idade gestacional. Dessas mulheres, 52 (68,4%) realizaram 6 ou mais consultas e nenhuma mãe deixou de realizar pré-natal.

Já em relação à importância que essas mulheres atribuem ao pré-natal 79 delas (89,8%) acham o acompanhamento muito importante, 7 (7,9%) o classifica como mais ou menos importante, 1(1,1%) não respondeu à pergunta e 1 (1,1%) relatou não o achar importante. Quando indagadas se o parceiro e/ou familiares as

incentivavam a fazer o pré-natal, 82 mulheres responderam que sim e 6 disseram que não.

Na visão dessas mulheres, os principais benefícios do pré-natal são: diagnóstico e tratamento de doenças (opção marcada por 77 (87,5%) mulheres), retirada de dúvidas quanto à gestação 44 (50%), recebimento de informação sobre como realizar em caso de emergências ou como proceder quando entrasse em trabalho de parto 28 (31,8%). Apenas 8 (9,1%) delas relatou que o pré-natal melhorou o relacionamento médico-paciente. Uma delas relatou não achar o pré-natal importante, não trazendo benefícios.

Analisando-se o conhecimento das participantes sobre o pré-natal, 19 delas (21,6%) não conheciam nenhuma doença que normalmente é investigada no acompanhamento, 56 (63,6%) acreditavam ser realizados testes para AIDS, 16 (18,2%) para anemia, 19 (21,6%) para diabetes, 14(15,9%) para hipertensão, 43 (48,9%) para sífilis, 27 (30,7%) para hepatite B, 12 (13,6%) para infecção do trato urinário, e 11 (12,5%) para outras.

Sobre as dificuldades em realizar as consultas de pré-natal, 62 (70,6%) respondeu não ter tido nenhum tipo de dificuldade para realizar seu acompanhamento, e 26 (29,6%) afirmaram ter tido alguma dificuldade, sendo os principais motivos citados a dificuldade de transporte 14 (15,9%), dificuldade para agendar a consulta 11 (12,5%), dificuldade de horário 7 (8%), ou por não ter com quem deixar seus outros filhos 9 (10,2%).

Em relação ao diagnóstico de doenças durante o pré-natal, 37 (42%) afirmaram ter descoberto alguma alteração durante a realização do acompanhamento, 50 (56,8%) afirmaram não ter tido nenhuma patologia, e 1 não soube relatar sobre o resultado de seus exames. As doenças diagnosticadas nessas mulheres foram: infecção de trato urinário 25 casos (28,4%), anemia 19 casos (21,6%), hipertensão 3 casos (3,4%), toxoplasmose 2 casos (2,3%), sífilis 2 casos (2,3%), outras 3 casos (3,40%).

DISCUSSÃO

O perfil das mulheres estudadas é semelhante ao encontrado em outros estudos realizados

sobre a temática, com média de idade de 24 anos, parda, casada ou em união estável, com histórico de gestações anteriores, renda familiar de até três salários mínimos, do lar e com ensino fundamental incompleto.^{10, 11} Essa caracterização do perfil das participantes é essencial, já que estudos comprovam que as características socioeconômicas podem influenciar no número de consultas de pré-natal, número de gestação e tipo de parto.¹²

Em relação ao pré-natal, percebe-se que apenas uma mulher não realizou o acompanhamento na atual gestação (1,1%), indicando que a cobertura na região é alta, inclusive superior à encontrada em outras pesquisas¹³, realizada no Sul em que a prevalência de gestantes que não fizeram pré-natal foi de 4% (quatro) e em João Pessoa - PB, onde essa taxa atingiu 3,04%. O número médio de consultas dentre as puérperas foi de 6,5, sendo que a maioria (62,42%) das gestantes realizou 6 ou mais consultas.⁷ O Ministério da Saúde preconiza no mínimo 6 consultas pré-natal para uma gestação a termo, e, portanto, pode-se considerar que o número de consultas por pré-natal na amostra foi satisfatório.

Entretanto, percebe-se que o número de puérperas que realizou seis ou mais consultas é considerado baixo quando comparado com pesquisas que englobaram o pré-natal realizado em instituições públicas e particulares, como a pesquisa realizada em âmbito nacional, que encontrou uma proporção de 73,1% mulheres fazendo 6 ou mais consultas. Isso demonstra que ainda encontram-se diferenças na cobertura de pré-natal entres esferas públicas e particulares.¹⁴

No que se refere ao planejamento da gestação, percebe-se que apenas 34,09% delas foram planejadas. Todavia, o fato de a gestação não ter sido planejada, não interferiu na adesão ao pré-natal já que todas elas realizaram pré-natal com média de 6,5, respeitando a proporção geral.

Em relação ao acompanhamento pré-natal realizado nas gestações anteriores, 16 dessas mulheres afirmaram não o ter feito anteriormente. Dessas, todas o realizou na gestação atual, demonstrando que a informação

sobre a importância do pré-natal tem sido disseminada ao decorrer dos últimos anos. Todavia, percebe-se que algumas mulheres ainda o fazem sem saber sua importância, já que 7 afirmaram achá-lo mais ou menos importante, e uma não o acha importante. Isso demonstra que ainda há falta de informação entre a população sobre os benefícios de pré-natal bem feito.

Ainda em relação ao conhecimento dessas mulheres sobre o pré-natal, percebe-se que grande parte não sabe o motivo pelo qual faz o acompanhamento e quais doenças são triadas nele. Tal fato sugere a necessidade de rever e aperfeiçoar as práticas dos profissionais de saúde na atenção pré-natal, já que além da eficácia na prestação de serviço, as mulheres valorizam o compartilhamento de saber médico-paciente, e a atenção pré-natal tem como um de seus objetivos, o aprendizado.

A prevalência de acompanhamento pré-natal e número de consultas realizadas não estão relacionados ao apoio familiar, já que 6 mulheres (6,81%) relataram não ter esse apoio, mas dentre essas, todas fizeram o pré-natal e a média de consultas foi de 11,2, número bem superior ao encontrado na média geral.

Em relação à dificuldade para realizar o pré-natal, 26 (29,54%) mulheres relataram ter encontrado algum tipo de dificuldade, o que interferiu no número de consultas realizadas (média de 5,89), que foi inferior à média geral encontrada e inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. A principal dificuldade encontrada foi a de transporte, aventando a hipótese de necessidade de oferta de transporte gratuito para essas mulheres, já que a dificuldade pode ter sido financeira para arcar com esse gasto, e também a necessidade de melhor distribuição dos postos de prestação do serviço, já que a dificuldade também pode ser devida à longa distância.

A principal doença diagnosticada nessas mulheres foi infecção do trato urinário (ITU) (28,4%) e anemia (21,59%). A prevalência de ITU foi inferior à encontrada em outros estudos, que detectou ITU entre 33 e 42% em sua amostra.¹⁵

Já a prevalência de anemia foi muito superior à de alguns estudos, que encontrou um percentual variando de 3,4 a 4,8%¹⁶, porém inferior ao encontrado em outras pesquisas, que verificou uma ocorrência entre 36 e 47%.

Embora a gestação seja um fenômeno fisiológico que na maioria das vezes evolui sem intercorrências, ela requer cuidados especiais e o seu desfecho depende de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais. Sabe-se que desde a concepção até o pós-parto, inúmeras modificações ocorrem no organismo materno, pois este se prepara para prover tudo o que for necessário para que o conceito tenha um desenvolvimento adequado e tenha condições de sobreviver no ambiente extra útero.^{8, 17,18}

As alterações que se manifestam no organismo materno, durante a gestação se fundamentam em alterações hormonais, enzimáticas, presença do feto, aumento do volume uterino, etc. Sendo assim, deve-se analisar a gestação como uma prova de aptidão física do organismo materno, visto que a maioria de seus sistemas apresenta incremento de suas atividades.¹⁹

Uma boa assistência pré-natal pode reduzir taxas de mortalidade materna e neonatal³, pois por meio dela, podem ser identificados fatores de risco e diagnóstico de patologias tanto para a mãe como para o feto, por exemplo: Hipertensão arterial, Diabetes gestacional incidência de baixo peso, peso insuficiente ao nascer e prematuridade além de promover a boa prática de aleitamento materno.¹⁶ Além disso, no acompanhamento pré-natal também pode se desenvolver ações educativas, vacinação, estabelecer vínculo da gestante com o profissional de saúde e o seu local de parto, trazendo além de benefícios físicos para a grávida, vantagens psíquicas, uma vez que a futura mãe se sente mais acolhida, tranquila e confiante.⁷

O cuidado de rotina pré-natal feitos com acurácia por um profissional da saúde se faz extremamente necessários para identificar até que ponto as transformações maternas seguem de forma fisiológica e não patológica.²⁰ Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida materna e fetal, reduzindo os índices de

morbimortalidade durante a gestação e o puerpério, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que as gestantes façam, no mínimo, 6 consultas pré-natal para uma gravidez a termo, sendo a primeira no primeiro trimestre, duas no segundo, e três no terceiro.⁴

Para garantir o amplo acesso das gestantes ao serviço de pré-natal, a cobertura da assistência tem sido aumentada nos últimos anos¹⁸ e tem resultado na diminuição significativa das taxas de mortalidade materna e fetal.⁷ Ocorrem, no mundo, anualmente, 120 milhões de gestações, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações evitáveis durante a gravidez ou parto.³

Na América Latina morrem, anualmente, cerca de 28.000 mulheres devido a complicações na gestação e parto, sendo que 98% dessas mortalidades poderiam ser evitadas.⁸ No Brasil, no ano de 2011 houve 64,8 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, sendo que no ano de 2000 essa razão era de 73,3 para cada 100.000. A taxa de mortalidade neonatal também sofreu queda passando de 16,7 óbitos de recém-nascidos para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2000, para 10,6 em 2011.²⁰

O número de mulheres que não realizam pré-natal atualmente é baixo sendo que a maioria das gestantes classificam a assistência por elas recebida como adequada, além de que elas realizam um número médio de consultas superior ao preconizado pelo MS.¹³ Entretanto, percebe-se que ainda existe desigualdade na atenção oferecida. Sabe-se que mães adolescentes, de baixa renda familiar, baixo grau de escolaridade e negras tem menor acesso ao pré-natal.²¹ Também há diferença quantitativa de acesso das gestantes à assistência nas diferentes regiões do Brasil.²⁰ Tais fatores revelam iniquidades sociais presentes na assistência.⁶

Outra falha apontada por estudos nacionais na prestação da assistência pré-natal é a falta de vínculo entre os locais que prestam a atenção e aqueles que realizam o parto, fazendo com que a parturiente tenha que peregrinar quando em trabalho de parto à procura de uma vaga de internação, trazendo riscos adicionais à sua saúde e à de seu bebê.²² Além disso, uma baixa

qualidade na prestação dessa assistência, destacando a permanência dos altos índices de mortalidade materna e infantil por fatores evitáveis com um bom pré-natal, como hipertensão e sífilis congênita.^{23,24}

Em relação a mães soropositivas, sabe-se que o pré-natal é fundamental para o rastreio e diagnóstico, ele permite o tratamento e acompanhamento adequado das mulheres soropositivas e seus bebês. Assim, quanto mais cedo for realizado o diagnóstico das gestantes portadoras de HIV, melhor será a assistência e o prognóstico mãe-filho.¹¹

Diante do exposto observou-se que muito foi conquistado em termos de qualidade na realização do pré-natal, tendo em vista o grande percentual de gestantes que o realizam. Porém, ainda há o desconhecimento das futuras mães sobre o porquê ele é realizado. Nesse sentido, nota-se pouco conhecimento acerca das doenças e o impacto que elas têm sobre o feto/recém-nascido e mãe.

Deve-se destacar, no entanto, a eficácia da distribuição setorial de unidades básicas de saúde, que facilita o acesso das gestantes para realização de consulta e consequente acompanhamento adequado do pré-natal de baixo risco. O ganho que se tem com o contato com essas mulheres é inexplicável. O aprendizado, magnífico. Por meio desta pesquisa, houve aproximação entre acadêmicos e pacientes, esclarecimento de dúvidas e muitas vezes, amparo para angústias. Esse tema, de suma importância, proporciona ainda análise para gravidez na adolescência, renda salarial versus gravidez indesejada e o estado civil que também contribui para gestações não planejadas.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Fontana AP, Mendanha ABA, Inácio MX, Gusmão PP. Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. Rev. Educ. Saúde 2017; 5 (2): 72-78.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães CA, et al. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do programa Mais Médicos. Cinergis, Santa Cruz do Sul 2016; 18 (1): 25-28.
2. Domingues RMSM, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington 2015; 37 (3):140-147.
3. Cunha MA, et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery Enferm 2009; 13 (1):145-153.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. Holanda CSM, et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. Rev Panam Salud Publica, Washington 2015; 37(6): 388-394.
6. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JGO. Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento. Ver. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife 2004;4(3): 269-279.
7. Silva ALA, et al. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. Ver. Saúde Pública 2014; 48 (4): 682-691.
8. Landerdahl MC, et al. a percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de saúde. Esc. Anna Nery R Enferm 2007; 11(1): 105-111.
9. Castro ME, Moura MAV, SILVA, LMS. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. Ver. Rene,

2010; 11(s/n): 72-81.

10. Domingues, et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48 (5): 766-774.

11. Fonseca SC, et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudoeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2014; 19 (7): 1991-1998.

12. Leite FMC, et al. A influência das características socioeconômicas no perfil obstétrico de puérperas. *Aquichan* 2014; 14(4): p.571-581.

13. Anversa ETR, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2012; 28(4): 789-800.

14. Silva EP, et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*, Washington 2013; 33 (5): 356-362.

15. Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2014; sv(sn): 85-100.

16. Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo 2005; 51(6): 306-308.

17. Camargo RMS, et al. Fatores associados à deficiência de ferro em gestantes atendidas em serviço público de pré-natal. *Rev. Nutr.*, Campinas 2013; 26(4): 455-464.

18. Rezende J. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Koogan, 10. ed. 2006.

19. Carrara HHA, Duarte G. *Semiologia Obstétrica*. Medicina, Ribeirão Preto 1996; 29: 88-103.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.*

21. Domingues RMSM, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2012; 28 (3): 425-437.

22. Grando, et al. Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do SUS. *Cogitare enferm.* 2012; 17(2): 336-341.

23. Ziebell NS, Feil AC, Renner, FW. Perfil epidemiológico das gestantes HIV positivas e de seus recém-nascidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul no período de 2012-2013. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre 2017; 61 (1): 84-87.

24. Domingues RMS, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington 2015; 37 (3): 140-147:107-15.