



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CLAUDIA FERREIRA DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO NA
GRAVIDEZ:
O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIQUEMES-RO

2011

Claudia Ferreira da Silva

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO NA
GRAVIDEZ:
O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, com requisito parcial a obtenção do título de bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Sharon M. Fernandes.

Co-orientadora: Esp. Silvia M. Rossetto.

Ariquemes – RO

2011

Claudia Ferreira da Silva

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO NA
GRAVIDEZ:
O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, com requisito parcial a obtenção do título de bacharel em enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Orientadora Esp. Sharon M. Fernandes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Dr. Diego Santos Fagundes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a. Ms. Damiana Guedes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 13 de julho de 2011.

A Deus, por ser minha fortaleza e me conceder o privilégio deste trabalho

A meus pais, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, e ter sido minha fonte de inspiração.

A meus irmãos, que me deram incentivo.

E a todos, que contribuíram de forma direta e indireta para conclusão deste

trabalho: amigos de classe, professores e toda equipe FAEMA.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pela presença em minha vida, e por ser minha fonte de inspiração.

Aos meus familiares que fizeram dos meus momentos difíceis uma fonte de força, para que ao atravessar os obstáculos me sentisse mais forte.

As colegas de classe Jorcilene Salton de Lara, Elaine Paganini, Silvia Maria Santos e Andréa Portugal, que através delas pude compreender os verdadeiros valores de uma amizade.

As minhas orientadoras, as Professoras Sharon M. Fernandes e Silvia M. Rossetto, que me auxiliaram na construção deste trabalho, compreendendo os meus momentos mais difíceis.

A toda equipe FAEMA pela colaboração e paciência.

E a todos que contribuíram direta e indiretamente na construção do mesmo.

*"Comemorar a maternidade
é criar as condições
para que todas as mães
possam ser mães de verdade".*

Gilberto Dimenstein

RESUMO

Na assistência ao pré-natal de alto risco, o enfermeiro desenvolve um papel importante na identificação dos fatores de riscos potenciais que colocam mãe e filho em situação desfavorável durante a gestação e nos fatores de risco reais onde ambos são acometidos por risco de morte. O atendimento oferecido pelo ESF permite acompanhar a gestante garantindo qualidade e conforto a ela e sua família, e se a situação exigir hospitalização, a mesma deve ser feita com o devido acompanhamento por parte da ESF. Objetivou-se neste descrever através de revisão de literatura o enfermeiro na estratégia saúde da família diante dos fatores de risco na gravidez. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo exploratória, descritiva, qualitativa, que utilizou estudos em bases de dados on line da Biblioteca Virtual de Saúde – (BVS) e acervos da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – (FAEMA) Ariquemes-RO, com delineamento de 1995 a 2011, sendo utilizadas 38 referências. Conclui-se a importância da atuação do enfermeiro na identificação dos fatores de risco gestacional e define o papel dos profissionais da equipe Estratégia Saúde da Família no acompanhamento integral a gestante de risco.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco, assistência pré-natal, programa saúde da família.

ABSTRACT

In the assistance of the high risk prenatal, the nurse develops an important role in the identification of the potential risk factors which put mother and child in adverse situation during the gestation and also in the real risk factors where both are stricken by the death risk. The attending offered by FHS (Family Health Strategy) allows the follow up of the pregnant woman guaranteeing her family and her own comfort, and if the situation demands hospitalization, this has to be done with the outstanding follow up by FHS. It objectified describe, through the literature review, the role of the nurse in the Estratégia Saúde da Família (family health strategy) in face of the risk factors in the pregnancy. It is about a literature review, a fact-finding, describing, qualitative one, that utilized studies in the online database of Biblioteca Virtual da Saúde – BVS (Virtual library of health) and heap of the Julio Bordignon library from Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, in Ariquemes-RO, with delineation from 1995 to 2011, being utilized 38 references. It concludes the importance of the nurse acting in the identification of the gestational risk factors and defines the professionals of the Estratégia Saúde da Família (Family health strategy) staff's role in the integral follow up of the risk pregnant.

Keywords: high-risk pregnancy, prenatal care, Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DATASUS	Departamento de Informações do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da família
RN	Recém-Nascido
SIAB	Sistema Informação na Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	12
2.1 GERAL.....	12
2.2 ESPECÍFICO	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 ALTERAÇÕES DO PROCESSO GRAVÍDICO	14
4.1.1 Fisiológicos.....	14
4.1.2 Emocionais.....	15
5 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
5.1 ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DA GESTAÇÃO ATUAL	19
5.1.1 Histórico da atenção pré-natal	19
5.1.2 Atenção ao pré-natal em dias atuais	19
6 A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA GRAVIDEZ PELO PROFISSIONAL	23
7 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADA PARA A GESTANTE DE ALTO RISCO.....	27
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil sofreu algumas transformações do século XX, a Atenção Básica à Saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas à gravidez, parto e a criança. (CARDOSO et al., 2007).

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita com relação à mulher, baseava-se em sua especificidade biológica e de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos. (BRASIL, 2004).

As mulheres são a maioria da população brasileira, cerca de (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) cerca de 70% dessas mulheres utilizam-se dos serviços de saúde em benefício próprio, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, assim como idosos, e amigos. (BRASIL, 2004).

Dentro dos Programas do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aliada ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) tem demonstrado resultados favoráveis, justificado pelo aumento do atendimento pré-natal nas unidades básicas de saúde e na redução da taxa de mortalidade materna, a partir da identificação de gestantes no domicílio e da assistência envolvendo a continuidade da atenção ambulatorial no contexto familiar, social e humanizado. (BRASIL, 2002; CIANCIARULLO, 2002).

Dentre os profissionais que compõem o ESF, o enfermeiro desenvolve um papel importante na identificação de fatores de riscos potenciais que colocam mãe e filho em situação desfavorável durante a gestação e nos fatores de risco reais onde ambos são acometidos por risco de morte, ele deve ter um preparo clínico para realizar uma avaliação dinâmica e precisa, evitando agravos e auxiliando no diagnóstico. (BRASIL, 2010).

Neste sentido justifica-se a realização deste estudo bibliográfico com o intuito de contribuir com a comunidade acadêmica da FAEMA, com informações relevantes sobre o papel do enfermeiro na ESF no âmbito do pré-natal, Tendo em vista que a realização do levantamento tem por objetivo descrever a atuação do profissional enfermeiro na gravidez de alto risco no contexto estratégia de saúde da família.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Descrever através de revisão de literatura o enfermeiro na estratégia saúde da família diante dos fatores de risco na gravidez.

2.2 ESPECÍFICO:

- Descrever as alterações do processo gravídico: fisiológico e emocional.
- Realizar a diferenciação entre o programa saúde da família e a estratégia saúde da família;
- Identificar a assistência no pré-natal na gestação de alto risco;
- Salientar a importância da identificação dos fatores de risco na gravidez pelo profissional enfermeiro;
- Descrever o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família voltada para a gestante de alto risco.

3 METODOLOGIA

O presente estudo baseia-se em uma revisão de literatura relativa e atual do tipo descritiva qualitativa. Este estudo deu-se por meio de buscas em base de dados indexado, bem como outros meios digitais ou não, a conhecer: (i) Biblioteca Virtual de Saúde – (BVS), (ii) manuais do Ministério da Saúde e (iii) acervo da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - (FAEMA) Ariquemes/RO.

O delineamento do estudo obedeceu a critérios de inclusão: abrangência da estratégia de busca do ano 1995 a 2011; documentos científicos em idioma português e inglês; palavras chave em consonância com os descritores controlados da BVS (DeCS), a saber: gravidez de alto risco/ high-risk pregnancy; assistência pré-natal/ prenatal care; Programa Saúde da Família/ Family Health Program.

Foram utilizadas um total 35 referências, sendo 15 (47%) artigos publicados periódicos em português e língua estrangeira, nove (25%) livros, dez (25%) manuais do Ministério da Saúde, um (3%) em inglês, resultando neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A coleta de dados foi executada no período de Julho de 2010 a Junho de 2011.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ALTERAÇÕES DO PROCESSO GRAVÍDICO

4.1.1 Fisiológicos

A gravidez é um acontecimento biologicamente natural na vida da mulher, onde ela deve ser preparada para as mudanças fisiológicas e emocionais que irão surgir no decorrer da gestação. (DOURADO e PELLOSO, 2007).

Existem sinais gravídicos da gestação que ocorrem no corpo da mulher, como amenorréia, enjôos e etc., que podem indicar a possibilidade de uma gravidez, embora não sejam suficientes para afirmá-la. A gestação deve ser confirmada a partir da realização de exames laboratoriais e realização de ultrassonografias. (BRASIL, 2001).

Durante o exame físico o profissional se depara com diversas mudanças fisiológicas entre as mais comuns destacamos: o aumento das mamas, hiperpigmentação da auréola, aumento gradativo da circunferência abdominal, aumento gradativo do peso da mulher, o toque bimanual abdominal permite verificar o aumento e consistência do volume uterino, consistência cística, em meio à gestação é possível realizar ausculta dos batimentos cardíaco fetal (BCF), observar movimentos fetais e ao final da gestação pode ser observado o surgimento leve de edemas, aparecimento do colostro, rebaixamento abdominal, palpação céfalo pélvica do feto, sendo importante ressaltar a necessidade do acompanhamento dos sinais vitais durante todo período gestacional. (BRASIL, 2006, BRASIL, 1995, BARROS, 2009).

A gravidez dura em média 40 semanas, onde a criança que nasce a partir da 38ª semana de gestação são chamadas de a termo, as crianças nascidas antes de completarem esta data são chamadas de pré-termo e após as 42 semanas de gestação são chamadas de pós-termo. (BRASIL, 2001).

4.1. 2 Emocionais

Para algumas mulheres a gravidez é uma fase conflituosa, às vezes difícil, isso deve ser compreendido, pois muitas vezes não aceitando o fato de estarem grávidas, elas podem esconder negar ou fornecer informações desencontradas. (BRASIL, 1995).

Existem algumas ansiedades típicas que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional:

PRIMEIRO TRIMESTRE:	SEGUNDO TRIMESTRE:	TERCEIRO TRIMESTRE:
<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalência (querer e não querer a gravidez); • Medo de abortar seu filho; • Oscilações do humor; • Desejos e aversões por determinados alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introspecção e passividade; • Alteração do desejo e desempenho sexual; • Percepção dos movimentos fetais e seu impacto pela presença concreta do filho. 	<ul style="list-style-type: none"> • As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto; • Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte); • Aumentam as queixas físicas.

Fonte: BRASIL, 2006.

Essas mudanças causam variados níveis de estresse e ansiedade individual e familiar. Para que a assistência de enfermagem seja adequada o profissional deve estar apto a atender as necessidades da gestante, de seu parceiro e sua família, elas devem receber por parte dos profissionais de saúde conforto emocional e psicológico para conduzir sua gestação com autonomia e participarem da responsabilidade da maternidade. (FREITAS et al., 2006).

5 PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na atuação a saúde preventiva nasce em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com suas bases defendidas pelo impacto positivo do Programa de Agentes de Saúde (PACS), onde através de ambos é possível manter uma integração entre profissionais e usuário na assistência básica. (SAITO, 2008; CIANCIARULLO, 2002).

O Brasil tem destacado diversas estratégias que visa atender as necessidades de saúde de sua população, o PSF despontou por oferecer uma aproximação entre os serviços: sistema e usuário, as necessidades da população. (SAITO, 2008).

Entende-se como PSF uma estratégia política capaz de promover a organização do serviço prestado à atenção básica, nos sistemas municipais, inseridas num contexto de decisão institucional de fortalecimento a atenção básica, no do sistema único de saúde, embora rotulado como programa, a estratégia foge do modelo de concepção usual de programas, pois não se limita em tempo ou espaço geográfico e nem a alguns profissionais, pelo contrário possibilita uma integração de profissionais, onde as equipes de saúde se co-responsabiliza por cuidar das famílias de sua competência com responsabilidade para fazer vigilância dos processos saúde doença.(MENDONÇA, 2008).

A estratégia de incorporar o PACS a equipe de saúde é diminuir barreiras na comunicação entre profissionais de saúde e a comunidade, e para garantir a efetivação do vínculo, o processo de contratação tem como base alguns critérios: ser morador da área, ter envolvimento com a comunidade, conhecer a realidade dos moradores e ter afinidade com o serviço comunitário. (OHARA, 2008).

Existem níveis de atenção em saúde e cada nível envolve um sistema diferenciado, é preciso identificar e compreender o papel de cada unidade em seu interior. As denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são reconhecidas como unidades fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), e são milhares espalhadas por todo Brasil. O conjunto de UBS constitui o que chamamos de rede básica de saúde, encarregadas pela atenção primária,

onde a mesma é constituída de ações básicas nos campos de promoção, prevenção e assistência individual, com resolução dos problemas sociais em cada comunidade, onde se encontra inserido o PSF. (ROCHA, 2008).

O usuário ao procurar uma unidade básica de saúde, automaticamente ele passa a pertencer a um dos vários programas de saúde pública, a exemplo: saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher, do homem e do idoso, os profissionais devem atender o usuário do serviço de saúde de acordo com sua necessidade e aceitação, o Programa Saúde da Família visa esse atendimento de forma integral e contínua a atendê-lo na particularidade de sua necessidade. (CIANCIARULLO, 2002; ROCHA, 2008).

Dentro do PSF atua uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no atendimento extra-ambulatorial, das pessoas e das famílias de forma integral, contínua e pró-ativa onde elas estiverem, seja no meio familiar ou no meio social, essas ações de saúde são denominada ESF. (CIANCIARULLO, 2002).

Para as atividades da ESF, corresponder às necessidades da população é necessário que se realize um planejamento das ações, no qual é composto pelo diagnóstico situacional, identificação dos problemas, escolha das prioridades e planejamento das atividades que serão realizadas, onde o acompanhamento será feito através ações diretas ao usuário, onde será direcionado pelo Sistema de Informação em Atenção Básica, com dados coletados pelos trabalhadores do PACS. (BRASIL, 2000).

Moreno, 2008 diz que as características da atenção básica da ESF são:

- Acessibilidade da população através da porta de entrada que garante o direito ao atendimento;
- Continuidade do cuidado através do vínculo profissional a população adscrita;
- Integralidade da oferta de serviço que permite a responsabilização pelos problemas de saúde da comunidade e sua integração com os níveis secundários e terciários;
- Coordenação e integração do serviço que envolve o enfoque familiar, orientação à comunidade e a formação profissional.

A equipe de Estratégia Saúde da Família é composta por: um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um a dois técnicos em enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e cada equipe é responsável por cerca de 800 a 1.000 famílias, totalizando 2500 a 4000 pessoas, onde cada ACS cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Eles são responsáveis pelo cadastramento dessas famílias de sua área de abrangência, vigilância sanitária e epidemiológica, conhecer a realidade das famílias que estão sob sua responsabilidade, elaborar planos determinantes no processo saúde doença, prestarem assistência na recuperação integral à saúde, trabalhar pontos de prevenção e promoção a saúde direcionada a realidade de sua área, realizar consultas médicas e de enfermagem, acolhimento demanda espontânea, grupos programáticos atividade lúdicas, exercícios físicos e visitas e consultas domiciliares. (BARBOSA e FRACOLI, 2005; BRASIL, 2000).

A consulta de enfermagem, prescrição e solicitação de exames, pelo enfermeiro no âmbito da estratégia saúde da família, são procedimentos inseridos num modelo inovador a atenção à saúde. (BARROS, 2009).

Conforme o Ministério da Saúde PORTARIA Nº. 648/GM DE 28 DE MARÇO define as atribuições do enfermeiro na ESF:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações (BRASIL, 2006.p.6).

Geralmente as visitas domiciliares são realizadas no cotidiano pelos ACS, onde sua finalidade é monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente as que se encontra em situação de risco, nessas visitas não se incluem consultas, porém as consultas acontecem, quando estritamente necessárias, sendo realizadas pelo médico e enfermeiro conforme a situação do doente. A internação domiciliar, também é pratica incentivada pelo PSF,

mas não substitui a internação hospitalar, só deve ser realizada no intuito de humanizar, garantindo qualidade e conforto ao paciente, se a situação exigir hospitalização, a mesma deve ser feita com o devido acompanhamento por parte do PSF. (BRASIL, 2000).

5.1 ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISO

5.1.1 Histórico da atenção pré-natal

No ano de 1892, Madame Becquet de Vienna, estabeleceu o primeiro abrigo a gestante sem recursos em Paris, sendo está uma das primeiras residências de controle pré-natal. (BARROS, 2009.)

Pinard, médico francês, foi o primeiro a defender o exame abdominal pré-natal e a induzir o parto antes do término da gestação para evitar desproporção cefálio pélvica. Madame Becquet e Pinard abriram uma residência que abrigavam gestantes que necessitavam de recursos, e os resultados obtidos referentes à mãe e aos recém-nascidos eram melhores que as mães procedentes em seus próprios domicílios. Na década de 50, era realizado pelos médicos um grande número de controle pré-natal diminuindo o numero de visitas nas clínicas municipais. Ainda na década de 50 foram estabelecidas rotinas de visitas mensais durante as 28 primeiras semanas de gestação e quinzenal até 36ª semana, posteriormente a essa data, as visitas de davam semanais. Nessas consultas de pré-natal era realizado controle ponderal, palpação abdominal, exame ginecológico e gradualmente foram incluídos exames e sorologias laboratoriais (BARROS, 2009).

5.1.2 A atenção ao pré-natal em dias atuais

O principal foco da atenção à saúde pública tem sido a mulher, principalmente no período reprodutivo que inicia-se aos 10 anos de idade estendendo-se até os 49 anos, onde ela esta inserida em um contexto familiar e social e está prestes a qualquer momento inserir nesse meio um novo ser. O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) visa o atendimento a mulher em diversos aspectos da saúde, referente à mulher no

período reprodutivo inclui-se: “planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica de morte materna e sexualidade. (COSTA et al., 2005 e OHARA, 2008, p.231).

A assistência pré-natal visa assegurar a evolução normal da gravidez, envolvendo cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e especialmente do profissional de saúde, identifica fatores desfavoráveis e preveni complicações durante a gestação, essa assistência deve instruir a gestante sobre as mudanças ocorridas nesse período, preparando a mulher durante a gestação para o parto, puerpério, lactação, adaptando a gestante nos desafios ao formar uma família. O cuidado pré-natal deve ser concluído após a consulta puerperal (COSTA et al., 2005 e FREITAS et al., 2006).

O Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN) introduziu recursos para custear essa assistência a gestante, mediante ao cumprimento de alguns critérios mínimos: Sendo a primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação, acompanhado de exames laboratoriais de rotina, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre incluindo novos exames, totalizando o mínimo de seis consultas durante todo o pré-natal, e finalizando com uma consulta puerperal até 42 dias do nascimento do RN. (SERRUYA et al., 2004).

Nesse seguimento de consultas pré-natal, preconiza-se após a 36° semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, sendo avaliado a pressão arterial, presença de edemas, altura uterina, movimentos fetais e batimentos cardíofetais, após completar a data provável do parto, se o mesmo não ocorrer em até sete dias a gestante deve ser encaminhada a consulta médica.(BRASIL, 2000).

O enfermeiro deve ficar atento para interpretar as percepções das gestantes no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais), ele não deve impor seus conhecimentos e ignorar a realidade da paciente, caso isso aconteça às orientações poderão não ser aceitas por incompatibilidade, conhecer sua realidade e priorizar suas necessidades é parte fundamental na determinação da paciente na realização do auto cuidado. (RIOS e VIEIRA, 2007).

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. (BRASIL, 2000).

O comportamento afetivo por parte da enfermagem contribui com a satisfação da mulher, adesão ao tratamento, qualidade de vida e sua recuperação. Esse comportamento favorece a construção de um vínculo de confiança entre profissional e usuário do serviço, fatores essenciais para o cuidado humanizado. (FERNANDES, 2007).

É importante ressaltar a participação da enfermagem nas principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com os movimentos sociais feministas referentes ao programa de humanização no pré-natal e nascimento, diante disto o ministério da saúde tem criado portarias que favorecem a atuação desses profissionais na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal. (GUTIERREZ e TONETO, 2009).

A Portaria /GM N°. 569 de 01 de junho de 2000, afirma que a humanização na gravidez, parto e puerpério, é receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido, pois pode acarretar com freqüência, maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2000).

Segundo Cunha et al., 2009, Cabe ao enfermeiro disseminar conhecimento, trocar experiências com outros profissionais, para que a proposta de humanização alcance uma filosofia profissional, pois a qualidade no atendimento humanizado a mulher, sofre influência da formação profissional, nas escolas de enfermagem e médica.

O grupo de mulheres que não apresenta complicações compõe o chamado grupo de gestações de "baixo risco", de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº. 94.406/87-, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, pois o mesmo possui embasamento teórico e científico para conduzir de forma integral e com autonomia esse pré-natal. (CUNHA et al., 2009).

Para que o Ministério da Saúde possa monitorar e acompanhar a atenção do pré-natal e puerpério de forma organizada, foi disponibilizado o DATASUS: um sistema informatizado que fornece informações que serve para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisões baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Dentro dele está inserido o programa SISPRENATAL que é um software desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS. O SISPRENATAL é de uso obrigatório nas unidades de saúde e possibilita à avaliação da assistência e atenção, a partir do acompanhamento das gestantes cadastradas, ele disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período, assim como os indicadores de resultado. (BRASIL, 2008).

6 A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA GRAVIDEZ PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Em alguns casos, a gestação pode começar com problemas, ou ainda surgirem durante o período, apresentando uma possibilidade maior de evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para o feto. São as chamadas gestações de "alto risco". (NERIS-SANTANA et al., 2010).

Brasil 2001 define risco gravídico como sendo aquele no qual a vida e saúde de mãe e/ou feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações, esse conceito de "risco" surge para identificar vulnerabilidade nos períodos da gestação. (GOMES et al., 2001).

A identificação precoce de doenças que acometem a mulher na gestação, parto e puerpério é fundamental para decidir a assistência, tratamento e encaminhamento adequado. (ALISSON et. al., 2011).

BRASIL, 2010 ressalta a promoção da maternidade segura como sendo um compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós, Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a essa pequena parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido desencadeados nesse período.

A atuação do enfermeiro no programa pré-natal implica em um preparo clínico para identificar riscos potenciais que são aqueles submetem mãe e filho a fatores desfavoráveis durante a gestação e riscos reais que são aqueles em que ambos correm risco de morte, o profissional enfermeiro responsável pelo pré-natal de risco deve ter uma ampla visão sobre as diversas situações e práticas que envolverão raciocínio e julgamento clínico. (PEREIRA e BACHION, 2005).

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax e abdômen, membros e inspeção pele e mucosa, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspecto do bem estar materno e fetal. (BRASIL, 2006).

Durante a consulta o enfermeiro coletará dados a fim de compor todo o histórico não só da doença, mas da vida pessoal e do trabalho da mulher. (FERNANDES, 2007).

No momento do acompanhamento a gestante, o profissional deve desenvolver intervenções de forma preventiva, educativa e terapêutica, de acordo com os dados já coletados no momento da anamnese, onde ela deve ser incentivada a realizar o auto cuidado necessário, tendo em vista o novo ser em formação. (FARIAS e NOBREGA, 2000).

Na Tabela 1 estão presentes os fatores de risco gestacional presentes anteriormente a gestação, eles se dividem em:

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO, CONFORME SUAS CAUSAS, SINAIS E SINTOMAS.

FATORES DE RISCO	CAUSAS/SINAIS E SINTOMAS
Condições físicas:	<ul style="list-style-type: none"> • Idade maior que 35 anos; • Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; • Altura menor que 1,45m; • Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); • Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
Condições sociais:	<ul style="list-style-type: none"> • Situação conjugal insegura; • Conflitos familiares; • Baixa escolaridade;
Condições demográficas:	<ul style="list-style-type: none"> • Condições ambientais desfavoráveis; • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; • Hábitos de vida – fumo e álcool; • Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, • Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
História reprodutiva:	<ul style="list-style-type: none"> • Abortamento habitual; • Morte perinatal explicada e inexplicada; • História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; • Parto pré-termo anterior; • Esterilidade/infertilidade; • Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; • Nuliparidade e grande multiparidade; • Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; • Diabetes gestacional; • Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO, CONFORME SUAS CAUSAS, SINAIS E SINTOMAS. (Continuação)

Condições preexistentes:	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial; • Cardiopatias; • Pneumopatias; • Nefropatias; • Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); • Hemopatias; • Epilepsia; • Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); • Doenças auto-imunes; • Ginecopatias; • Neoplasias.
Doença obstétrica na gravidez atual:	<ul style="list-style-type: none"> • Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; • Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; • Ganho ponderal inadequado; • Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; • Diabetes gestacional; • Amniorrexe prematura; • Hemorragias da gestação; • Insuficiência istmo-cervical; • Aloimunização; • Óbito fetal.
Intercorrências clínicas:	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); • Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: BRASIL (2010).

7 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADA PARA A GESTANTE DE ALTO RISCO

O profissional enfermeiro deve estar preparado para atender e direcionar uma demanda diversificada, seja na rede básica, hospitalar, ambulatorial e no atendimento domiciliar oferecido pela ESF. Os pacientes assistidos pela Unidade Básica que necessitam de atendimentos extra-ambulatorial, como as gestantes de alto risco, além das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, recebem também visita do profissional enfermeiro, podendo ele realizar consulta de enfermagem e consulta pré-natal de rotina caso a gestante necessite, a equipe da ESF pode solicitar atendimento secundário que envolve profissionais especialistas e exames complementares para diagnósticos e atendimento terciário que envolve internação hospitalar. (BRASIL, 2000; MORENO,2008; OHARA, 2008).

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família nas unidades básicas aumentou o número de pessoas para realizar consultas médicas e de gestantes que realizam acompanhamento pré-natal. Nas áreas de atuação do ESF, as gestantes são identificadas pela equipe, são cadastradas e 95,9% são acompanhadas mensalmente. Recomenda-se que o pré-natal seja iniciado ainda no primeiro trimestre da gestação, pois é sabido que o acompanhamento da saúde da gestante e do feto ainda no início da gestação propicia a redução da taxa de mortalidade materno-infantil, principalmente mortalidade perinatal. (BRASIL, 2002).

As atribuições em grupo do profissional enfermeiro e ACS, que atua na ESF, (BRASIL, 2000) destacam:

Enfermeiro: desenvolver ações em serviço para ACS, auxiliares de enfermagem, vigilância epidemiológica e sanitária, discutir com a equipe soluções, estratégias e metas para o processo do trabalho, consultas de enfermagem, atendimento em grupo, ações de assistência a saúde da mulher, gestante, criança, idoso, hipertenso, diabético, controle de tuberculose, hanseníase, e campanhas de imunização.

Agentes Comunitários de Saúde: mapeamento da área de abrangência, cadastrar as famílias, as famílias de risco, realizar visitas domiciliares mensalmente, participar do processo educativo as famílias, incentivar a

participação da comunidade, comunica a equipe as doenças de notificação compulsória, fazer diagnóstico de saúde da comunidade, auxiliar no controle de doenças endêmicas e epidemias, participar do grupo educativo, sobre os diversos temas, como: saúde da mulher, controle de hipertensão, diabetes, grupos de crianças, grupos de saúde bucal, etc, confere cartão de vacinação das crianças, levar orientações sobre saúde bucal, dieta e prevenção.

Os ACS são identificados pelos usuários como mediador entre a comunidade e os profissionais de saúde, e são valorizados pelo fácil acesso que dispõe o sistema formal de atenção à saúde e torna menos árduo o processo de acesso ao cuidado, permitindo que o usuário tenha facilidade de acesso ao atendimento profissional e permite ao profissional conhecer sua clientela de atendimento. (TRAD et al., 2002).

Segundo OHARA, 2008, BRASIL, 2000 a visita domiciliar tem como objetivo prestar assistência ao paciente em seu próprio domicílio e após essas visitas é necessário que a equipe avalie se os objetivos foram alcançados, se há necessidade de programar novas ações com outro enfoque, identificar a necessidade de acompanhamento e estabelecer retornos. Na assistência voltada à gestante são necessários alguns critérios, para incluí-las e mantê-la integrada a assistência pré-natal:

- Captar as gestantes não inscritas no pré-natal;
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente às de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- Incentivar o acompanhamento pré-natal;
- Esclarecer sinais e sintomas da gestação, controlar sinais vitais;
- Conferir a imunização;
- Incentivar humanização;
- Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que deslocamento da gestante à unidade, em determinado período seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- Realizar consulta de pré-natal em domicílio (caso a gestante apresente impossibilidade de comparecer à unidade);
- Orientar sobre a importância do aleitamento materno;

- Orientar nos cuidados com o RN;
- Identificar possíveis complicações;
- Orientar o planejamento familiar;
- O profissional deve realizar visita na 36ª semana de gestação para avaliar condições de moradia, socioeconômica, cultural e de saúde da gestante e sua família;
- Identificar vulnerabilidade que possam colocar a gestante e sua família em risco.

O atendimento oferecido pelo ESF permite acompanhar a gestante garantindo qualidade e conforto a ela e sua família, e se a situação exigir hospitalização, a mesma deve ser feita com o devido acompanhamento por parte da equipe de ESF. (BRASIL, 2000).

CONCLUSÃO

Através deste estudo é possível concluir que a mulher tem sido o principal foco de atendimento na saúde pública, pois a maior preocupação do governo na saúde da mulher está relacionada ao ciclo reprodutivo, principalmente no cuidado materno-infantil.

De acordo com os objetivos propostos neste estudo é de grande relevância o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família diante dos fatores de risco na gravidez, nas informações oferecidas a gestante sobre as mudanças físicas e emocionais, nesse sentido conclui-se a importância da assistência preventiva oferecida pelo profissional enfermeiro no pré-natal onde ele atua de forma a evitar agravos, auxiliar no diagnóstico dos fatores de risco potenciais e reais que podem acometer mãe e filho durante a gestação, promove ações de promoção e prevenção em saúde.

As atividades desenvolvidas pela ESF aliada ao PACS oferecem atendimento integral e contínuo, identificando os usuários que necessitam de atendimento no domicílio ou no meio social. Essa busca tem contribuído para aumentar o atendimento nas unidades básicas de saúde, tanto no atendimento médico como no atendimento de enfermagem aumentando o número de mulheres acompanhadas pelo atendimento pré-natal, resultado em redução significativa da taxa de mortalidade materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ALISSON, James; RUTH, Endacott; ESTENHOUSE, Elisabeth. Identifying women requiring maternity high dependency care. **Midwifery**. v.27, n.1, feb. 2011, Pages: 60-66.

Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613809001181>> Acesso em: 24 jun 2011.

BARBOSA, Tatiane Aparecida Venâncio; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do fluxograma analisador para a organização da assistência à saúde no programa saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, n.4, Rio de Janeiro, jul-ago 2005, p. 1036-1044. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000400006&script=sci_arttext> acesso em 23 jun 2011.

BARROS, Sonia Maria de Oliveira. **Enfermagem obstétrica e ginecológica, guia para a prática assistencial**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009. 103-104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acompanhamento a saúde da mulher, gestação, parto e puerpério. Brasília, 1995, p. 9-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.5-7. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 19 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção Básica, Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, p. 34-43.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.5-6. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em 24 jun 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 6. Disponível em: < repositorio.aev.edu.br/files/c5fb9c9e469dc39f8ac68defd7ed.pdf> Acesso em 24 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.21. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em 19 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 37. Disponível em: <bvsms.saude.com.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde de 2006. **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO**: Define as atribuições do enfermeiro no PSF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em 24 jun 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS. 2008**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>: Acesso em 27 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.7-11. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 19 de jun 2011.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria; MENDES, Vanja Bastos. O pré-natal e a saúde da mulher na gestação. **Diálogos Possíveis**. n [sn], p.143-159, Brasília, jan-jun 2007. Disponível em: <www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf> Acesso em 19 jul 2011.

CARVALHO, Sergio Rezende. **Saúde coletiva e promoção da saúde, sujeito e mudança**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 111-123p.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. 192p.

COSTA, Ana Maria; GUILHER, Dirce; WALTER Maria Inês Machado Telles. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v.39, n.5, p.768-774, São Paulo, oct 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102005000500011&script=sci_arttext> acesso em 24 jun 2011.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery, revista de enfermagem**. v.13, n. 1, Rio de Janeiro. Jan-Mar 2009 p.145-153. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100020&script=sci_arttext> Acesso em 24 jun 2011.

DOURADO, Viviane Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e uma programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**, Maringá-PR, p. 69-74, jan.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000100012&script=sci_arttext> Acesso em: 24/Jun/2011.

FARIAS Maria do Carmo Andrade Duarte; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Diagnóstico e enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do auto cuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino-am de enfermagem**. v. 8, n.6, Ribeirão Preto, dez 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000060009&lng=pt&nr=isso> Acesso em: 20 jun 2011.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5.ed. Porto Alegre: Artemed, 2006. 25-30p.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007. 92-94p.

GOMES, Romeu et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-am Enfermagem**. v. 9, n.4, São Paulo, jul 2001, p.62-67. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf> Acesso em: 23 jun 2011.

GUTIERREZ, Cristiane; TONETO, Natalia Cristina Pombal Carvalhal. A importância da enfermagem na assistência ao parto humanizado: Estudo de caso. **Faculdade de Saúde de São Paulo**, Penápolis, 2009, p. 17. Disponível em: http://www.fassp.edu.br/uploads/monografia_138.pdf. Acesso em 26 jun 2011.

MENDONÇA, Ana Valeria M.; SOUZA, Maria Fátima; GOMES, Radilson Carlos. **Estratégia Saúde da família no Brasil: 15 anos tecendo redes de atenção a saúde**. 1. Ed. Brasília: Departamento de ciências da Informação. Universidade Brasília (CID/UnB), 2008, p.28.

MORENO, Vânia. Enfermeiras das unidades básicas de saúde. **Revista Rene**. v.9, n.1, Fortaleza, jan-mar 2008, p.9-18. Disponível em:

<<http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistaRENE/2008/vol9/no1/1.pdf>> Acesso em: 29 jun 2011.

NERIS-SANTANA, Fernanda dos Santos et al. **Atuação da enfermagem em urgências, Gestação de alto risco, Hipertensão arterial**. Minas Gerais, [s.n], p.653-673, 2010. Disponível em:

<www.actiradentes.com.br/revista/lista.php?pagi=13> Acesso em: 26 jun 2011.

OHARA, Elisabeth Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da família, considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.53-54p.

PEREIRA, Sandra Valeria Martins; BACHION, Maria Márcia. Diagnostico de enfermagem em identificados durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**. v.58, n.6, p. 659-664 nov-dez 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000600006&script=sci_arttext> Acesso em 23 jun 2011.

POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2000. 25p.

RIOS, Claudia Ferreira Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um

espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, Rio de Janeiro, mar-apr 2007,p.1-15. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000200024&script=sci_arttext> Acesso em 22 jun 2011

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde pública, Bases conceituais**. São Paulo: Ateneu, 2008. 287-301p.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Integralidade da atenção, organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2008. 89-93p.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tânia di Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.**Caderno de Saúde Pública**.v.20, n.5, Rio de Janeiro, set - out 2004, p.1281-1289. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/22.pdf> Acesso em 24 jun 2011.

TRAD, Leny Alves Bomfin et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário, do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 7, n.3, Salvador, Ago 2002, p.581-589. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf> Acesso em 22 jun 2011.