

Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil

An assessment of the indicators and coverage of the Brazilian Prenatal and Birth Humanization Program in Salvador, Bahia, Brazil

Enilda Rosendo do Nascimento¹

Mirian Santos Paiva²

Quessia Paz Rodrigues³

¹⁻³ Departamento de Enfermagem Comunitária - DECOM. Universidade Federal da Bahia. Rua Dr. Augusto Viana, s.n. Salvador, BA, Brasil. CEP: 40.110-060. E-mail: enilda@ufba.br

Abstract

Objectives: calculate selected indicators for the prenatal care provided to pregnant women by public healthcare services in Salvador, Bahia, Brazil.

Methods: this quantitative study, carried out in the city of Salvador used records of prenatal care from those health units integrating the Brazilian Prenatal and Birth Humanization Program (BPBHP), kept records from their pregnant subjects and contributed regularly with information to the SISPRENATAL database in 2002. Data from the Municipal Health Department's Regulation and Assessment Coordination (reference year = 2002) were analyzed by means of a statistical software and presented in simple frequencies.

Results: the indicators under investigation determined prenatal care coverage of 14.2% in the health clinics, totaling 6044 women. Of these 37.8% were registered in the BPBHP. Anti-tetanus vaccine or additional doses were given to 33.5% of the subjects in the BPBHP and HIV testing was performed in 17.6%.

Conclusions: during 2002, it was determined that the BPBHP in Salvador provided low coverage for prenatal care, anti-tetanus vaccination and anti-HIV testing. Although BPBHP has the objective of maternal and neonatal mortality reduction, it failed to cover the major cause of maternal death in Salvador: abortion.

Key words Prenatal care, Reproductive medicine, Healthcare services, Anti-HIV test, Gender and health

Resumo

Objetivos: calcular alguns indicadores de processo para a assistência pré-natal prestada às gestantes em serviços públicos de Salvador, Bahia.

Métodos: estudo quantitativo desenvolvido em Salvador, a partir de registros do atendimento pré-natal das unidades de saúde que aderiram ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), mantinham cadastramento de gestantes e produziam informações regulares para o SISPRENATAL no ano de 2002. Os dados foram obtidos através da Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA) da Secretaria Municipal de Saúde e teve como base o ano de 2002. Os dados foram processados através de software estatístico e apresentados em frequências simples.

Resultados: a partir dos indicadores investigados, identificou-se uma cobertura de assistência pré-natal nas unidades de saúde de 14,2%, correspondendo a 6044 gestantes atendidas nessas unidades. Deste total, 37,8% foram inscritas no PHPN. Dentre as gestantes inscritas no PHPN, 33,5% receberam a dose imunizante ou a dose de reforço da vacina antitetânica, e 17,6% foram submetidas ao teste anti-HIV.

Conclusões: durante o ano de 2002, a assistência pré-natal em Salvador, prestada no âmbito do PHPN, apresentou baixa cobertura de consultas pré-natais nas unidades de saúde, assim como, baixa cobertura de vacinação antitetânica e de teste anti-HIV. Apesar do PHPN ter por finalidade a redução da mortalidade materna e neonatal, suas medidas não abrangeram a maior causa de morte materna em Salvador: o aborto.

Palavras-chave Cuidado pré-natal, Medicina reprodutiva, Serviços de saúde, Teste anti-HIV, Gênero e saúde

Introdução

Nos últimos anos tem-se observado melhoria nas condições de saúde das mulheres, especialmente nos países desenvolvidos. Entretanto, em países em desenvolvimento como o Brasil, são muitos os problemas relacionados à saúde reprodutiva, destacando-se o risco de morte materna em decorrência da gravidez, parto ou puerpério.¹

Em 2002, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 por cem mil nascidos vivos, considerando o fator de correção de 1,4 identificado por Laurenti *et al.*² Essa taxa é muito elevada quando comparada com taxa semelhante em outros países. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS),³ as taxas de mortalidade materna para o ano de 2000 em Cuba, Chile e Uruguai foram, respectivamente, 33, 31 e 27 por cem mil nascidos vivos.

Em Salvador, a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 66 por cem mil nascidos vivos sendo o aborto, as doenças hipertensivas (incluindo a eclâmpsia) e as infecções puerperais as principais causas de mortes.⁴ Entretanto, grande parte dessas causas pode ser evitada através de assistência adequada durante o pré-natal e parto, dentre outras medidas.

Na tentativa de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde⁵ instituiu, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) visando, essencialmente, a redução das taxas de mortalidade materna peri e neonatal. Através do PHPN, os municípios adotariam medidas que garantissem o acesso e a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal.

No tocante à assistência pré-natal, o Programa prevê como ações essenciais: a captação precoce das gestantes, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra até o quarto mês de gestação; a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal; aplicação da dose imunizante da vacina antitetânica (segunda dose) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos: tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, sumário de urina, glicemia, hematócrito, hemoglobina e testagem anti-HIV.

O PHPN está de acordo a proposta da OMS, para a atenção pré-natal, que em seu novo modelo limita o número de consultas clínicas e restringe os exames, os procedimentos clínicos e as ações de seguimento àqueles que têm demonstrado por meio de sólida evidência, melhorar os resultados maternos

e/ou perinatais.⁶

Iniciativa parecida foi desenvolvida pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina que, através do Projeto Diretrizes, vêm se baseando no método de coleta de evidência para recomendar ações relativas ao diagnóstico da gravidez, roteiro de consultas pré-natal, rotina ultrassonográfica e avaliação da vitalidade fetal no pré-natal.⁷

A avaliação do PHPN no Brasil, realizada por Serruya *et al.*,⁸ aponta a Bahia como um dos Estados que atingiu, em 2002, a menor cobertura do número mínimo de consultas no pré-natal (2,7%); em relação à captação precoce das gestantes, a Bahia ocupa a 19ª posição com um percentual de 17,5% de gestantes inscritas no PHPN que receberam a primeira consulta até o quarto mês de gravidez; e, apenas 12,4% das gestantes inscritas foram submetidas ao teste anti-HIV.

Apesar do Estado da Bahia ter aderido ao PHPN em 2001, nem todos os aspectos da assistência pré-natal foram analisados até o momento, especialmente no município de Salvador. Assim, este estudo focaliza alguns indicadores de cobertura no pré-natal em 2002, no primeiro ano de implantação do Programa em Salvador, Bahia, com destaque para a proteção às mulheres e recém-nascidos contra o tétano e o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

Desse modo, o presente estudo objetiva: identificar o número de unidades de saúde que implantaram o PHPN, segundo o Distrito Sanitário; estimar a cobertura pré-natal por serviços de saúde que aderiram ao PHPN; calcular o percentual de gestantes inscritas no PHPN em relação ao total de gestantes cadastradas nas unidades de saúde; calcular o percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a dose imunizante ou dose de reforço da vacina antitetânica; calcular o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV no ano considerado.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa realizado em Salvador, Bahia, Brasil no período de agosto de 2003 a dezembro de 2004, que tomou como referência os indicadores de avaliação previstos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Foram analisados os seguintes indicadores:

- Percentual de unidades de saúde que implantaram o PHPN em 2002;
- Percentual de gestantes que se inscreveram

no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (obtido pelo total de gestantes inscritas no PHPN em 2002 dividido pelo total de nascidos vivos do ano de 2002, multiplicado por 100);

- Percentual de gestantes inscritas no PHPN em relação ao número de gestantes cadastradas nas unidades de saúde (obtido pelo número de gestantes inscritas no PHPN, em 2002, dividido pelo total de gestantes cadastradas nas unidades de saúde, em 2002, multiplicado por 100);

- Percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica (obtido pelo número de gestantes que receberam a segunda dose ou dose de reforço da vacina antitetânica, em 2002, e que possuíam pelo menos 260 dias de idade gestacional, dividido pelo total de gestantes inscritas no PHPN que deveriam receber a segunda dose ou dose de reforço da vacina antitetânica, em 2002, multiplicado por 100);

- Percentual de gestantes inscritas no PHPN que aceitaram, voluntariamente, realizar o teste HIV (obtido pelo número de gestantes que realizaram o teste HIV, em 2002, e que possuíam 280 dias ou menos de idade gestacional, dividido pelo total de gestantes inscritas no PHPN que deveriam realizar o teste HIV, em 2002, multiplicado por 100).

As variáveis selecionadas para o estudo foram o número de unidades de saúde que implantaram o PHPN; o número de gestantes cadastradas nas unidades de saúde, que é dado pelo número de gestantes que procuraram a unidade de saúde em busca de atendimento no pré-natal; o número de gestantes inscritas no PHPN - definido pelo número de gestantes que realizaram a primeira consulta de pré-natal até a 16ª semana de gestação; a população-alvo foi o número de gestantes estimado pelo número de nascidos vivos no ano base (2002); a aplicação da segunda dose da vacina antitetânica para a prevenção do tétano neonatal e a realização do teste HIV para detecção de infecção pelo vírus HIV na gestante.

Os dados foram obtidos na Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e foram gerados pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRE-NATAL), um sistema de informação criado para o monitoramento e avaliação das ações previstas no PHPN, além de fornecer as bases de cálculo para o repasse financeiro aos municípios que aderiram ao Programa.

O SISPRENATAL constitui-se em um *software* desenvolvido pelo Departamento de Informação e

Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), possuindo interface com o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes inscritas no Programa. A alimentação do referido sistema é realizada através de duas fontes de dados: a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário de Atendimento, que são preenchidas, em geral, por profissionais que realizaram a primeira consulta e as consultas subsequentes. Foram utilizados, ainda, dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para Salvador.

A coleta de dados teve como base o ano de 2002. Os dados foram processados através de *software* estatístico e apresentados através de frequências simples. Posteriormente foi realizada a discussão dos fenômenos relevantes identificados, visando responder ao objetivo específico e aos aspectos destacados de cada componente do Programa.

Resultados

Em 2002, 38 dos 102 serviços públicos de saúde do município de Salvador haviam implantado o Programa de Humanização no Pré-natal e

Tabela 1

Percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que implantaram o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2002, segundo o Distrito Sanitário. Salvador, Bahia, 2004.

| Distrito Sanitário | UBS | | PHPN em 2002 | |
|----------------------|-----|--|--------------|------|
| | n | | n | % |
| Centro Histórico | 11 | | 4 | 36,6 |
| Itapagipe | 6 | | 2 | 33,3 |
| São Caetano/Valéria | 7 | | 1 | 14,3 |
| Liberdade | 7 | | 2 | 28,6 |
| Brotas | 6 | | 3 | 50,0 |
| Boca do Rio | 3 | | 2 | 66,6 |
| Barra/Rio Vermelho | 11 | | 6 | 54,5 |
| Itapuã | 6 | | 2 | 33,3 |
| Cabula/Beiru | 15 | | 4 | 26,6 |
| Cajazeiras | 5 | | 1 | 20,0 |
| Pau da Lima | 9 | | 5 | 55,5 |
| Subúrbio Ferroviário | 16 | | 6 | 37,5 |
| Total | 102 | | 38 | 37,2 |

Fonte: Salvador. Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA). Regulação e Avaliação (CRA).

Tabela 2

Cobertura pré-natal no ano 2002. Salvador, Bahia 2004.

| Indicador | Cobertura (%) | Variáveis | n |
|---|---------------|--|-------|
| Percentual de gestantes que se inscreveram no PHPN e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo | 14,2 | Gestantes cadastradas nas unidades de saúde | 6044 |
| | | Nascidos Vivos em 2002 | 42433 |
| Percentual de gestantes inscritas no PHPN em relação ao total de gestantes cadastradas nas unidades de saúde | 37,8 | Gestantes inscritas no PHPN | 2284 |
| | | Gestantes cadastradas nas unidades de saúde | 6044 |
| Percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica | 33,5 | Gestantes inscritas no PHPN que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica (VAT) | 302 |
| | | Gestantes inscritas no PHPN que deveriam receber a dose imunizante da VAT | 901 |
| Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV | 17,6 | Gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV | 261 |
| | | Gestantes inscritas no PHPN que deveriam realizar o teste anti-HIV em 2002 | 1484 |

PHPN = Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

Nascimento, correspondendo a 37,2 % do total. Nos Distritos São Caetano/Valéria e Cajazeiras registraram-se o menor número de unidades de saúde que implantaram o PHPN, com apenas uma unidade cada; Boca do Rio, Pau da Lima e Barra/Rio Vermelho foram os distritos que se destacaram com mais de 50% de suas unidades desenvolvendo o Programa. A Tabela 1 mostra a distribuição dessas unidades de saúde por Distrito Sanitário.

Quanto à cobertura pré-natal, observa-se que 6044 das gestantes de Salvador receberam assistência pré-natal por serviços públicos de saúde, através do PHPN, o que correspondeu a uma cobertura de 14,2% em relação ao número de nascidos vivos no ano considerado, como se pode observar na Tabela 2. Os dados do estudo também indicam que 37,8% das gestantes cadastradas nas unidades de

saúde foram inscritas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, percentual considerado abaixo do esperado.

Quanto aos percentuais de gestantes que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica ou realizaram o teste HIV, identificaram-se valores respectivos de 33,5% e 17,6%.

Discussão

Apesar do PHPN ter sido implantado em Salvador no ano 2001, ao final de 2002, apenas 37,2% das unidades de saúde haviam implantado o Programa, percentual aquém do esperado, uma vez que o serviço deveria estar disponível em todas as unidades da Rede Básica de Saúde.

Constatou-se que os Distritos Sanitários São Caetano/Valéria, Cajazeiras, Cabula/Beiru e Liberdade, possuem os menores números de unidades de saúde que implantaram o PHPN, pois, embora todas as unidades prestem assistência pré-natal, a maioria delas constitui em Unidades Básicas de Saúde de baixa complexidade e Unidades de Saúde da Família.

Vale ressaltar que Distritos de São Caetano/Valéria, Cajazeiras, acrescidos do Subúrbio Ferroviário, se constituem naqueles que mais contribuem para a elevação dos índices de morbimortalidade do município, requerendo por parte dos gestores uma ação diferenciada.

Esse resultado aponta para dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde, dado que em sua composição contam com um maior número de unidades de baixa complexidade, com baixa oferta de serviços, levando, entre outras, a dificuldade na realização de exames laboratoriais, exames de complementação diagnóstica e especializados. Além disso, esses Distritos caracterizam-se por estarem entre os mais populosos do município e por abrigar parcela significativa da população de baixa renda.

Embora a dificuldade de acesso à assistência em saúde não se expresse apenas pela questão econômica, neste estudo essa variável ocupa uma posição de destaque, visto que os serviços públicos caracterizam-se, essencialmente, por serem utilizados pela população de baixa renda. Todavia, não se pode deixar de considerar o atraso em que se encontra o município de Salvador em relação ao processo de municipalização das ações de saúde, não tendo, até o presente momento, alcançado a municipalização plena.

A oferta adequada de serviços de saúde deve levar em conta as demandas específicas da população, sendo o sexo um dos fatores importantes a considerar, uma vez que mulheres e homens possuem necessidades específicas. Dentre essas especificidades considera-se a reprodução como circunstância relevante, uma vez que as mulheres são mais diretamente afetadas pela necessidade de assistência à gravidez, parto e puerpério.

A partir dos indicadores investigados, detectou-se em Salvador uma baixa cobertura de pré-natal do PHPN oferecido pelas unidades básicas de saúde, da ordem de 14,2%, para o ano de 2002, valor aquém do esperado, considerando o percentual mínimo de 60% proposto pelo Ministério da Saúde.¹

A insuficiência dessa cobertura para o atendimento às mulheres pode ser justificada principalmente pelas características econômicas do município

de Salvador, que apresenta grande concentração de pessoas com baixos rendimentos, como comprovado na literatura.^{9,10}

Os dados do estudo, também, indicam baixo percentual de gestantes (37,8%) inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. De acordo com o estudo desenvolvido por Serruya *et al.*,⁸ a cobertura de gestantes inscritas no programa é muito aquém do esperado, quase sempre inferior a 50%, sendo que os estados com as maiores coberturas, como Paraná, Paraíba, Tocantins, Minas Gerais e Santa Catarina, apresentam um percentual superior a 30%, o que se aproxima dos achados deste estudo para Salvador.

O baixo percentual de gestantes inscritas no PHPN pode indicar deficiência na oferta de serviços de saúde no que tange à quantidade e qualidade, além de problemas na captação precoce da gestante. De fato o seu cadastramento deveria ser realizado por ocasião da primeira consulta, o que deveria ocorrer até o quarto mês de gravidez, embora posteriormente tenha sido permitido o cadastramento da mulher em qualquer idade gestacional.⁸

A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias.¹¹

Entretanto, essa captação por serviços públicos de saúde é deficitária em vários municípios. Em Juiz de Fora, Minas Gerais, Coutinho *et al.*,¹² ao pesquisarem o processo da assistência pré-natal oferecido às usuárias do SUS, verificaram que somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Trevisan *et al.*¹¹ observaram que somente 34,7% das grávidas submeteram-se à primeira consulta de pré-natal até a 14ª semana de gestação. Silveira *et al.*,¹³ detectaram que aproximadamente 46% das gestantes ingressaram no pré-natal durante o primeiro trimestre em Pelotas, Rio Grande do Sul.

A vacinação antitetânica foi administrada em 33,5 % das gestantes inscritas no PHPN em 2002. Entretanto, o percentual de gestantes imunizadas contra o tétano pode ser mais elevado se considerarmos que algumas mulheres encontravam-se imunizadas anteriormente. Em Juiz de Fora, a vacinação antitetânica foi registrada em 42,4% dos casos e o relato de cobertura vacinal anterior à gestação foi encontrado em 26% das gestantes.¹² Em Pelotas, 55% das gestantes foram adequadamente imunizadas no pré-natal¹³ e em Caxias do Sul, este percentual foi de 91,2%.¹¹

O estudo indicou, ainda, que apenas 17,6% das

gestantes inscritas no PHPN realizaram o teste anti-HIV. O Ministério da Saúde recomenda que o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, devendo ser sempre voluntário e confidencial.¹⁴ Em Juiz de Fora, esse percentual foi de 65,9%;¹² em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, 29,44%;¹⁵ em Santa Catarina, 26,7%;¹⁶ no Ceará, 10%;⁸ e no Amazonas, 4,7%.⁸ No Nordeste, essa cobertura apresentou, no período considerado, índice de 24%.¹⁷

Segundo o Ministério da Saúde,¹⁸ até dezembro de 2002 foram notificados 8721 casos de AIDS em menores de treze anos de idade, sendo 85,9% devido à transmissão vertical do HIV.¹⁸ Caso as gestantes com infecção pelo vírus HIV recebam tratamento adequado, o risco de transmissão para o bebê pode ser reduzido para cerca de 2%. Portanto, os profissionais de saúde devem exercer seu papel de aconselhador no que diz respeito à realização do teste anti-HIV pelas gestantes. Além disso, os serviços de saúde precisam elevar a oferta desse tipo de exame.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído, no Brasil, no ano 2000, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.⁶ Sua implantação em Salvador, ocorreu em 2001, após adesão do município ao Programa.

Com base nos dados obtidos, constatou-se que a assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde no município de Salvador, através do PHPN, apre-

senta as seguintes características: baixa cobertura da assistência pré-natal; baixa cobertura de vacinação antitetânica e teste anti-HIV, quando comparados aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e com outros municípios e regiões do Brasil. Os baixos valores da cobertura pré-natal pelo PHPN podem estar relacionados ao fato de que o estudo utilizou dados do ano 2002, tendo transcorrido apenas um ano desde a adesão do município ao Programa.

Isso leva à necessidade de aprofundar a investigação focalizando aspectos qualitativos do seu processo de implantação, de modo a serem identificadas as dificuldades e facilidades encontradas, tanto pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, quanto por profissionais que atendem às mulheres.

Finalmente, apesar do PHPN ter por finalidade a redução da mortalidade materna e neonatal, suas medidas não abrangem o combate da maior causa de morte materna em Salvador: o aborto. Esse continua sendo praticado em condições de risco, principalmente por mulheres pobres, sendo responsável por parte significativa das mortes no período gravídico.¹⁹

Agradecimentos

Ao CNPq por uma bolsa do Programa de Iniciação Científica e apoio financeiro da FAPESB.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília DF, 2004.
2. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final de pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.
3. OMS (Organização Mundial da Saúde), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). Estimativa do número de mortes maternas, risco de morte materna e razão de mortalidade materna para o ano 2000. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>. [2004 jun 15].
4. Salvador. Secretaria de Saúde. Informações sobre óbitos maternos em 2002; Salvador; 2004.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF; 2000.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF; 2002.
7. AMB (Associação Médica Brasileira), CFM (Conselho Federal de Medicina) Projeto Diretrizes. Assistência Pré-natal. São Paulo; 2001.
8. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26: 517-25.
9. Silva MCC. Assistência de enfermagem às gestantes em uma unidade de saúde da família de Salvador [dissertação mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2004.

10. Nascimento ER. A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um Centro de Saúde de Salvador - Bahia [tese doutorado] . Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
11. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24: 293-9.
12. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25: 717-24.
13. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17: 131-9.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: manual técnico. Brasília, DF; 2000.
15. Pazo C. Grupo Ser Mulher. "Parindo sem filho". Disponível em: http://www.sermulher.org.br/quem_somos.htm. [2005 mar 02].
16. Silva IB, Silva GH. Projeto de redução da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita de Santa Catarina. *Inform Epidemiol "barriga verde"*. 2004; ano II: 8.
17. Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinelas parturientes. *Rev Saúde Pública.* 2002; 38: 764-72.
18. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Dados do Brasil, Tabela IV: casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico, Brasil 1983 a 2002. *Bol. Epidemiol.* 2002; ano II: 11.
19. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30: 13-8.

Recebido em 8 de setembro de 2006

Versão final apresentada em 3 de março de 2007

Aprovado em 27 de março de 2007.