

# **AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NO PRÉ-NATAL DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – MICRORREGIÃO V**

## **ASSESSMENT OF RISK FACTORS IN PRENATAL THE BASIC HEALTH NETWORK FROM SOUTHERN REGION OF THE COUNTY SÃO PAULO**

Solange Ortolani<sup>1</sup>  
Carmencita Ignatti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Materno Infantil. Docente do Curso de Enfermagem FPBe-Unisepe.

<sup>2</sup> Mestre em Filosofia da Educação. Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem FPBE-Unisepe

### **RESUMO:**

Os fatores de risco na gravidez levam a pensar na qualidade do serviço na rede básica de saúde. Consideraram-se os fatores que levam a morbimortalidade materna e a necessidade de conhecer melhor o perfil das gestantes da nossa área de abrangência, motivando esse estudo. Escolheu-se Unidades Básicas de Saúde estratégicas da Microrregião 5, Sul, do Distrito de Saúde do Socorro, Município de São Paulo, para avaliar os fatores de risco no pré-natal. Dessas Unidades geraram-se três grupos que foram comparados. Realizou-se pesquisa com 200 gestantes. Entrevistadas, as gestantes, foram realizadas a pesagem, mensuração e aferição da pressão arterial. Levantaram-se variáveis: a história obstétrica anterior e atual, dados sobre exames laboratoriais e hábitos. Observou-se que o perfil das gestantes entrevistadas foi semelhante, no entanto a estatística revelou significância quando se comparou as variáveis: números de gestações, pressão arterial sistólica, hemograma e suplementação com ferro. A avaliação do serviço prestado no pré-natal na rede básica mostrou que falta padronização nos serviços de saúde para o pré-natal de baixo risco, referência e contra-referência ao pré-natal de alto risco, falha no fluxo de exames de rotina do pré-natal, inconsistência na consulta que é centralizada na figura do médico e falha na captação, além de medidas educativas que levam a gestante a participar mais do auto-cuidado e prevenção de complicações.

Palavras chave: Avaliação. Fatores de risco. Pré-natal. Morbimortalidade materna.

### **ABSTRACT:**

*The factors of risk in pregnancy induce us to think about the quality of service in the basic health net. The factors that lead to the mother's morbid-mortality and the necessity of better knowing the profile of the pregnant at our comprised area were taken into account, which motivated this study. Some strategic Basic Health Units in Microrregião 5, from Socorro's health District we chosen to appraise the factors of risk at the pre-natal. It was accomplished a research which 200 pregnant. After being inquired, the gravids, where weighing, measuring and gauging as the blood pressure werw carried out. Variables werw draw, such, previous and actual obstetrics history, data about laboratorial exams, habits. Some variables were also applied to the companions, first of all, we could observe that the examined pregnant's profile was similar, only differing in some aspects fulfilled. The statistics revealed great significance when the following variables were compared: number of pregnancies, systolic blood pressure, hemogram and supplement. The evaluation of the provided service at the pre-natal in the basic net has showed lack of standardization at the health services for the low-risk, pre-natal reference and con-reference to high-risk pre-natal, deficiencies at the pre-natal routine exam workflow, inconsistency at consultations that were focused on the doctor symbol, and failure at the capitation, beyond educational measures that lead the gravid to participate in self-care and complexities prevention.*

*Key words: assessment, risk factors, prenatal, maternal mortality*

## 1.INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”. A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País, BRASIL, 2010.

Segundo Bernstein PL (1997) *apud* GOMES, CAVALCANTI, MARINHO, SILVA... ” Etimologicamente, a palavra risco é derivada do vocábulo "riscare", significando ousar. Assim, risco seria uma opção e não um destino.”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 na América Latina e no Caribe, a estimativa de mortalidade materna correspondeu a 130 mortes para cada 100 mil nascimentos vivos. Apesar dos esforços recentes do Governo brasileiro em termos de leis e políticas voltadas para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a taxa de mortalidade materna no Brasil é ainda considerada alta, estimando-se 110 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

Para Castiel, LD (1999) *apud* GOMES, CAVALCANTI, MARINHO, SILVA... “ A diversidade dos sentidos atribuídos à gravidez de alto-risco pode estar relacionada com a variedade de significados da expressão *risco*. Nesse sentido, a palavra *risco* assume diferentes sentidos e, em consequência disso, acarreta ambigüidade”.

Segundo AQUINO (2015) alguns problemas biológicos, psicológicos e sociais comuns na população geral devem ser sistematicamente rastreados em gestantes, mesmo que essas se apresentarem saudáveis. Há também aqueles que são específicos da gestação que devem ser devidamente considerados.

Para ZIEGEL, Erna E., CRANLEY, Mecca S., em Enfermagem Obstétrica, capítulo 13, pg, 226, “ Os objetivos dos cuidados pré-natais à gestante de alto risco são os mesmos dos cuidados a qualquer outra grávida. Têm o propósito de minimizar a mortalidade e a morbidade materna-fetal e neonatal, e encorajar o crescimento e desenvolvimento ótimos tanto dos pais como do filho. A diferença, do ponto de vista da enfermagem, é só de grau. Para as mulheres cuja gestação evolui sem complicações, pouca ou nenhuma intervenção é

necessária no sentido tradicional da assistência a doença. Por outro lado, as famílias que se veem às voltas com uma gravidez de alto risco têm todas as necessidades das famílias de uma gestante de baixo risco – talvez duplicados – além da intervenção médica para lidar com a patologia. Todo o período da gestação complicada torna-se literalmente um período de cuidado intensivo. Na verdade, o serviço obstétrico de alto risco pode ser chamado de Unidade de Cuidado Intensivo Materno.”

Nesse contexto, usando as estatísticas citadas por GILBERT (2011), *apud* RICCI, Susan Scott, *Enfermagem Materno-Infantil e Saúde da Mulher*, 2015, de que cerca de uma em cada quatro gestantes é considerada de alto risco ou tem diagnóstico de complicações, a autora complementa: “ As mulheres que são consideradas de alto risco apresentam taxas de morbidade e mortalidade mais elevada do que as mães da população em geral. O termo risco tem conotações distintas para os diferentes grupos. Por exemplo, os médicos se concentram nos processos mórbidos e nas abordagens terapêuticas para evitar complicações. As enfermeiras focam nos cuidados de enfermagem e no impacto psicossocial sobre a mulher e sua família. A avaliação de risco começa na primeira consulta pré-natal e continua a cada consulta subsequente, porque podem ser identificados fatores em consultas posteriores que não eram aparentes nas consultas iniciais.” RICCI, S. (2015).

Para PEREIRA e BACHION (2005) “A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas.”

Trata-se portanto de identificar os fatores de risco no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral, exame gineco-obstétrico, podendo ainda ser identificados durante a visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe. (BRASIL, 2010).

Reportando-nos à Legislação acerca da atuação do Enfermeiro junto à gestante de alto risco, destacamos o trecho extraído do PARECER COREN-SP 034/2014 – CT PRCI nº4720 Tickets nº 370.701, 370.782 e 383.203, Ementa: Realização da Consulta de Enfermagem para gestante de risco na Atenção Básica. : A Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, determina:

[...] CAPÍTULO II DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO Art. 5º A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. § 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. § 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Destacando especificamente as atribuições do Enfermeiro na rede básica de saúde, o Código de Ética delibera: “Para a realização do acompanhamento do pré-natal na Atenção Básica, o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria de Estado de São Paulo, descreve como principais atribuições dos profissionais Enfermeiro e Médico no processo de atenção à gestante e à puérpera:

[...] Enfermeiro (a): • Realiza consulta de pré-natal de baixo risco.

- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha gestantes classificadas como de risco para consulta com o (a) médico (a).
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade.”

O interesse por este estudo surgiu da perplexidade diante dos dados existentes naquela região, com relação ao atendimento das gestantes nas unidades de saúde, que como consequência direta ou indireta acarretam taxas de morbimortalidade tão significantes.

A área de abrangência de estudo localiza-se na Microrregião Sul, do Município de São Paulo, estando equipada com 7 Unidades Básicas, sendo destas 3 Ambulatórios de especialidades, e ainda assim, não conseguimos captar e atender a toda a demanda da região e com a qualidade necessária a um período tão delicado como é o da gestação.

## **OBJETIVOS**

### **GERAL:**

Traçar um perfil epidemiológico das gestantes que fazem o pré-natal na Rede Básica de Saúde da região Sul do Município, levando em conta os fatores de risco para a morbimortalidade materna.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Conhecer a população de gestantes que fazem o pré-natal naquela região.
2. Permitir o acesso e a continuidade das ações voltadas para a promoção e prevenção de agravos peri e pós-natais.
3. Contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade maternas, através de um acompanhamento por profissionais treinados e capacitados.

### **MATERIAIS E MÉTODO:**

- **Referencial Teórico:**
- Protocolo de Pré-Natal do Centro de Saúde Escola Osec,
- Portaria 96 do M.S. para obtenção de Consentimento para a pesquisa
- Mapa da região Sul – Microrregião V – Distrito Capela do Socorro
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os números do censo 2000.
- SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial – Frequência por Unidade e Mês de Competência – Consulta de pré-natal em 2000.
- **Campo de Estudo: Unidades Básicas de Saúde da Região Sul - Microrregião V – São Paulo**

A região objeto de estudo é denominada Microrregião V, que abrange os Distritos Administrativos de Socorro, Cidade Dutra, Parelheiros e Marsilac, englobando o Distrito de Saúde Socorro-Parelheiros, hoje desmembrado em Distrito de Saúde de Socorro e Distrito de Saúde de Parelheiros, tendo a sede de atendimento no Posto Avançado 9 (PA 9) , em Santo Amaro. Abrange os bairros de Campo Belo, Santo Amaro, Campo Grande, Cidade Ademar, Pedreira, Cidade Dutra, Grajaú, Parelheiros e Marsilac.

Para analisar o perfil das gestantes e avaliar o serviço do pré-natal na Microrregião V, Distrito de Saúde Socorro e Parelheiros, PA 9, foram escolhidas as Unidades do Ambulatório de Especialidades do Hospital Escola Wladimir Arruda (HEWA), o Centro de Saúde Escola Dr. Ananias Pereira Porto (CSE – UNISA), o Ambulatório do Hospital e Maternidade de Interlagos da Cidade Dutra, o Ambulatório de Especialidades do Jd Cliper, a Unidade Básica do Jardim Icaraí, o Posto de Atendimento Municipal Sérgio Chadad e os Qualis Jordanópolis

e Varginha, numa amostra de 200 gestantes, no período de julho de 2000 a dezembro de 2001, gerando 3 grupos de estudo, sendo um do Ambulatório do HEWA, um do CSE-UNISA e um terceiro englobando o QUALIS-SUS (demais unidades da rede básica do SUS).

- **Variáveis:** Características individuais e sócio-demográficas, história obstétrica pregressa e atual; exame físico (peso, altura, pressão arterial); exames de rotina no pré-natal; Cálculo do IMC (peso/estatura<sup>2</sup>); Cálculo da idade materna; Escolaridade (anos completos); Atividade física (risco físico, químico, biológico); Renda familiar (salário mínimo naquele ano); Idade gestacional:cálculo de DUM e DPP; Peso de nascimento do último filho; Pesquisa a prontuário (coleta de dados dos exames laboratoriais);
- **Pontos de corte adotados:** Idade: inferior a 17 anos e superior a 35 (Tedesco, 1999, modificado); Escolaridade: Inferior a 4 anos, não tendo concluído o ensino fundamental (Victora et al, 1989), Inferior a 5 anos (Brasil, 2000); Peso: inferior a 45kg e superior a 75kg); Estatura: Inferior a 1,45m (Tedesco, 1999); Pressão Arterial: maior que 140mmHg para a sistólica e maior que 90mmHg para a diastólica, ou que já referiram hipertensão crônica (Brasil, 2000, Diez-Roux,2001); Valores de hemoglobina: iguais ou acima de 11,0g/dl ( Brasil, 2000), inferior a 11,0g/dl e até 8g/dl;  
Glicemia em jejum: igual ou inferior a 90mg/dL, acima de 90 e até 110mg/dL (Brasil, 2000, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2001); Índice de Massa Corpórea: Inferior a 19,0 e superior a 26,0, normal; 12,5 a 18,0, baixo; sobrepeso: 26,0 a 29,0; obesidade: maior que 29,0 (Paho/Who, 1991, Nacional Academy of Sciences, 1990, Brasil, 2000);  
Paridade: Maior ou igual a 4 filhos (Brasil, 2000); Intervalo interpartal inferior a 2 anos e superior a 5 anos (Brasil, 2000); Risco obstétrico: Cesáreas anteriores, abortos, natimortos, gravidez múltipla (Brasil, 2000): Anti-HIV: Não-reagente na 1<sup>oa</sup> amostra. Negativo; exame repetido após 3 meses, ou no momento da internação; Positivo: indicação do AZT a partir da 14<sup>a</sup> semana (Brasil, 2000).
- **Delineamento do Estudo:** Segundo Schmidt e Duncan, trata-se de um estudo de corte transversal, com os seguintes eixos de delineamento:- Desfecho clínico estático;- Seleção: completa;- Comparabilidade: comparado;- Experimentação: observacional;- Unidade de pesquisa: individual;- Temporalidade: histórico (estático);

Para análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes:

1 – Teste do Qui quadrado (Siegel, 1988) para estudar possíveis associações entre os grupos e as variáveis estudadas.

2 – Análise de Variância (Sokal, 1969) ou Análise de Variância de Kruskal-Wallis (Siegel, 1988) com a finalidade de comparar os 3 grupos em relação às medidas efetuadas, levando-se em consideração a distribuição de cada uma delas. Fixou-se em 0,05 ou 5% ( $\alpha <$  ou igual 0,05), o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco os valores significante.

## **DISCUSSÃO E RESULTADOS:**

Alguns resultados destacaram-se por serem significantes estatisticamente e por chamarem atenção em relação ao risco para morbimortalidade materna como:

- A variável número de gestações em que 64,8%, 65,9% e 91,5% das gestantes eram multigestas, ou seja, com 1 ou mais gestações e uma porcentagem significativa revelou ser grande multigesta, variando de 4 até 11 gestações, sobretudo nos grupos do Ambulatório e do Centro de Saúde Osec. A diferença entre os grupos revelou-se estatisticamente significativa.
- Analisando a variável hemograma, a taxa de hemoglobina pesquisada nos três grupos, demonstrou que 17,5% das gestantes apresentaram valores inferiores ao recomendado de 11,0 g/dl, no grupo do CSE, seguidos de 7,41% do Amb. e 6,5% do Qualis-Sus. Esses valores inferem uma prevalência de anemia na gestação nos três grupos.
- Realizando-se a Análise de Variância de Kruskal-Wallis, a comparação entre os grupos revelou que os grupos 2 e 3 diferiram estatisticamente.
- A avaliação do exame Urina do tipo I, mostrou uma incidência elevada de infecção urinária nos três grupos, com 35,2%, 52,9% e 30,5% respectivamente. Uma porcentagem muito próxima desses valores esteve presente para a ausência desses resultados, demonstrando um risco elevado para aquelas possíveis positivas para infecção urinária. Esse exame é de suma importância na prevenção de complicações renais e na prevenção do trabalho de parto prematuro e do aborto (Brasil, 2000).
- Verificou-se na variável pressão arterial sistólica, que a média entre os valores diferiu, no entanto, do ponto de vista de risco, os valores estiveram muito próximos da normalidade, demonstrando que as gestantes investigadas não apresentavam risco para essa variável.

**TABELAS:****Tabela 1: Gestantes segundo o número de gestações nos três grupos**

Número de gestações	AMB	%	CSE	%	QUALIS SUS	%	TOTAL	%
1 a 3(multi-gesta)	35	64,8	56	65,9	54	91,5	145	73,23
4 a 11(grande Multigesta)	19	36,2	29	34,1	05	8,5	53	25,77
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>198</b>	<b>100,00</b>

$X^2 \text{ calc} = 14,37 \text{ p} = 0,001$

**Tabela 2: Prevalência de anemia nos três grupos**

**HB < 11,0g/dl (Brasil, 2000)**

AMB	CSE	QUALIS-SUS
7,41%	11,5%	6,5%

**Análise de variância de Kruskal-Wallis 2>3**

**Tabela 3: Gestantes segundo Urina Tipo 1:**

Urina I	AMB	%	CSE	%	QUALIS SUS	%	TOTAL	%
Positivo	19	35,2	46	52,9	18	30,5	83	41,5
Negativo	18	33,3	21	24,1	12	20,3	51	25,5
Branco	17	31,5	20	23,0	29	49,2	66	33,0

<b>TOTAL</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------

## **RECOMENDAÇÕES e CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Os Comitês de Mortalidade Materna são um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher, melhorando o sistema de vigilância e notificação dos óbitos maternos, suas causas determinantes, corrigindo os dados notificados, instalando as CPIs que apuram as mortes maternas e implementando ações preventivas.

Propor e implementar a consulta de enfermagem nos serviços básicos, permitindo que através dessa possa haver uma captação precoce das gestantes que não conseguem entrar no serviço por falta de médico.

Capacitar os profissionais da rede para receber a gestante, envolvendo e sensibilizando esses profissionais para prestar uma assistência mais eficaz e com maior resolutividade, mas, sobretudo, com humanização do atendimento.

Melhorar o sistema de referência e contrarreferência das gestantes que saem do baixo e entram no médio e alto risco, a fim de obter o controle e a prevenção das intercorrências durante a gestação.

Finalmente, melhorar a política de recursos humanos na rede através de concursos públicos e alocação de profissionais nas áreas mais carentes.

A avaliação dos fatores de risco no pré-natal na rede básica dos grupos estudados permitiu-nos as seguintes considerações:

1 -O serviço de pré-natal em nossa região de estudo tem pontos positivos quando se trata de tentar captar um número razoável de gestantes, já que temos uma população numerosa; no entanto, ainda é comum a gestante ter que se deslocar em vários serviços para ter acesso ao pré-natal, haja vista o início tardio do pré-natal demonstrado nos três grupos. Além disso, os exames de rotina solicitados não seguem uma padronização, embora hoje já se tenha uma lista de exames de rotina recomendada pelo Ministério da Saúde. No entanto, ainda se esbarra com a dificuldade de se obter os resultados a curto prazo, ou não se ter como referência laboratórios descentralizados, permitindo com isso, um fluxo mais rápido no envio e no retorno desses exames.

2- As gestantes apresentaram um perfil semelhante nos três grupos, com características biossocioculturais muito parecidas, o que permite inferir que se trata de uma população homogênea e que estão inseridas num mesmo contexto para os fatores de risco avaliados, destacando as características individuais e sociodemográficas. Diferiram, no entanto, em algumas variáveis como número de gestações, pressão arterial sistólica, níveis de hemoglobina, com risco para anemia e suplementação com ferro.

3- As gestantes do grupo QUALIS-SUS apresentaram resultados melhores, quando comparadas às dos outros dois grupos, denotando uma preocupação maior do serviço público em implementar as ações que visam a redução da morbimortalidade materna, através dos Comitês de Mortalidade Materna, do SIS pré-natal e do treinamento constante dos seus profissionais. A proposta do SUS de descentralização e universalização devem ser implementadas em todos os serviços, independente da gestão. Implementar a consulta de enfermagem no acolhimento a todas as gestantes, melhorando assim, o diagnóstico precoce de possíveis agravos determinantes para fatores de risco, mas antes capacitar, envolver e sensibilizar esses profissionais para o acolhimento humanizado e individualizado das gestantes. Para isso é necessário incrementar a política de recursos humanos, através da realização de concursos públicos e contratação de profissionais de enfermagem. Melhorar o sistema de Referência e Contra Referência de acordo com o Protocolo do Programa Nascer Bem implantado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Portanto, é preciso implementar o SIS pré-natal para fazer valer as propostas do SUS de universalização e descentralização dos serviços, a partir do cadastro de todas as gestantes e captação precoce dessas, bem como a adesão e acompanhamento do início da gestação até o puerpério, em toda a rede assistencial, seja ela pública ou privada.

#### **REFERÊNCIAS:**

AQUINO, P T; SOUTO, B G A. **Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária**, Rev. Méd. Minas Gerais (25)4, jan 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 4ª. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BERNSTEINS, PL. **Desafio dos deuses - a fascinante história do risco**. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1997.

CASTIEL, LD., **A medida do possível ... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ; 1999, *apud* GOMES, CAVALCANTI, MARINHO, SILVA).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO 1 **PARECER COREN-SP 034/2014** – CT PRCI

DIEZ-ROUX, AV , **Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease**. N Engl J Med. 2001 Jul 12;345(2):99-106.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os números do censo 2000**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo/>.

IBGE/SEADE – **Distribuição de Nascidos Vivos segundo peso ao nascer, residentes na região do PA 09 – 2000**. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENSES-**Nutrition during pregnancy. Part I.Weight Gain Part II-Nutrient Supplements**. Washington:National Academy Press,1990.468p.

PEREIRA, S V M, BACHION, M M, **Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal** – Revista Brasileira de Enfermagem, 2005 , nov-dez; 58(6) 659-64.

RICCI, S S – **Enfermagem Materno-Infantil e Saúde da Mulher** – 3ª edição, RJ, Guanabara Koogan, 2015.

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial – **Frequência por Unidade e Mês de Competência – Consulta de pré-natal em 2000.** Disponível em [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2067/capitulo\\_3\\_%E2%80%93\\_sistemas\\_de\\_informacao\\_em\\_saude\\_e\\_vigilancia\\_epidemiologica.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2067/capitulo_3_%E2%80%93_sistemas_de_informacao_em_saude_e_vigilancia_epidemiologica.htm)

SIEGEL S, CASTELLAN JR. N J. **Nonparametric Statistics.** Second Edition. Mcgraw-Hill. Int. Ed. N.York, 1988.

SCHMIDT , MI, DUNCAN, B.B., **Epidemiologia clínica elementos essenciais**, 3ª edição – Porto Alegre – Artmed ,1996

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes –2001

SOKAL RR & ROHLF FJ , **Biometry: the principles and practice of statistics in biological research.** W. H. Freeman, San Francisco, 1969

TEDESCO, J.J.A. – **A grávida: a suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

VICTORA, C. G., 1989, BARROS, F. C. & VAUGHAN, J. P., 1990. **Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6.000 Crianças Brasileiras.** São Paulo

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal anthropometry for prediction of pregnancy outcomes; memorandum from a USAID/WHO/PAHO/Mother Care Meeting.** *Bull. wld. Hlth. Org.*, **69**:523-32,1991.

ZIEGEL, Erna E., CRANLEY.M.S. **Enfermagem Obstétrica** – 8ª edição – Guanabara Koogan, 1986.

