

## **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM GESTANTES NO PRÉ-NATAL**

### **STRATIFICATION OF RISK IN PERSONS IN PRENATAL**

**VANESSA CORRÊA LEITE**. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

**ADRIANA DE SANT'ANA GASQUEZ**. Enfermeira. Especialista em Educação Profissional em Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2003). Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ.

**KEIKO REGINA ITO BERTONCIM**. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

Rua Professora Maria de Lourdes Antunes Planas, 161, Jardim Oriental, Maringá-PR, CEP 87024-214. E-mail: [vanessa.correa.leite@hotmail.com](mailto:vanessa.correa.leite@hotmail.com)

### **RESUMO**

O objetivo do presente estudo foi analisar a estratificação de risco em gestantes na assistência pré-natal de uma Clínica Materno-infantil. O estudo caracterizou-se como documental quantitativo e foi realizado a partir da análise das fichas de cadastramento das gestantes – SISPRENATAL, no período de Julho a Dezembro de 2016 na Clínica Materno-infantil localizada no noroeste do Paraná. Predominaram gestantes jovens adultas, brancas, com mais de 5 anos de estudos que convivem com companheiro. Com relação à estratificação de risco, apenas 1,3% foram estratificadas com Risco Intermediário e 16,4% foram estratificadas como de Alto Risco, e 82,4% foram estratificadas como Risco Habitual. Porém, verificou-se que a principal causa do Risco Intermediário está relacionada a óbito em gestação anterior e Alto Risco relacionados a 3 cesarianas prévias e tabagismo. Por fim, concluiu-se que a estratificação do risco das gestantes é uma estratégia de fundamental importância para a organização da assistência segundo as necessidades de saúde dessa população, subsidiando ações educativas e de avaliação e consolidação das ações do programa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestantes. Fatores de Risco. Saúde da Mulher.

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze the risk stratification in pregnant women in the prenatal care of a maternal and child clinic. The study was characterized as a quantitative documentary and was performed based on the analysis of the records of pregnant women - SISPRENATAL, from July to December 2016 in the maternal and child clinic located in the northwest of Paraná. Prevalence of pregnant young adults, white, with more than 5 years of studies that coexist with partner. With regard to risk stratification, only 1.3% were stratified with intermediate risk and 16.4% were stratified as high risk, and 82.4% were stratified as habitual risk. However, it was verified that the main

cause of intermediate risk is related to death in previous gestation and high risk related to 3 previous caesarean sections and smoking. Finally, it was concluded that the risk stratification of pregnant women is a strategy of fundamental importance for the organization of care according to the health needs of this population, subsidizing educational actions and evaluating and consolidating the actions of the program.

**KEYWORDS:** Pregnant Women. Risk Factors. Women's Health.

## INTRODUÇÃO

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi implantada no ano de 2012, com principal objetivo de garantir a todas as gestantes que residem no estado do Paraná, assistência no pré-natal com qualidade nas consultas e exames, bem como, encaminhamento para o atendimento às gestações de risco a fim de reduzir significativamente os indicadores de mortalidade materna e infantil. Desde sua implantação, observou-se redução de 40% dos óbitos materno-infantil em relação ao ano de 2010 no estado, demonstrando a eficácia do programa (BRASIL, 2012). Salienta-se que a implantação da rede está fundamentada no conceito das Redes de Atenção à Saúde, além de ser baseada para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde – APS (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

O SISPRENATAL permite a caracterização da assistência prestada ao período gravídico-puerperal, ampliando as informações sobre o tipo específico de assistência, possibilitando dessa maneira, que cada gestor possa tomar medidas necessárias, melhorando a qualidade da atenção pré-natal. O repasse dos recursos financeiros depende do cumprimento das atividades, monitorado pelo sistema de acompanhamento chamado SISPRENATAL, alimentado sistematicamente com dados relativos ao atendimento das gestantes (LIMA; CORREIA, 2013).

Toda a estrutura da RMP foi organizada a partir do levantamento e análise epidemiológica, que se estabelecem por meio da estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. Salienta-se a importância da estratificação de risco, uma vez que ela é utilizada para o manejo das condições crônicas, organizando os serviços de saúde na oferta do recurso assistencial mais adequado às necessidades de saúde das gestantes (BRASIL, 2012; HUÇULAK; PETERLINI, 2014). Com base nesse levantamento epidemiológico, definiram-se três graus de riscos da gestante e criança, sendo eles; risco habitual, intermediário e alto risco (BRASIL, 2012).

Enfatiza-se que para alcançar um cuidado de qualidade a gestante, garantindo a diminuição das taxas de mortalidade, é preciso conhecer as características demográficas, socioeconômica, obstétricas e reprodutivas das mulheres em cada região de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao conhecer essas características, é possível a identificação precoce dos fatores de risco o que facilita o encaminhamento e orientação para as instituições de referência e contra referência, contribuindo para modificação positiva desses indicadores. Além disso, a construção dos indicadores

epidemiológicos e obstétricos precede a avaliação da adequabilidade dos serviços ofertados o que permite identificar sua efetividade ao monitorar os partos, captar precocemente as gestantes, dar cobertura no pré-natal entre outros (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; NOVAES et al., 2015).

Neste sentido levantou-se a seguinte hipótese: as gestantes atendidas em uma Clínica materno-infantil situada no interior do Paraná estão sendo corretamente estratificadas? O objetivo geral desse estudo foi analisar a estratificação de risco em gestantes na assistência pré-natal de uma Clínica Materno-infantil em um município do noroeste do Paraná.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa com delineamento quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, documental realizado a partir da análise das Fichas de Cadastros das Gestantes (em anexo) utilizadas na consulta de enfermagem no primeiro atendimento pré-natal na Clínica Materno-infantil (CMI) localizada na cidade de Sarandi-PR, no período de Julho a Dezembro de 2016.

Sarandi é um município brasileiro do estado do Paraná, situado na Mesorregião Norte Central Paranaense, com população estimada em 2015 de 90.376 habitantes. O município em sua história atual busca resolver vários e sérios problemas, como a falta de planejamento e urbanismo, educação, cultura, saúde e violência, que, aos poucos, resultam em melhorias na qualidade de vida de sua população (IBGE, 2013).

A clínica materno infantil está localizada no centro da cidade, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece atendimentos especializados com ginecologistas, pediatras, enfermeiros, psicólogo e nutricionista, voltados ao atendimento de mulheres e crianças no município.

Os dados utilizados neste estudo foram coletados nas Fichas de Cadastramento das Gestantes – SISPRENATAL, preenchidas na consulta de enfermagem, quando iniciaram o pré-natal na Clínica Materno Infantil, Sarandi-PR. Foram analisados todos os 395 prontuários de gestantes independentemente da idade gestacional e a amostra foi constituída por 146 (37%) prontuários, no qual foram adotados como critérios de inclusão e exclusão no estudo: possuir ou não em anexo a Ficha de Cadastramento da Gestante.

Os dados coletados foram organizados em planilha no Microsoft Excel 2007, estruturada com variáveis idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, estratificação de risco e causas para o alto risco e risco intermediário, respondendo ao objetivo da pesquisa. Estes dados foram submetidos à análise descritiva simples das variáveis contidas na estratificação de riscos. Após análise das variáveis, construiu-se a tabela 1 que corresponde a caracterização sócio demográfica das gestantes; a tabela 2 que reuniu os dados da estratificação quanto ao risco habitual, intermediário e alto risco e por último a tabela 3 onde foram reunidos todos os dados referentes as causas para estratificação de alto risco e de risco intermediário.

A Ficha de Cadastramento das Gestantes é composta por 93 itens distribuídos em 10 dimensões, sendo elas: Dados do estabelecimento; dados

peçoais; acolhimento; testes rápidos, exames de rotina; exames adicionais e especiais. Para este estudo, utilizaram-se os dados pessoais e os dados do acolhimento (dados sobre a gestação atual, antecedentes obstétricos e clínicos, situação vacinal).

Salienta-se que os riscos intermediários são referentes às gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sócio demográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, assim relacionados: Raça ou etnia da mãe; Idade da mãe; Grau de escolaridade da mãe; Mães com pelo menos um filho morto na gestação anterior; e Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos na gestação anterior. Os fatores de Alto Risco são assim classificados: Condições clínicas pré-existentes; Intercorrências Clínicas; e Doenças Clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (BRASIL, 2012).

O estudo cumpriu com as exigências estabelecidas na Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Ingá, sob o parecer n°: 2.072.686, CAAE: 65097616.4.0000.5220.

## RESULTADOS

Na tabela 1 é possível observar que a maioria das gestantes era jovem-adulta (81,0%), sendo que adolescentes de 15 a 19 anos representaram 18,4% e a idade mínima e máxima encontradas foram na faixa etária de 11 anos e 40 anos, respectivamente (Tabela 1).

Houve predomínio de mulheres brancas (63,3%), seguido pelas pardas (34,2%), preta (1,3%) e amarela (0,6%). Ainda na tabela 1, verificou-se que a maioria das gestantes moravam com companheiros e filhos (40,4%) e 38,3% moravam apenas com companheiro sem filhos. No que tange a escolaridade, também considerado variável importante na avaliação de risco: 41% das gestantes possuíam ensino médio completo, 17,8% ensino médio incompleto, 23% possuíam 5° a 8° séries completas, 18% ensino fundamental completo e apenas 4,1% ensino superior completo (Tabela 1).

Com relação à estratificação de risco das gestantes cadastradas, encontrou-se 82,4% estratificadas como Risco Habitual, apenas 1,3% foram estratificadas com Risco Intermediário e 16,4% foram estratificadas como Alto Risco (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das principais causas para a estratificação dos riscos Intermediário e Alto Risco. Observou-se que a principal causa para estratificação de Risco Intermediário foi a História de óbito fetal em gestação anterior (76,9%).

Com relação causa para estratificação de alto risco está relacionada às características reprodutivas, este estudo encontrou porcentagem considerável, sendo que 47% das mulheres realizaram parto cesárea previa e 20,3% apresentaram antecedentes obstétricos de morte neonatal (Tabela 3).

**Tabela 1.** Distribuição das gestantes cadastradas no SISPRENATAL segundo variáveis sócio demográfica na Clínica Materno Infantil – Sarandi-PR. Junho a Dezembro, 2016.

Variável	Total (N=146)	%
	n	%
<b>Idade</b>		
10-14 anos	1	0,6
15-19 anos	27	18,4
20-40 anos	118	81,0
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	93	63,6
Preta	2	1,3
Amarela	1	0,6
Parda	50	34,2
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>		
Convive com companheiros e filhos	59	40,4
Convive com companheiros sem filhos	56	38,3
Convive com companheiros, com filhos e outros familiares	7	4,7
Convive com familiar sem companheiro	15	10,2
Convive com outras pessoas com/sem laços consanguíneos	3	2,5
Vive só	6	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	0,6
1° a 4° incompleta	4	2,7
4° série completa	3	2
5 a 8° série completa	23	15
Ensino fundamental completo	18	12
Ensino médio incompleto	26	17
Ensino médio completo	60	41
Educação superior incompleta	5	3,4
Educação superior completa	6	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados coletados pela autora/ Ficha de cadastramento da gestante-SISPRENATAL/MS

**Tabela 2.** Estratificação de risco das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, na Clínica Materno Infantil, Sarandi-PR. Junho a Dezembro, 2016.

Estratificação de risco	n	%
Habitual	120	82,4
Intermediário	2	1,3
Alto Risco	24	16,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados coletados pela autora/ Ficha de cadastramento da gestante-SISPRENATAL/MS

**Tabela 3.** Distribuição das principais causas para estratificação de alto risco e de risco intermediário nos cadastros do SISPRENATAL, na Clínica Materno Infantil, Sarandi – Pr. Junho a Dezembro, 2016.

<b>Causas para alto risco</b>	n	%
Pré eclampsia	4	9,1
Eclampsia	3	6,8
DHEG	4	9,1
HAS	5	11,3
Tabagismo	7	15,9
Sífilis	3	6,8
Trabalho de Parto Prematuro	5	11,3
Hepatite B	1	2,3
HIV	1	2,3
Cirurgia bariátrica	1	2,3
Trombofilia	1	2,3
Depressão Grave	1	2,3
NIC 3 Conização	1	2,3
Cesáreas prévias	7	15,9
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
<b>Causas Para Risco Intermediário</b>	n	%
Negra	2	5,1
Histórico de óbito em gestação anterior.	30	76,9
10-14 anos	1	2,6
>40 anos	1	2,6
1° a 4° incompleta	4	10,2
Analfabeto	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados coletado pela autora/ Ficha de cadastramento da gestante-SISPRENATAL/MS.

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados neste estudo podemos comparar com outros autores, a exemplo de uma pesquisa realizada na cidade de Maringá-Pr, no qual os resultados referentes ao perfil sócio demográfico e obstétrico de puérperas atendidas pela Rede Mãe Paranaense, publicado em 2015, apontou que 72,5% apresentavam idade mínima de 13 anos e máxima de 46 anos, bem como, o percentual de 17,2% de adolescentes grávidas (NOVAES et al., 2015).

Salienta-se que nesta pesquisa, o porcentual de mães adolescentes na CMI no município de Sarandi representou 19,0 % das fichas do SISPRENATAL, aproximou-se aos resultados do estudo mencionado a cima realizada na cidade de Maringá, que foi de 13,5%. Ambos os estudos com valores abaixo do nível estadual (20,7%) e nacional (21,5) (MELO; MATHIAS, 2010). As taxas de gravidez na adolescência estão geralmente relacionadas às condições socioeconômicas e familiares além de estarem associadas à escolaridade, ao consumo de drogas de abuso, e condições específicas desta etapa evolutiva, demandando acompanhamento específico e qualificado (FRANK et al., 2016).

Embora a maioria das mulheres deste estudo estão entre a idade mais adequada à reprodução, o porcentual de mães adolescentes encontradas indica a necessidade de promoção do planejamento familiar. É preciso enfatizar

que estas gestantes apresentam maior risco de agravos perinatais e morbimortalidade infantil, como por exemplo, restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, óbito intra-uterino e prematuridade (FRANK et al., 2016; TAVARES et al., 2012; VIEIRA et al., 2013).

No que tange a etnia das gestantes 63,6% eram brancas, seguido pelas pardas (34,2%), pretas (1,3%) e amarelas (0,6%) (Tabela 1). O Programa Mãe Paranaense aponta que o risco de mortalidade infantil igualmente duplica para mães negras e indígenas, quando comparado ao risco das mães brancas (BRASIL, 2012).

Ainda é possível observar na tabela 1, que a maioria das gestantes residiam com companheiros e filhos (40,4%) e com companheiros sem filhos (38,3%). Investigar a situação conjugal é de extrema importância, e pauta-se no possível apoio econômico e psicossocial à gestante é maior nas situações estáveis. A insegurança nessa situação é considerada pelo Ministério da Saúde como fator de risco reprodutivo (BRASIL, 2012).

Da mesma forma, o grau de escolaridade materno é considerado fator de risco, pois possui relação direta com adesão às consultas pré-natais e mortalidade infantil. Além disso, a escolaridade é considerada um indicador da condição social. Os achados deste estudo vão de acordo com outros estudos os quais apontaram que a maioria das gestantes participantes possuía ensino médio completo, apontando também baixa prevalência de analfabetismo (NOVAES, et al., 2015; TAVARES et al., 2012).

No que tange a estratificação de risco, este estudo apontou 16,4% estratificados como Alto Risco, e apenas 1,3% como risco intermediário. Os valores percentuais considerados pela estratificação de risco, tanto intermediário com Alto risco, se enquadram como Alto Risco e risco intermediário, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Dessa maneira observa-se que é preciso promover ações de educação continuada aos profissionais responsáveis pelo preenchimento do documento SISPRENATAL, para que estejam sempre atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame ginecológico obstétrico. Além disso, os profissionais podem identificar os riscos por ocasião de a visita domiciliar e na consulta de enfermagem a fim de promover um cuidado diferenciado de acordo com as necessidades e características da gestante (FRANK et al., 2016; GONÇALVES et al., 2012).

A idade, raça/cor, nível sócio educacional entre outras dimensões, influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção recebida. Por isso faz-se importante salientar que a qualidade da assistência pré-natal está diretamente relacionada com a realização dos procedimentos preconizados, entre eles, o correto preenchimento do formulário SISPRENATAL e estratificação do risco gestacional.

Salienta-se que o pré-natal precisa ser realizado considerando cada gestante e sua individualidade, ou seja, de acordo com suas necessidades pessoais, sociais e ambientais de cada uma. As falhas no atendimento, em especial na estratificação do risco, podem repercutir em maiores taxas de eventos indesejáveis, como por exemplo: nascimento prematuro e história natural de doenças potencialmente fatais às quais se não atendidas com

prioridade, levam criança e mãe à morte (NOVAES et al., 2015; VIEIRA et al., 2013).

Ainda no que tange às características obstétricas, foi evidente a alta prevalência de mulheres com 3 cesarianas prévias ou mais (15,9%). A taxa de parto cesárea é considerada um indicador que avalia a qualidade do cuidado obstétrico, pois, o parto cesárea possui maior risco de complicações anestésicas, acidentes e infecções puerperais, além do risco de morbimortalidade. Por essa razão a OMS estabeleceu o limite máximo de cesarianas ideal de 15,0%, porém, o Brasil possui uma taxa quatro vezes mais de cesarianas do que o recomendado (FRANK et al., 2016; NOVAES et al., 2015; OMS, 2016).

No Paraná, o Rede Mãe Paranaense estipulou como objetivo a redução de 10% ao ano do número de parto cesáreo. No entanto, dados do SINASC apontam que a taxa de cesarianas em Maringá, cidade vizinha do cenário desta pesquisa, no ano de 2012 foi de 78,6%, com redução apenas de 3,7% em relação ao ano de 2010 e de 2,5% ao ano de 2011 (BRASIL, 2012).

Ao analisar as características individuais e comportamentais das gestantes participantes desta pesquisa, percebeu-se uma importante prevalência do uso de drogas lícitas como o tabaco durante (15,9%). O tabaco é responsável por 20% dos casos de recém-nascidos com baixo peso, 8% de partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais, e pode contribuir para a síndrome de morte súbita do bebê, causando ainda importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal. Enfatiza-se que existem maiores benefícios ao desenvolvimento fetal se a gestante cessar o uso ainda no início da gravidez, porém a interrupção em qualquer momento da gestação, até mesmo no pós-natal tem significativo impacto na saúde do recém-nascido (FRANK et al., 2016).

Outro fator importante relaciona-se as doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, hepatite B e HIV. Ao longo das últimas décadas, as políticas públicas obteve um positivo reflexo nas taxas de gravidezes entre mulheres infectadas pelo HIV. Entretanto, nos últimos anos tem se enfatizado o aumento exponencial de mulheres infectadas pela sífilis e hepatite B durante a gestação, tornando-se mais comum do que o HIV (BRASIL, 2016). A ocorrência desse evento está diretamente relacionado às características sócio demográficas que necessitam ser consideradas no planejamento das ações e serviços de saúde reprodutiva e cuidados específicos para que se tenha efetividade na prevenção dessas doenças, em especial na período gestacional (ARNESEN et al., 2015; FRANK et al., 2016).

Diante dos resultados deste estudo, enfatiza-se a necessidade de se atuar na prevenção das intercorrências a partir de uma estratificação de risco de qualidade, planejamento familiar, apoio socioeconômico, comportamental, biomédico e da atenção pré-natal. Além disso, salienta-se a necessidade de capacitação e treinamento das equipes para um preenchimento dos prontuários de maneira correta e efetiva, prevenindo estratificações erradas as quais expõe as gestantes a riscos maiores do que elas já se encontram.

## CONCLUSÃO

A estratificação do risco das gestantes é uma estratégia de fundamental importância para a organização da assistência segundo as necessidades de saúde a fim de promover uma assistência integral e oportuna para cada indivíduo, garantindo a qualidade à saúde da mulher e da criança.

Esta pesquisa permitiu o levantamento de importantes características epidemiológicas e obstétricas das gestantes cadastradas no SISPRENATAL e atendidas na Clínica Materno-Infantil de Sarandi, as quais podem subsidiar ações de saúde, educativas e avaliação do programa Mãe Paranaense, em consonância com o perfil da população usuária conforme preconização das políticas de públicas nacionais e internacionais.

O perfil epidemiológico deste grupo constitui-se de mulheres majoritariamente brancas, de 20 a 40 anos, com mais de 5 anos de estudo e em união estável. Os dados apontam a alta prevalência de partos cesárea e tabagismo como principais causas de Gestação de alto risco e histórico de óbito em gestação anterior, como primeira causa de Risco Intermediário. Estes resultados evidenciam que planos de cuidados precisam ser colocadas em prática para adequação das taxas e metas proposta pela Rede Mãe Paranaense.

Ademais, os pesquisadores enfatizam a necessidade da investigação qualitativa com as equipes de saúde a fim de levantar as potencialidades e fragilidades quanto ao preenchimento das fichas de cadastramento e dos prontuários. A partir dessa observação, sinalizam a necessidade de estratégias de superação das dificuldades a exemplo da falta de informatização. Os pesquisadores oferecerão o feedback dos achados para os gestores da Clínica e Gestor municipal, cenário deste estudo.

## REFERÊNCIAS

ARNESEN, L.; SERRUYA, S.; DURAN, P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 6, p. 422-429, June 2015.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná- Sesa. **Linha Guia: Mãe Paranaense**. Curitiba; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim de sífilis em gestantes**. Departamento de DST, AIDS, e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

CORREA, A.C.P. et al. Análise da atenção pré-natal no município de Cuiabá – Mato Grosso segundo dados do SISPRENATAL. **Rev Pesqui cuid fundam**, v.5, n.2, s/p. 2013.

FRANK, B.R.B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, June 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000200163&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200163&lng=en&nrm=iso)>.

GONÇALVES, M.L.C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. **Rev Bras Promoção da Saúde**, v.25, n.2, p.33-9, 2012.

HUCULAK, M.C.; PETERLINI, O.L.G. Rede Mãe Paranaense – Relato de Experiência. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v.15, n.1, p.77-86, abr.2014.

IBGE. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais**. [online]. Projeções da população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidades de federação. 2013. Disponível em: [http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)

MELO, E.C.; MATHIAS, T.A.F. Características das mães e dos recém-nascidos em municípios-sede de regional de saúde no Paraná a partir dos dados do SINASC. **Cogitare Enfermagem** (UFPR), v.15, n.2, p. 292-301, 2010.

NOVAES, E.S. et al. Perfil obstétrico de usuárias do SUS após implantação da Rede Mãe Paranaense. **Revista Ciencia Saúde e Cuidado**, Maringá, v.14, n.4, p.1436-1444, Out/Dez 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNCIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. **Research of impact**, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

TAVARES, K.O. et al. Perfil de puérperas adolescentes atendidas em um hospital ensino do sul do país. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v.34, n.1, p.9-15, 2012.

VIEIRA, A.P.R. et al. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.4, p.670-687, 2013.