

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

DESCRIPTION OF THE PROFILE OF PREGNANT WOMEN ASSISTED IN PRIMARY CARE IN A MUNICIPALITY IN THE SOUTHERN MINAS GERAIS

Rogério Magalhães Coimbra Silva¹, Karen Magalhães Coimbra Silva²

RESUMO: Introdução: Visando promover saúde à gestante e ao feto, o serviço de pré-natal permite dar assistência contínua tanto a gestante quanto a criança, reduzindo riscos perinatais e permitindo intervenções oportunas. O acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência a mulher no período gestacional têm influência na evolução favorável de indicadores de saúde materno-infantil. As condições socioeconômicas têm forte influência neste contexto. A importância deste estudo está em que a atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boas práticas, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública. Objetivo: Caracterizar o perfil das gestantes atendidas na atenção básica de um município do sul de minas gerais. Método: Consiste em um estudo quantitativo de caráter descritivo onde foi utilizado um formulário estruturado, no qual foram investigados os seguintes itens: idade, escolaridade, período gestacional, profissão, serviços de saúde utilizados durante a gestação, profissional de saúde mais procurado e resolatividade do problema de saúde pelo serviço procurado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, parecer de número 119/2010. Resultados: Foram entrevistadas vinte gestantes, com faixa etária de 20 a 30 anos (55%), possuem ensino fundamental incompleto (35%), ensino médio incompleto (25%), ensino médio completo (35%) e superior completo (5%), não possuem atividade remunerada (85%), o enfermeiro é o profissional de saúde mais procurado pelas gestantes (80%), onde é no serviço público que a maioria (90%) das gestantes são atendidas quando necessitam de atendimento, sendo que 70% relatam ter o problema resolvido por este serviço. Conclusão: Conclui-se que no município a assistência à saúde vem sendo efetivada, principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde, transformando a atenção primária em uma “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde, onde o enfermeiro tem um papel representativo nesse cenário.

165

Palavras-chave: Gestantes, Assistência à Saúde, Sistema Único de Saúde.

¹Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreira, Bahia.

²Faculdade de Ciências e Tecnologias de Campos Gerais, Campos Gerais, Minas Gerais.

ABSTRACT: Introduction: Aiming to promote health to the pregnant woman and the fetus, the prenatal service allows continuous assistance to both the pregnant woman and the child, reducing perinatal risks and allowing timely interventions. Access to health services and the quality of care for women during pregnancy have an influence on the favorable evolution of maternal and child health indicators. Socioeconomic conditions have a strong influence in this context. The importance of this study lies in the fact that prenatal care is used as an indicator of good practices, as well as a measure of the quality of clinical and public health care. Objective: To characterize the profile of pregnant women assisted in primary care in a municipality in the south of Minas Gerais. Method: It consists of a quantitative study of a descriptive nature where a structured form was used, in which the following items were investigated: age, education, gestational period, profession, health services used during pregnancy, most sought after health professional and resoluteness of the health problem for the service sought. The study was approved by the Research Ethics Committee of UNIFENAS, number 119/2010. Results: Twenty pregnant women were interviewed, aged between 20 and 30 years (55%), with incomplete primary education (35%), incomplete secondary education (25%), complete secondary education (35%) and complete higher education (5%), have no paid activity (85%), the nurse is the health professional most sought after by pregnant women (80%), where it is in the public service that the majority (90%) of pregnant women are assisted when they need care, and 70% report having the problem solved by this service. Conclusion: It is concluded that health care in the municipality has been carried out, mainly by the Basic Health Units, transforming primary care into a “gateway” to the Unified Health System, where the nurse has a representative role in this scenery.

Keywords: Pregnant women, Health Care, Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é um conjunto de cuidados e da atuação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde) na realização das atividades específicas com a finalidade de proteger a mulher e o feto durante a gravidez, o parto e o puerpério. É essencial para a saúde da gestante, ajudando a diminuir as mortalidades materna e infantil. O pré-natal inicia-se na suspeita ou confirmação da gravidez, entretanto, o ideal seria ter o início na manifestação do desejo pela maternidade (BRASIL, 2005).

A procura pelas mulheres à assistência ao pré-natal está diretamente relacionada com a qualidade do serviço realizado e pelos profissionais de saúde, fator importantíssimo para diminuição dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal, muitas vezes, representa o primeiro contato da gestante com

os serviços de saúde, e deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades da mulher, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e de recursos adequados (PESSOA, et. Al; 2009).

O pré-natal, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) prioriza que no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), deve promover o acesso à assistência integral a sua população alvo, dando permissão ao atendimento oportuno nos aspectos preventivos educativos e terapêuticos. Assim, a gestante deve ser compreendida e atendida adequadamente com todos os anseios e carências que esta fase lhe acarreta, sejam estes fisiológicos, psicológicos ou educacionais, significando uma melhora direta na qualidade de vida da mulher e sua prole.

Visando o melhoramento dos indicadores de morbidade e mortalidade direcionados à gestação, parto e puerpério, houve a institucionalização no ano de 2000 por parte do Ministério da Saúde do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com base nos princípios de que toda gestante tem direito ao acesso a um atendimento de qualidade durante todo ciclo gravídico-puerperal de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece um número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005).

O acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência têm influência na evolução favorável de indicadores de saúde materno-infantil, além disso, as condições socioeconômicas da gestante (emprego, condições de moradia, alimentação) também tem influência positiva nesse período (BRASIL, 2000).

Sabemos que muito tem sido feito no sentido de ampliar a oferta de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, que recomenda a realização de no mínimo seis consultas para uma gestação a termo, com início do pré-natal no 1º trimestre da gestação, bem como a realização de orientação sobre amamentação e de todos os exames de rotina e clínico-obstétricos em todas

as consultas. Recomendações que podem ser utilizadas para gerar indicadores da qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2000).

Visando promover saúde à gestante e ao feto, o serviço de pré-natal permite dar assistência contínua para redução de riscos (taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, de morbimortalidade neonatal, morte materna) e permite intervenções oportunas. Porém, apesar da alta cobertura de serviços pré-natais alcançada com a ampliação da Atenção Primária a Saúde (APS) com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) a realidade do pré-natal em muitos locais ainda é de baixa qualidade e de desigualdade social no acesso (HALPERN, 1993; PUCCINI et. al. 2003).

Apesar do Ministério da Saúde recomendar o início do pré-natal de forma precoce ainda no primeiro trimestre de gestação, um percentual relativamente importante de gestante de menor renda ainda inicia o pré-natal a partir do segundo trimestre e apresentam maior morbidade durante esse período (ALMEIDA; BARROS, 2005).

A importância deste estudo está em que a atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boas práticas, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública. Visto que o principal objetivo desta assistência é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, que cada gestante vivencia de forma distinta. Entendendo que a gestação pode ser um período de vulnerabilidade, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo.

Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas. Sendo assim, o objetivo desse estudo está inserido na caracterização dos perfis das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um município do sul de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, efetuado através de entrevistas com os usuários, utilizando um formulário estruturado, no qual foram investigados os seguintes itens: idade, serviços utilizados na Unidade Básica de Saúde, escolaridade, sinais e sintomas durante a gestação, ocupação, condições de vida, trabalho, jornada de trabalho, moradia, participação social, serviços de saúde utilizados e números de pessoas por domicílio.

Severino (2007) a define como sendo pesquisa exploratória, uma que tem como intuito de levantar informações sobre um determinado objeto, onde será delimitado seu campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto.

Uma pesquisa descritiva é aquela que tem como objetivo principal à descrição das características de determinada população ou fenômeno; ou estabelecer relações entre variáveis. Porém, algumas pesquisas vão além da identificação de variáveis, pretendendo determinar a origem dessa relação (GIL, 2007)

A pesquisa foi submetida a análise e julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sendo aprovada pelo parecer de número 119/2010. Todos os participantes, após serem informados sobre o objetivo da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a realização da mesma.

O presente estudo foi realizado em uma cidade do Sul de Minas Gerais, com uma estimativa populacional de aproximadamente 28774 (vinte e oito mil, setecentos e setenta e quatro) segundo o IBGE. A fonte de renda do município é a pecuária, lavoura permanente e temporária.

A coleta de dados foi realizada nas Unidades de Programas de Saúde da Família de três bairros. As equipes de saúde da família do município são compostas de um médico clínico geral, um médico pediatra, um médico ginecologista (atende semanalmente), um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, em média seis agentes comunitários, um dentista e um auxiliar odontológico, uma recepcionista e um funcionário serviços gerais.

Foram entrevistadas mulheres que se encontravam em qualquer período gestacional entre os meses de junho de julho de 2010 e que estivessem cadastradas nas unidades de saúde escolhida. Foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e semiabertas. A análise dos dados foi feita por meio da montagem de uma planilha no programa da Microsoft Excel, no qual foram tabulados os dados e elaborados os gráficos com os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram aplicadas nas três Unidades Básicas de Saúde citadas, onde foram entrevistadas 20 gestantes. E o objetivo foi verificar o perfil dessas gestantes, com relação a indicadores como faixa etária, escolaridade, nível socioeconômico, estado de saúde durante do período gestacional e acesso à Unidade Básica de Saúde de sua abrangência.

Com relação à faixa etária das gestantes, 55% delas estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos (11 entrevistadas); 30% (6 entrevistadas) na faixa etária de 13 a 20 anos; 15% das gestantes (3 entrevistadas) entre 30 e 40 anos. Apesar dos números apontarem para um maior número de gestantes adultas jovens, ainda é elevada a porcentagem de gestantes adolescentes, um quadro muito preocupante para a saúde pública devido às implicações físicas e sociais de uma gestação precoce.

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), a maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante. As expectativas sociais diante da idade para o início da reprodução, no entanto, alteram-se cultural e historicamente, e a gravidez, no período modernamente chamado de adolescência, é abordada de modo diferente de décadas passadas.

Na concepção de Bueno (2006), são muitos os fatores que contribuem para a alta incidência da maternidade durante a adolescência. O início precoce da vida sexual, falta de uso de métodos anticoncepcionais (ou uso inadequado deles), dificuldade de acreditar na própria capacidade de reproduzir e falta de dinheiro para adquirir o método são algumas das causas mais comuns que, normalmente, aparecem associadas.

Segundo Aragão (2010) nesta faixa etária, o sistema reprodutor da menina ainda não está amadurecido e, devido a isso, pode ocorrer maior incidência de doenças hipertensivas, partos prematuros, ruptura antecipada da bolsa, desnutrição do bebê e da mãe. Outro fator preocupante é que o risco de mortalidade de bebês no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes é muito maior do que em mães adultas, principalmente no que se refere aos cuidados no pós-parto.

Na concepção de Bueno (2006), um dos riscos que permeiam a gravidez é a gestação na adolescência, que coloca a adolescente vulnerável às patologias antes, durante e após o parto, incidindo não só na adolescente, como também no seu filho. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que alguns autores considerem a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual.

O levantamento da pesquisa também ocorreu em relação ao grau de escolaridade das mesmas. Cerca de 35% das gestantes (7 entrevistadas) relataram possuir ensino fundamental

incompleto, 25% das gestantes (5 entrevistadas) relataram possuir ensino médio incompleto, 35% das gestantes (7 entrevistadas) relataram possuir ensino médio completo e apenas 1 gestante (5% das gestantes) possui ensino superior completo. Esses dados revelam que a população entrevistada possui um nível médio de escolaridade, demonstrando um aumento na escolarização da população adulta jovens, que é a maioria entre as entrevistadas.

Segundo Ximenes Neto (2008), considera-se que a escolaridade materna é considerada um fator determinante de menor mortalidade infantil. A influência da escolaridade permanece mesmo após ser controlada por outras variáveis sociais e pode ser independente da qualidade dos cuidados recebidos durante a gestação.

De acordo com Puccini (2003), não há definição clara de como classe social baixa ou aspectos socioeconômicos influenciam os resultados perinatais. Entretanto, há algumas indicações de que a nutrição, a estatura e o trabalho da mãe durante a gravidez são fatores associados a tais resultados.

Na concepção de Ximenes Neto (2008), existe uma forte associação entre características socioeconômicas e comparecimento ao pré-natal, particularmente no que se refere ao nível de escolaridade da gestante. Este se associa tanto a fazer ou não controle pré-natal como ao cumprimento das normas, a respeito de início precoce e número de consultas, o que está de acordo com publicações anteriores.

171

Quando questionadas sobre o tempo de gestação em que se encontram, uma gestante (5%) encontra-se no 2º mês de gestação, cinco gestantes (25%) encontram-se do 3º mês de gestação, quatro gestantes (20%) encontram no 4º mês de gestação, duas gestantes encontram-se no 5º mês de gestação (10%), uma gestante (5%) encontra-se no 6º mês de gestação, duas gestantes (10%) encontram-se no sétimo mês de gestação, quatro gestantes (20%) encontram-se no 8º mês de gestação e uma gestante (5%) encontra-se no 9º mês de gestação.

Com relação aos profissionais que as gestantes procuram, a categoria profissional mais procurada pelas gestantes é a enfermagem, o fato pode ser explicado pela enfermagem ser a categoria de saúde mais acessível para orientar e direcionar o serviço na atenção primária.

De acordo com Santos et al. (2000), no pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para, também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e

sociais) por ser essa uma experiência única. O profissional enfermeiro não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado.

No que diz respeito aos sintomas e sinais da gestação: 14 das entrevistadas relatam estar apresentando ou terem apresentado náuseas (70%), 16 das entrevistadas (80%) relatam estar apresentando ou terem apresentado vômitos, 12 das entrevistadas (60%) relatam estar apresentando ou terem apresentado tontura, 12 das entrevistadas (60%) relatam estar apresentando ou terem apresentado pirose, 7 das entrevistadas (35%) relatam estar apresentando ou terem apresentado sialorréia, 11 das entrevistadas (55%) relatam estar apresentando ou terem apresentado fraqueza, nenhuma das entrevistadas apresentou desmaio e 10 das entrevistadas (50% das gestantes) relatam estar apresentando ou terem apresentado dor abdominal. Sendo que algumas fizeram uso de medicações tais como: Dramin®, Plasil®, Buscopan®, Mylanta Plus®, para alívio dos sintomas.

De acordo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) são comuns queixas como náuseas, vômitos, pirose, sialorreia, dores e desmaios. As alterações hormonais, mecânicas e psíquicas que ocorrem durante a gestação acarretam modificações no organismo materno, as quais são responsáveis por sintomas e queixas comuns às gestantes. Muitas alterações que ocorrem durante a gestação dispensam tratamento, necessitando apenas de orientações às gestantes de forma a minimizar as atitudes e rotinas diárias que possam estar exacerbando as mesmas. A maioria das queixas apresentadas a seguir diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos.

As náuseas são consideradas comuns no início da gestação. Quando ocorrem no final da gestação podem estar associados a doenças importantes, devendo ser sempre comunicado ao médico. A pirose (azia, queimação) é muito comum a partir do segundo trimestre da gestação. Geralmente melhora com dieta fracionada, diminuindo as frituras, café, chá, pimenta, chimarrão, álcool e fumo (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a sialorréia é outro sintoma muito comum no início da gestação, orienta-se deglutir a saliva e seguir mesmo tratamento indicado para náuseas e vômitos. O autor confirma ainda que sintomas como fraquezas e

desmaios podem acontecer após mudanças bruscas de posição e também quando a gestante ficar sem se alimentar.

Com relação aos tipos de serviço de saúde utilizados pelas gestantes, as gestantes buscaram atendimentos no serviço público (85%), serviço privado (5%), ambos os serviços (5%) e convênio (5%). Esse quadro demonstra que a população em sua grande maioria depende dos serviços públicos de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o que exige desse sistema uma boa qualidade do atendimento para a resolutividade do serviço

As gestantes entrevistadas residem em um município com uma população em sua maioria de classe baixa ou classe média baixa, com um nível de trabalho informal e desemprego muito grande. Diante disso, observa-se que esta população não tenha condições para manter planos de saúde privados, recorrendo ao serviço público na maioria das vezes.

Com relação à profissão das entrevistadas, 85% das entrevistadas (17 gestantes) não têm atividades remuneradas trabalhando somente no lar, 10% das entrevistadas (2 gestantes) trabalham como lavradoras, principalmente na época de safra do café. Estes dados demonstram o baixo grau de empregabilidade do município, principalmente para as pessoas com baixo nível de escolaridade. Das entrevistadas que exercem atividades remuneradas, todas relataram que sua forma de trabalho é informal, trabalhando de 8 a 12 horas por dia.

173

Outro questionamento realizado com as entrevistadas diz respeito à participação social em entidades tais como: Associação de Bairros, Organizações não-governamentais (ONG's). Tendo o achado que 35% das entrevistadas (7 gestantes) participam de alguma dessas organizações e 65% das entrevistadas (13 gestantes) não tem nenhuma participação social. Os dados revelam a baixa participação social das gestantes em entidades sociais que tem como proposta a análise e discussão das políticas públicas efetivadas, de forma a reivindicar direitos e promover a melhoria destas.

A participação nesses movimentos promove a democracia e é um exercício de democracia. A eficácia das políticas públicas depende da fiscalização e da observação constante da comunidade,, com o papel de averiguar se as ações estão realizadas para atender as necessidades da população.

Bandeira (1999) ressalta que a falta de participação da comunidade é uma das principais causas do fracasso de políticas, programas e projetos de diferentes tipos. A ausência de uma interação entre os segmentos da sociedade tende a fazer com que muitas das ações públicas sejam mal planejadas, tornando-se incapazes de alcançar totalmente os

objetivos propostos. Além disso, quando tratada apenas como objeto, e não como um dos sujeitos do processo de gestão e implementação dessas ações, a comunidade tende a não se identificar com elas.

Quando questionadas sobre o fato dos serviços de saúde procurados atenderem as suas necessidades, verifica-se que 70% das entrevistadas (14 gestantes) relatam que sim, salientando que se sentem bem tratadas, bem atendidas, sentem que o serviço é eficiente; enquanto que 30% das entrevistadas (6 gestantes) não percebem suas necessidades atendidas ao procuram esse serviço relatando a ineficiência do serviço, a desorganização, a falta de médicos e de boa vontade dos profissionais e a demora no atendimento.

De acordo com Cordeiro (2001), esses dados demonstram que apesar do Sistema Único de Saúde no Brasil ser um sistema ‘modelo’ para os outros países, ainda é necessária uma reorganização e reestruturação de suas ações para que ele consiga atender adequadamente uma maior parcela da população, garantindo eficiência e qualidade no atendimento fornecido.

Na concepção de Cardoso e Gomes (2000), o campo representacional acerca do SUS comporta características como facilitador do atendimento e de responsável pela elevação da qualidade da assistência. O significado de facilitador parece conferir ao SUS um perfil que não abrange a totalidade de suas atribuições, uma vez que o princípio da universalidade não “facilita”, mas garante o direito à saúde como um direito básico do ser humano, sendo, por isso mesmo, inalienável por essência.

O apoio fornecido pelo companheiro (cônjuge/pai da criança) existe em 95% (19 entrevistadas) das respostas obtidas. Sendo que as gestantes afirmam que esse apoio se presentifica quando estes acompanham a gestação em consultas médicas, apoio emocional, pela atenção e ajuda dispensadas à gestante, pela preocupação com a gestação. Os dados apresentados demonstram que tem havido uma maior inserção do cônjuge (marido) no cuidado à gestação que até anos atrás era exercido somente pela gestante (mulher).

CONCLUSÃO

É competência do Ministério da Saúde estabelecer políticas e normas para oferta do pré-natal com boa qualidade. Além dos equipamentos e instrumental para a realização das consultas e exames, deve-se levar em conta a capacitação adequada de todas as pessoas que atendem a mulher no seu percurso pela unidade de saúde. Ela deverá ser adaptada as

condições locais, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção do parto normal sem complicações e prevenção das principais afecções perinatais.

A assistência pré-natal remete diretamente à problemática da mortalidade materna, e salienta que nos países em desenvolvimento a mesma está relacionada às precárias condições de vida da população, à deficiência do funcionamento do setor de saúde, à dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde e à assistência precária prestada, determinando taxas elevadas de mortalidade.

Observa-se de acordo com os dados obtidos na pesquisa de campo que no município em questão, a assistência à saúde vem sendo efetivada, por meio principalmente das Unidades Básicas de Saúde, transformando a atenção primária em uma “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde.

As boas condições de moradia e médio nível de escolaridade, apesar da alta taxa de desemprego na população-alvo da pesquisa, demonstraram que os melhores níveis econômicos da população têm contribuído para que a população saiba sobre a importância dos cuidados em saúde e do pré-natal bem realizado para que a gestação transcorra da forma mais saudável possível. Verificou-se ainda que as gestantes entrevistadas consideram a importância da boa assistência por parte dos serviços de saúde, em especial da equipe de enfermagem, em ações como orientação e esclarecimento, por meio da prevenção e da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.Z. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.17, n.1, p. 15-25, jan.2005.

BANDEIRA, P. **Participação, Articulação de Atores Sociais e Desenvolvimento Regional**. Brasília: Edições IPEA, 1999. (Texto para discussão, 630).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**. Manual técnico. 3ª edição. Brasília, DF: Secretaria de Políticas Públicas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Pré-natal e puerpério. **Cad. Saúde da Mulher**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005.

BUENO, G. M. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. 2006. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>. Acesso em: 10 jun.2022.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, 2000.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

HALPERN, R. et. al. Atenção ao pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad Saúde Publica**; 14 (3): 487-92, 1998.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Campos Gerais - MG**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 13 de dezembro de 2022.

PESSOA, I.N. et al. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.2, p. 236-241, abr./jun, 2009.

PUCCINI, R.F. et al. Equidade na atenção ao pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad Saúde Pública**. v.19, n.1, p. 35-45, 2003.

SANTOS, E.F. *et al.* **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem** . São Paulo: Atheneu; 2000.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.61, n.5, p.595-602, set./out., 2008.