



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Fátima Regina Dias de Miranda

**Assistência à gestante adolescente
nas unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2014

Fátima Regina Dias de Miranda

**Assistência à gestante adolescente
nas unidades de saúde do SUS no Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Coorientadora: Prof.^a Dra. Denise Leite Maia Monteiro

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

M672 Miranda, Fatima Regina Dias
Assistência à gestante adolescente nas unidades de saúde do SUS
no município do Rio de Janeiro /Fatima Regina Dias Miranda. -
2014.
61 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette

Coorientadora: Denise Leite Maia Monteiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências
Médicas.

1. Saúde Pública – Avaliação - Teses. 2. Cuidado Pré-Natal. 3.
Gravidez – Adolescência - Teses. 4. Saúde Reprodutiva – Rio de
Janeiro - Teses. I. Taquette, Stella Regina. II. Monteiro, Denise Leite
Maia. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 618.39-053.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fátima Regina Dias de Miranda

**Assistência à gestante adolescente
nas unidades de saúde do SUS no Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 11 de junho de 2014.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Denise Leite Maia Monteiro

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Alexandre José Baptista Trajano

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Mary Rangel

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Sandra de Moraes Pereira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha filha Bruna Miranda, que se encontra no início da adolescência e foi o motor do meu interesse pelo tema.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Prof.^a Stella Taquette e Prof.^a Denise Monteiro, pela confiança em mim depositada e pela disponibilidade ilimitada que sempre me ofereceram.

Ao Prof. Alexandre Trajano, titular da disciplina de Obstetrícia da UERJ, pelo apoio e orientação durante toda a minha vida acadêmica.

Aos membros do ADOLESSUS, em especial à Adriana Rodrigues, que tornaram esse trabalho possível.

A todos os colegas do Núcleo Perinatal, em especial à Mariangela Blanco, por toda compreensão e incentivo.

A meu marido Carlos e minha filha Bruna que compreenderam a importância deste trabalho e entenderam meus momentos de ausência.

A meus pais, Rita e José, que sempre incentivaram minha trajetória profissional.

RESUMO

MIRANDA, Fátima Regina Dias. *Assistência à gestante adolescente nas unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro*. 2014. 61f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade é necessária para o bom resultado perinatal. A gestação em adolescentes pode estar associada a maior risco de complicações obstétricas como pré-eclampsia, baixo peso ao nascer, prematuridade e transmissão vertical de HIV e sífilis. Essas intercorrências se refletem no aumento das taxas de morte materna. Conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2005), as redes públicas de saúde devem garantir que as consultas do pré-natal iniciem no primeiro trimestre e ocorram, no mínimo, seis vezes ao longo da gestação. Este estudo tem por objetivo mapear os serviços de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro que dispõem de atendimento pré-natal para adolescentes, verificar suas características e avaliar a percepção das usuárias sobre sua qualidade. Realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa, na primeira fase foi feito um levantamento das unidades e dos tipos de serviços que oferecem. Na etapa qualitativa foram desenvolvidas entrevistas em profundidade com adolescentes usuárias destes serviços. Das 148 unidades de saúde do município, 147 unidades foram visitadas, tendo sido excluída uma unidade por não aceitar participar do estudo. Destas, 6,8% (10) são unidades hospitalares, 56,7% (84) correspondem a Policlínicas e Centros de Saúde e o 36,5% (54) restantes são unidades de PSF. Do total de unidades de saúde municipais existentes no Rio de Janeiro, 95,3% (141) realizam atendimento pré e pós-natal, 96,5% (IC95% 91,5-98,8%) dispõem de médico para o atendimento PN, apenas 47,5% das unidades dispõem de obstetras (IC95% 39,1-56,1%) e somente 28,3% (IC95% 17,5-41,4%) têm profissionais capacitados em saúde do adolescente. Em relação à presença de enfermeira, verificou-se que 89,4% (IC95% 83,1-93,9%) das unidades de saúde estudadas dispõem desse profissional, porém apenas 40,0% (56) são capacitadas em obstetrícia. Observou-se que algumas unidades de saúde ainda exigem a presença de responsável para a marcação de consultas ou para a realização do atendimento da gestante adolescente. No que diz respeito ao atendimento médico e de enfermagem, ambos foram considerados bons. Uma queixa frequente foi relacionada à pouca atenção dedicada por alguns profissionais ao cuidado com as adolescentes. Um registro importante foi a preferência das pacientes pelo profissional do sexo feminino, identificado como mais acolhedor. Em relação ao atendimento de enfermagem parece que esses profissionais não são reconhecidos como adequados para atendimento PN, devendo priorizar sua identificação e a valorização do seu atendimento. As atividades educativas, fundamentais para o bom acompanhamento PN, não parecem estar bem implementadas nas unidades de saúde e apresentam também falha na sua divulgação, o que prejudica a adesão das adolescentes à atividade. Embora seja identificada grande oferta de assistência pré-natal nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, observou-se que as adolescentes, em especial aquelas menores de 15 anos, ainda não apresentam adesão adequada ao PN.

Palavras-chave: Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Adolescência. Assistência pré-natal.

ABSTRACT

MIRANDA, Fatima Regina Dias. *Assistance to pregnant teenagers in health facilities of SUS in the city of Rio de Janeiro*, 2014. 61f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Ensuring access to quality health services is necessary for good perinatal outcome. Pregnancy in adolescents may be associated with increased risk of obstetric complications such as preeclampsia, low birth weight, prematurity, and vertical transmission of HIV and syphilis. The increase in these complications is reflected in the increasing rates of maternal death. According to the parameters established by the Ministry of Health (2005), public health networks should ensure that antenatal consultations begin in the first quarter and occur at least six times during pregnancy. This study aims to map the SUS health services in the municipality of Rio de Janeiro that offer prenatal care for adolescents 10-19 years and assess their perception of their quality. Held in two phases, a quantitative and a qualitative, in the first phase was a survey of units and the types of services they offer. In the qualitative phase were developed in-depth interviews with adolescent wearers of these services. Of the 149 health facilities in the municipality, 148 units were visited, having been excluded by a unit does not take up the case. Of these, 6.8% (10) are hospitals, 56.7 % (84) correspond to Polyclinics and Centres Health and 36.5 % (54) are other FHP. The total units of existing municipal health at Rio de Janeiro , 95.3 % (141) perform pre -and postnatal care , 96.5 % (95% CI 91.5 to 98.8 %) to have medical care PN, only 47.5 % of the units have obstetricians (95% CI 39.1 to 56.1 %) and only 28.3 % (95% CI 17.5 to 41.4 %) have trained professionals in adolescent health. Regarding the presence of a nurse, it was found that 89.4 % (95% CI 83.1 to 93.9 %) of health facilities studied have such professional, but only 40.0 % (56) are trained in obstetrics. It was noted that some facilities still require the presence of responsible for making appointments or for completion of the pregnant adolescent care. With regard to medical care and nursing, both were considered good. A frequent complaint was related to diminished focus by some professional care with adolescents. An important record was preferred by patients by professional female, identified as more welcoming. In relation to nursing care, it seems that these professionals are not recognized as appropriate to assist PN and must prioritize the identification and recovery of its care. Educational, fundamental activities for the proper monitoring PN do not seem to be well implemented in healthcare facilities and also have failed in its disclosure, which reduces the adherence of adolescents to the activity. Although identified large supply of prenatal care in health facilities in the city of Rio de Janeiro, it was observed that adolescents, especially those under 15, have not shown adequate adherence to PN.

Keywords: Health. Sexual and reproductive health. Adolescent. Prenatal care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do atendimento pré-natal relacionada ao nível e assistência da US.....	28
Tabela 2 –	Salas disponíveis para atendimento.....	28
Tabela 3 –	Distribuição dos limites de idade de adolescentes aceitos para atendimento nas unidades de saúde.....	29
Tabela 4 –	Distribuição dos Profissionais por Unidades de Saúde.....	30
Tabela 5 -	Distribuição das US por características do atendimento disponível a faixa etária atendida (10-14 e 15-19 anos).....	31
Tabela 6 –	Distribuição dos dados demográficos.....	32
Tabela 7 –	Distribuição do nível de escolaridade segundo o número de anos estudados.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BPN	Baixo peso ao nascer
CIUR	Crescimento intrauterino restrito
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DUM	Data da última menstruação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
MS	Ministério da Saúde
NESA	Núcleo de Estudo e Assistência ao Adolescente
NP	Núcleo Perinatal da UERJ
NV	Nascido-vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE	Pré-eclâmpsia
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PP	Parto prematuro

PPC	Policlínica Piquet Carneiro
RN	Recém-nascido
SISPRENATAL	Sistema de Informação em Saúde Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Trimestre
TSA	Teste de sensibilidade antibiótica
URC	Cultura de urina
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	OBJETIVOS	22
1.1	Geral	22
1.2	Específicos	22
2	MÉTODO	23
2.1	Etapa quantitativa	23
2.2	Etapa qualitativa	25
3	RESULTADOS	27
3.1	Etapa quantitativa	27
3.2	Etapa qualitativa	31
4	DISCUSSÃO	35
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO A - Questionário com coordenação da unidade de saúde.....	52
	ANEXO B - Roteiro de entrevista com adolescente.....	55
	ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – adolescente.....	57
	ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - responsável.....	58
	ANEXO E - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ.....	59
	ANEXO F - Renovação da Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ...	60
	ANEXO G - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/SR2.....	61

INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo tema “Gravidez na Adolescência” surgiu no decorrer dos últimos oito anos, em que estou à frente da coordenação do ambulatório Pré-natal (PN) do Núcleo Perinatal da UERJ (NP). A assistência pré-natal do NP é realizada no ambulatório de alto risco situado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O NP também fornece apoio ao pré-natal vinculado ao Núcleo de Estudo e Assistência ao Adolescente (NESA), localizado na Policlínica Piquet Carneiro (PPC) e que atende às adolescentes de baixo risco. Durante este período observei crescente procura do PN pelas adolescentes grávidas e identifiquei algumas peculiaridades relacionadas à faixa etária, como início tardio do acompanhamento PN, baixa aderência, falta de cuidados com a saúde, abandono dos estudos, dificuldade em aceitar as mudanças impostas pela gravidez e outras alterações psicossociais.

Embora a taxa de fecundidade no Brasil tenha sofrido queda de 12% esse fato não foi observado com a mesma intensidade entre as adolescentes, com uma em cada cinco brasileiras tendo o primeiro filho antes dos 20 anos.¹

Segundo definição do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia e da Academia Americana de Pediatria, a assistência pré-natal é um programa de atenção que envolve não só cuidados médicos, mas também apoio psicossocial, devendo ser iniciada, idealmente, antes da concepção, e durando todo o período anteparto.² A assistência pública de saúde no Brasil ainda não disponibiliza este acompanhamento antes da gravidez. Desta forma, tratarei aqui da assistência pré-natal somente após a concepção.

O objetivo primordial da assistência pré-natal é a obtenção de gravidez e parto sem complicações e de recém-nascido (RN) vivo e saudável, preservando a qualidade de vida de todos os envolvidos, inclusive os demais familiares. Neste sentido, o acompanhamento pré-natal é universalmente reconhecido como um dos fatores contribuintes para a evolução normal da gravidez. Quanto melhor a sua qualidade, mais favorável será o resultado, com diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal.^{3,4,5,6}

A mortalidade materna é considerada grave problema de saúde pública no Brasil. Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. As maiores causas de óbito materno no Brasil e no mundo são as hemorragias, a hipertensão e a infecção e constitui tragédia pessoal, familiar e pessoal evitável em cerca de

90% dos casos.^{7,8}Dados oficiais durante o ano de 2011 registraram 1370 mortes maternas no Brasil, sendo 199 óbitos entre adolescentes. Neste mesmo ano o município do Rio de Janeiro registrou 15 mortes maternas entre adolescentes, sendo 67% das ocorrências por causa obsétrica direta.¹⁰Vale destacar que, além de altos, os índices de mortalidade materna no Brasil são subnotificados, já que o percentual registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade é menor que o computado quando se utilizam outros sistemas de notificação como os referentes às declarações de nascidos vivos, declarações de óbitos e informações hospitalares.¹¹

Analisando as principais causas de morte materna podemos observar a forte relação entre o aborto provocado e a infecção materna. A gravidez indesejada pode causar transtornos importantes na vida do casal, favorecendo a opção pelo abortamento ilegal que, quando realizado em condições desfavoráveis, pode trazer consequências desastrosas.

O abortamento induzido no Brasil somente é permitido em gestações concebidas por estupro ou em casos em que a gravidez acarreta risco de morte para gestante conforme o Artigo 128 do Código Penal Brasileiro.¹²Recentemente pudemos acompanhar a decisão do Supremo Tribunal Federal considerando que a interrupção terapêutica induzida na gravidez de um feto anencéfalo não deve ser considerada um aborto ilegal.¹²

Essa questão assume especial importância entre adolescentes grávidas, por recorrerem com frequência à interrupção da gravidez diante de gestações inesperadas e muitas delas indesejadas. Estima-se que aproximadamente 30% a 60% das gestações na adolescência terminem em abortamento provocado.¹³

Apesar de a adolescência ser uma etapa saudável da vida, vem adquirindo destaque na área de saúde devido aos problemas relacionados ao exercício da sexualidade, como as gestações não esperadas e as doenças sexualmente transmissíveis.¹⁴Os dados epidemiológicos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) apontam para feminização da doença e maior número de notificações entre os adultos jovens.¹⁵Tendo em vista o longo tempo de latência da doença, a infecção ocorre, provavelmente, durante a adolescência. Em jovens do sexo feminino há a predominância de casos de transmissão heterossexual.¹⁵

O acompanhamento pré-natal adequado da gestante portadora do vírus HIV é fundamental na prevenção da transmissão vertical, com a utilização de terapêutica antirretroviral a partir da 14ª semana de gravidez e durante o parto, assim como a programação da via de parto recomendada para cada caso e cuidados específicos com o RN, que incluem a proibição do aleitamento materno.^{3,16}

A relevância do tema deu origem a este estudo que pretendeu mapear e identificar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro onde há assistência pré-natal à gestante de 10 a 19 anos e oferecer subsídios às políticas públicas de saúde, a partir dos dados obtidos no município do Rio de Janeiro, visando à redução das complicações durante o PN e parto. O presente estudo está inserido em outro projeto maior denominado “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no Município do Rio de Janeiro”, coordenado pela Prof^a. Stella Taquette, que recebeu apoio financeiro da Faperj no Edital 04/2010 – Prioridade Rio, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este estudo maior avaliou diversos aspectos da assistência à saúde do adolescente de ambos os sexos, entre os quais a assistência PN, a assistência pós-natal, a assistência ginecológica e também os cuidados à saúde do adolescente do sexo masculino, entre outros.

A gestação pode ser classificada como de baixo ou de alto risco. Esta classificação, em que os limites entre as duas condições são ainda imprecisos, visa identificar o grupo estimado em cerca de 15-25% de todas as gestantes que irá beneficiar-se de intervalos menores entre as consultas pré-natais, exames mais específicos para avaliação materna e fetal e o acompanhamento de outros profissionais.^{3,16}

A primeira consulta médica pré-natal deve seguir os preceitos básicos da avaliação clínica de qualidade, com anamnese, exame físico geral e exame obstétrico. É fundamental que neste primeiro encontro sejam criados laços de confiança entre a gestante e o obstetra que irão garantir a boa relação médico-paciente, imprescindível para os bons resultados.

A idade gestacional (IG) deve ser estimada a partir da data da última menstruação (DUM) e caso esta seja imprecisa ou ignorada deve-se solicitar exame ultrassonográfico, que ajudará no cálculo do tempo de gravidez. Sabemos que quanto mais precoce for o exame, especialmente durante o primeiro trimestre, mais confiável será a estimativa da IG.^{3,16}

A rotina de exames complementares a serem solicitados varia de acordo com a prevalência dos problemas locais e com as características do serviço que presta a assistência.³O Ministério da Saúde (MS) preconiza como rotina laboratorial mínima a tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, sorologia para lues, glicemia de jejum, urina tipo I, a pesquisa do antígeno da hepatite B (HBs-Ag), a sorologia anti-HIV e a pesquisa de IgM para toxoplasmose.¹⁷

Serviços universitários e terciários, que prestam atendimento às gestantes de alto risco, utilizam rotina laboratorial mais abrangente. No Núcleo Perinatal (NP) do Hospital

Universitário Pedro Ernesto (HUPE), além dos exames citados, solicitamos na primeira consulta a cultura de urina (URC) com teste de sensibilidade antibiótica (TSA), a IgG para toxoplasmose, HTLV e a pesquisa do anticorpo da hepatite B (anti-HBs), além da ultrassonografia obstétrica de rotina.

No Brasil, o Ministério da Saúde estimou em cerca de um milhão o número de adolescentes grávidas por ano. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, aproximadamente 20% das crianças registradas no Brasil eram filhos de adolescentes, sendo 19,3% de mães com idade entre 15 e 19 anos e os 0,8% restantes, de jovens entre 10 e 14 anos.¹⁸ Apesar dos números elevados, o MS vem detectando queda no registro de nascidos vivos de mães adolescentes desde 2000, sendo a ocorrência muito variada entre as regiões brasileiras e grupos sociais, predominando a gravidez entre as populações menos favorecidas. No Brasil em 2005, o número de nascidos-vivos (NV) de mães adolescentes foi de 661.137, o que corresponde a 21,8% do total de NV. Em 2011, este número caiu para 560.889 NV, correspondendo a 19,3% do total, demonstrando queda de 2,5% no número de NV de mães adolescentes.⁹

Quanto melhor a qualidade do PN, mais favorável será o resultado, com diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal.⁶ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para que o acompanhamento seja considerado qualitativamente adequado deverá ser iniciado no primeiro trimestre e deverá registrar um mínimo de seis consultas.^{13,19}

A importância das consultas de pré-natal parece já estar consolidada no Brasil. Segundo o MS (2005), nos últimos anos vem ocorrendo aumento no número destas consultas. O número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, passou de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003. Em 2011, 96,4% das mulheres que realizaram parto no SUS haviam frequentado pelo menos uma consulta PN, sendo que 61% realizaram mais de três consultas.⁹ Entretanto, observando-se de forma mais abrangente, a assistência pré-natal no Brasil ainda demonstra comprometimento da qualidade fato que pode ser exemplificado pela incidência de sífilis congênita, ainda muito alta em nosso meio.²⁰

Diversos estudos têm mostrado que a assistência PN às adolescentes é inadequada, o que se evidencia pelo início mais tardio, menor número de consultas PN, e realização de menor número de exames complementares. Estes fatores têm sido associados à maior frequência de toxemia gravídica, baixo peso ao nascer, prematuridade, entre outras intercorrências mais comumente observados entre as adolescentes.^{6,8,16} Outro fato relacionado

à falta de informações sobre os benefícios do PN é a vergonha em buscar cuidados médicos, principalmente entre adolescentes mais pobres.

A maioria das gestações nesta fase, embora possa ter sido desejada, mesmo que de forma inconsciente, não foi planejada, o que também pode levar à procura tardia do acompanhamento pré-natal.

Os trabalhos são conflitantes em classificar a gravidez na adolescência como de alto risco, uma vez que nesta faixa etária as doenças concomitantes são mais raras. O risco aumentado parece ser relacionado às características socioeconômicas e psicossociais desfavoráveis.^{21,22} As adolescentes amamentam seus filhos por período menor de tempo. Isto tudo resulta em maior mortalidade infantil entre seus filhos.¹

Quanto menor a idade maior o risco. Desta forma, a assistência pré-natal satisfatória poderia reduzir estas desvantagens típicas da idade.²³

As principais intercorrências referidas como relacionadas com a gestação na adolescência são a anemia, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascimento (BPN) e prematuridade (PP).^{6,8,16}

Anemia

Diversos estudos vêm correlacionando a incidência maior de anemia com entre as adolescentes quando comparadas às gestantes adultas, tendo sido a anemia uma das complicações mais observadas entre as jovens. Esta ocorrência esteve significativamente associada à realização de PN inadequado, que foi referido como capaz de aumentar em 1,5 vezes a possibilidade de anemia. A anemia pode ser resultante da baixa ingestão calórica e de maus hábitos alimentares e pode até mesmo estar presente antes da gravidez, em razão do pior status nutricional pré-gestacional.^{24,25} Parece que a gravidade da anemia também se relaciona com a idade da gestante, com as adolescentes apresentando maior risco de anemia severa, enquanto que a anemia moderada, seria mais frequente entre as mulheres com mais de 20 anos.²⁶

Esta ocorrência não parece se limitar aos países em desenvolvimento, já que estudo realizado em hospital universitário francês, durante período de sete anos, analisando apenas gestações únicas em primíparas, revelou que a anemia aumentou significativamente com a baixa idade materna. Os autores enfatizaram que esta época da vida requer mais ferro em

função do crescimento do próprio organismo da jovem. As baixas reservas de ferro antes da gravidez já colocariam as adolescentes em maior risco.²⁷

Pré-eclâmpsia

Dentre as intercorrências relacionadas com a adolescência as síndromes hipertensivas assumem papel muito importante, não só pela gravidade que podem atingir, como também por ser a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) mais frequente na primeira gestação.⁷ Durante muito tempo a pré-eclâmpsia foi relacionada com a idade materna. Contudo, atualmente, a associação mais comprovada é com a paridade.¹⁶ Considerando-se que a adolescente é com mais frequência nulípara, este fato contribuiria para maior incidência desta intercorrência. Entretanto, ainda persistem dúvidas em relação à participação da idade materna precoce nesta ocorrência. Pesquisa do tipo caso-controle desenvolvida com gestantes na Malásia, em que casos e controles foram pareados por paridade e local do parto, e onde era critério de exclusão a presença de doenças pré-existentes, não observou associação entre a DHEG e a idade materna inferior a vinte anos. As adolescentes deste estudo iniciaram PN tardiamente e realizaram menor número de consultas, talvez por falta de conhecimento da disponibilidade dos serviços na comunidade, desconhecimento da importância do PN precoce e regular ou por não se considerarem elegíveis para o PN.²⁸

Outros estudos também falharam em estabelecer a relação entre idade materna precoce e DHEG, em especial quando corrigido o fator paridade, por vezes observando que a baixa idade poderia conferir fator de proteção à doença.²⁹ Algumas investigações até verificaram esta associação, em especial com a eclâmpsia, porém não em caráter significativo.^{30,31} Existem estudos que associaram a DHEG leve com gestantes com mais de 20 anos, enquanto adolescentes apresentariam maior risco de eclâmpsia. Os autores levantaram a hipótese destes resultados se deverem ao PN inadequado.²⁶

Baixo Peso ao Nascimento e Parto Pré-termo

Vários estudos observaram que o peso de nascimento foi menor entre as adolescentes quando comparado às adultas, mesmo quando estudadas apenas as primíparas.^{30,32,33} Após análise multivariada, o parto prematuro e número de consultas PN inferior a três foram as únicas variáveis que continuaram apresentando associação significativa com baixo peso ao nascimento (BPN). A probabilidade de parir RN de baixo peso foi mais do que o dobro para adolescentes com menos de 16 anos e se manteve superior, mesmo após ajuste para prematuridade, paridade e outros riscos pré-estabelecidos. Estes achados fornecem fortes evidências de que a gravidez na adolescência é fator de risco para BPN na África Central, podendo ser atribuído, segundo os autores, à imaturidade anatômica e ao crescimento contínuo materno, que podem representar barreiras biológicas para o feto.³³

Esta associação foi confirmada em caso-controle, onde se observou a relação significativa entre parto prematuro, apgar baixo, complicações do RN nas primeiras 24 horas, BPN e gravidez na adolescência. Observou-se também maior mortalidade perinatal, talvez em decorrência do aumento de parto prematuro e BPN entre as adolescentes.^{27,28} A maior ocorrência de BPN, poderia ser explicada pela desnutrição, já que as adolescentes apresentavam menor peso corpóreo.³³ A não realização do PN é outro fator apontado como significativamente associado ao BPN entre adolescentes.²⁸ Estudo brasileiro identificou que a prematuridade e o BPN apresentaram curva em “U”, ou seja, demonstrando maior frequência dos eventos nos extremos de idade. Esses dados confirmam que PN iniciado em qualquer época está associado à economia de gastos do que nenhum PN, em especial por conta do BPN e o gasto que resulta dele, sugerindo que é mais importante qualquer PN do que a época do seu início.³⁴

Pré-natal

Muitos autores vêm relacionando as intercorrências abordadas anteriormente com a qualidade da assistência pré-natal. Diversos estudos demonstram que as adolescentes realizaram PN inadequado, ou seja: menor número de consultas, início mais tardio do acompanhamento, número insuficiente de consultas e baixa realização de exames

complementares.^{1,25,27,31} O menor número de consultas e o início tardio do PN refletem características típicas desta faixa etária.^{35,36} Em algumas situações, dentre as adolescentes matriculadas no PN nenhuma havia iniciado acompanhamento no primeiro trimestre (TM), mais da metade no segundo e o restante no terceiro TM.³¹

Variados são os motivos arrolados para justificar esta ocorrência, tais como desconhecimento sobre os serviços PN disponíveis, falta de autonomia decisória, estigmas sociais (aguardando casamento) e dificuldades financeiras. A gravidez na adolescência, planejada ou não, é considerada de risco psicossocial. Adolescentes podem não seguir recomendações médicas corretamente, estão mais expostas à má nutrição, drogas ilícitas, fumo, álcool e estresse emocional. Esses riscos podem estar associados ao pior acesso ao atendimento médico.²⁵

Edine e Trends (2010) avaliando apenas mulheres que realizavam acompanhamento PN, observaram que as adolescentes entre 10-14 anos foram as que, estatisticamente, frequentaram menor número de consultas, quando comparadas às adultas. Entretanto, os autores observaram que alta proporção de adolescentes jovens, entre 10-14 anos, estão frequentando PN e que o número de consultas é superior a quatro, que é o mínimo sugerido pela OMS. O estudo confirma impressão da OMS de que as adolescentes da América Latina são genericamente bem cobertas em relação à assistência PN.³⁷

Na Nigéria, onde a gravidez na adolescência é culturalmente e religiosamente aceitável, com a maioria das adolescentes casada, com acesso PN e a parto em serviços públicos, estando em nível de atendimento semelhante ao das mulheres mais velhas, não foram observadas diferenças de desfecho perinatal entre as faixas etárias. Os resultados favoráveis entre adolescentes estão, possivelmente, relacionados com a boa aceitação da gestação na adolescência neste país.³³

Resultado semelhante foi observado entre gestantes adolescentes na Namíbia, que não apresentaram maior risco de complicações obstétricas e na Turquia, onde as adolescentes casam cedo, ficando a suposição que o mau resultado estaria relacionado ao PN inadequado e não a más condições familiares ou financeiras.^{38,39}

Não parece haver dúvidas que a adequação ao PN confere proteção à gravidez, tendo sido considerado em estudo brasileiro, como fator que mais protegeu dos óbitos fetais e infantis.⁶ Em contrapartida, a não realização de PN está relacionada com maiores custos e piores resultados perinatais.⁴⁰

O PN pode diminuir resultado adverso da gestação na adolescência por reduzir fatores de risco oriundos do suporte educacional e social, uma vez que o acompanhamento

PN inadequado pode aumentar o risco de parto prematuro (PP) de adolescentes. Para todas as adolescentes, aquelas que não realizaram PN foram as que apresentaram o maior risco para PP.⁴¹

Embora o retardo em iniciar PN esteja associado com aumento do risco de PP, o número total de consultas continuou a predizer o risco de prematuridade, mesmo quando estratificado em relação à primeira visita PN.⁴¹ Este resultado persistiu mesmo quando controlados outros fatores de risco para parto prematuro. O PN inadequado foi mais fortemente associado ao PP com menos de 32 semanas do que entre 32 e 36 semanas. Isto pode sugerir a existência de outras causas para PP entre adolescentes que subutilizam PN ou que o PN pode evitar prematuridade extrema. Fatores como medo da reação familiar, depressão, presença de outros comportamentos de risco, inadequado acesso ao PN e pequena cobertura PN podem contribuir para a ocorrência de PP entre adolescentes.^{38,41}

Alguns trabalhos apontam relação consistente entre idade materna e época de início do PN.^{30,33,35} Adolescentes mais velhas teriam mais probabilidade de iniciar PN no primeiro trimestre do que as mais novas. A impressão da necessidade de mais estudos sobre o tema se confirma pelo encontro de aumento do risco de restrição do crescimento intrauterino (CIUR) e PP na adolescência, a despeito do número de consultas, principalmente entre as mais jovens. Outros fatores como carência de PN, uso de drogas, fumo, baixo nível de instrução e pobreza podem estar associados a estas complicações. Neste estudo, as mulheres com PN inadequado eram mais jovens e com mais frequência solteiras, nulíparas, fumantes e com história PP anteriores.³⁸

A ideia cada vez mais presente é que o PN adequado pode minimizar efeitos adversos da gravidez na adolescência, já que os maus resultados parecem estar mais relacionados às condições sociais do que biológicas.^{25,30}

Adolescentes que recebem boa assistência PN, apoio financeiro, emocional e psicológico da família e da comunidade tendem a apresentar resultado perinatal favorável. É possível que maiores taxas de mortalidade encontradas nos filhos de adolescentes reflitam mais as diferenças socioeconômicas e demográficas das famílias do que o efeito da idade.³³

A maior associação da maternidade na adolescência com óbitos pós-neonatais (influenciados por fatores ambientais), observada inclusive em estudo realizado no Rio de Janeiro, faz supor que haja alguma relação com a maior dificuldade da adolescente estabelecer relações afetivas com seus filhos, isso somado à baixa autoestima pode resultar em desvantagem no cuidado e no desenvolvimento da criança. Receber apoio do pai do bebê também parece conferir proteção para óbito pós-neonatal. O BPN e PP são reconhecidos

como os principais preditores da mortalidade fetal e neonatal, reforçando a importância da qualidade da assistência PN.⁶

Políticas públicas

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde na primeira metade do século XX, limitadas, na ocasião, às questões relacionadas à gravidez e ao parto, momentos considerados de maior vulnerabilidade. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Esse programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar e outras necessidades. As diretrizes do programa previam a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde para atender as necessidades específicas das mulheres, com enfoque multiprofissional no cuidado e integralidade da atenção.⁴²

Aproximadamente 15 anos depois, em 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), que estabeleceu o protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica, objetivando solucionar problemas que persistiam mesmo após o PAISM.⁴² O programa pretendia implantar o atendimento humanizado, com atenção integral, objetivando diminuir a mortalidade materna e neonatal. Dentre as recomendações do programa estão o início do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas de pré-natal, realização de exames de rotina em duas oportunidades (primeira consulta e na trigésima semana), teste anti-HIV, imunização contra o tétano e consulta puerperal até dez dias pós-parto. Após a implantação do PHPN, o Departamento de Informática do SUS elaborou um sistema de registro de informações para coleta dos dados sobre o pré-natal em nível nacional no contexto do PHPN, o SISPRENATAL (sistema eletrônico para coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas pelo SUS). Este sistema permite o repasse de verbas aos municípios que cumprirem as orientações mínimas contempladas no programa. Há mais de uma década da implantação do PHPN diferentes estudos demonstram que os indicadores de processo apresentaram incremento ao longo do

período, mas o SISPRENATAL registra baixa cobertura do PHPN quando comparados com outras fontes de informação, como cartão da gestante e prontuário médico.⁴³

Diante das evidências de maior risco de agravos da gravidez na adolescência e do início tardio e da baixa adesão ao pré-natal, este estudo teve como objetivo geral estudar a assistência pré-natal disponível para adolescentes nas Unidades de Saúde do SUS do município do Rio de Janeiro, através do mapeamento das Unidades, da verificação das atividades desenvolvidas, de suas fragilidades e potencialidades e da percepção das usuárias sobre sua qualidade.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Estudar a assistência pré-natal disponível para adolescentes nas Unidades de Saúde do SUS do município do Rio de Janeiro

1.2 Específicos

- a) Mapear as Unidades do SUS no município do Rio de Janeiro que dispõem de atendimento pré-natal à gestante de 10 a 19 anos,
- b) Verificar as atividades que são desenvolvidas nestas unidades,
- c) Identificar as características da assistência pré-natal fornecida à gestante adolescente,
- d) Verificar nos serviços a disponibilidade de vacinação na gestação,
- e) Identificar as fragilidades e as potencialidades destas Unidades,
- f) Conhecer a percepção das usuárias a respeito da qualidade dos serviços.

2 MÉTODO

Este estudo, conforme mencionado anteriormente, faz parte de uma pesquisa maior sobre assistência sexual e reprodutiva ao adolescente no município do Rio de Janeiro, realizada com duas abordagens, uma quantitativa e outra qualitativa. Na etapa quantitativa foi feito mapeamento por meio de GPS para localização geográfica precisa de todas as Unidades de Saúde do SUS com a verificação da cobertura oferecida nos bairros e entrevista estruturada com seus coordenadores. Inicialmente a equipe de pesquisa entrou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) para obter as informações sobre as unidades de saúde que dispunham de assistência à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e sobre seus coordenadores. Das 229 unidades de saúde do município, 148 dispõem deste tipo de atendimento para mulheres de todas as idades, incluindo adolescentes. Destas, 147 foram visitadas. Em uma das unidades não foi obtida autorização para a realização do estudo. A abordagem qualitativa foi desenvolvida por meio de entrevistas com usuárias dos serviços com o objetivo de verificar a percepção delas sobre a qualidade dos mesmos.

2.1 Etapa quantitativa

População em estudo

O público-alvo desta etapa da pesquisa foram os coordenadores das Unidades de Saúde mapeadas ou seus representantes. A equipe de pesquisa tinha o entendimento de que o coordenador era a pessoa mais competente para oferecer as informações sobre as características de funcionamento da unidade e o processo de trabalho dos profissionais de saúde, assim como a dinâmica do atendimento ao público adolescente.

Coleta de dados

Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde por meio de entrevistas estruturadas. As entrevistas foram realizadas por 14 entrevistadores previamente treinados e testados para esta finalidade. A entrevista obedeceu a um roteiro contendo perguntas sobre as características do atendimento à saúde sexual e reprodutiva a adolescentes na Unidade (Anexo A). No presente trabalho são apresentados os dados relativos ao atendimento pré-natal, tendo sido avaliadas as seguintes variáveis: existência de pré-natal específico para adolescentes, existência de pronto atendimento, disponibilidade e uso da caderneta do adolescente, agendamento de consultas, exigência de responsável para marcação e realização de consultas, limites de idade aceitos nas unidades, número de salas para atendimento, características do profissional que realiza o atendimento (médico, enfermeira, médico obstetra, enfermeira obstetra, médico capacitado em Saúde do Adolescente, enfermeira capacitada em Saúde do Adolescente), existência e modo de busca ativa das pacientes faltosas e disponibilidade de vacinação para a gestante. Para avaliação da consistência interna do questionário foi calculado o coeficiente alpha de Crombach, cujo resultado foi de 0,692.

Registro e análise dos dados

Os dados foram digitados em banco de dados construído através do Programa EPI-INFO 3.5.3 (CDC) e o mapeamento geográfico pelo Programa ArcGisDesktop 10.0 (Esri).

As associações entre as variáveis categóricas e o desfecho tiveram sua significância estatística avaliada através de testes Qui-quadrado (X^2). No caso das variáveis contínuas, as médias referentes aos grupos foram calculadas com os respectivos desvios-padrão. A significância estatística para a diferença de médias foi avaliada através de testes paramétricos (teste t). O nível de significância estatística definido foi de 5%, sendo os valores entre 5% e 10% considerados limítrofes. Os resultados foram expressos em razão de prevalência, sendo calculados os respectivos intervalos de confiança.

2.2 Etapa qualitativa

População em estudo

O público alvo da etapa qualitativa foi constituído pelos adolescentes usuários das US, tendo sido utilizadas neste estudo apenas as entrevistas realizadas com as adolescentes que frequentavam o pré-natal. Em todas as unidades de saúde visitadas, o entrevistador abordava os adolescentes após as consultas ou a partir da indicação do profissional que realizara o atendimento, que, antecipadamente, as inquiria sobre a possibilidade de participar do estudo, sendo a entrevista realizada sempre logo após o atendimento.

Coleta de dados

As entrevistas em profundidade, realizadas com adolescentes que receberam atendimento PN na unidade, buscaram compreender a percepção das usuárias sobre o atendimento realizado, no que tange, em especial, às suas aspirações, valores e a respeito do significado e importância do PN para as gestantes. A entrevista também incluiu roteiro de questões sobre dados demográficos, sexuais e reprodutivos, além de perguntas abertas a respeito do pré-natal, do acesso e qualidade do serviço recebido (Anexo B). O roteiro de entrevista utilizado foi pré-testado, assim como os próprios entrevistadores, com supervisão dos coordenadores do estudo. O critério de inclusão foi ser gestante entre 10 e 19 anos, ter sido atendida na Unidade e concordar em participar do estudo. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como seus responsáveis quando menores de 18 anos (Anexos C e D).

Registro e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra. Após a transcrição, os dados textuais foram lidos e relidos para impregnação de seus conteúdos. Em seguida, as informações obtidas foram organizadas de acordo com os temas mais relevantes identificados, na tentativa de responder aos questionamentos do estudo. Estes temas foram recortados e encaixados em “gavetas”, segundo proposta de análise elaborada por Minayo,⁴⁴ pelas quais inicialmente procuramos compreender, através da fala das adolescentes, como ocorreu a assistência pré-natal, no que se refere às condições do atendimento médico, de enfermagem e dos outros funcionários da unidade de saúde e também a sua participação em atividades educativas, como grupos de gestantes, de adolescente, de aleitamento materno e de planejamento familiar. A análise foi realizada buscando entender o conteúdo e o significado dado por elas a estas atividades; identificando os principais núcleos temáticos; comparando as entrevistas no contexto de cada núcleo e buscando interpretá-las tendo como base o que é considerado pelas normas técnicas do Ministério da Saúde do Brasil, uma assistência pré-natal adequada e humanizada e acessível para todas as gestantes.

Aspectos éticos

O estudo atendeu a todas as normas éticas contidas na resolução 196 e foi aprovado por dois comitês de ética: da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Anexos E e F). Todos os participantes, assim como seus responsáveis quando menores de 18 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos C e D).

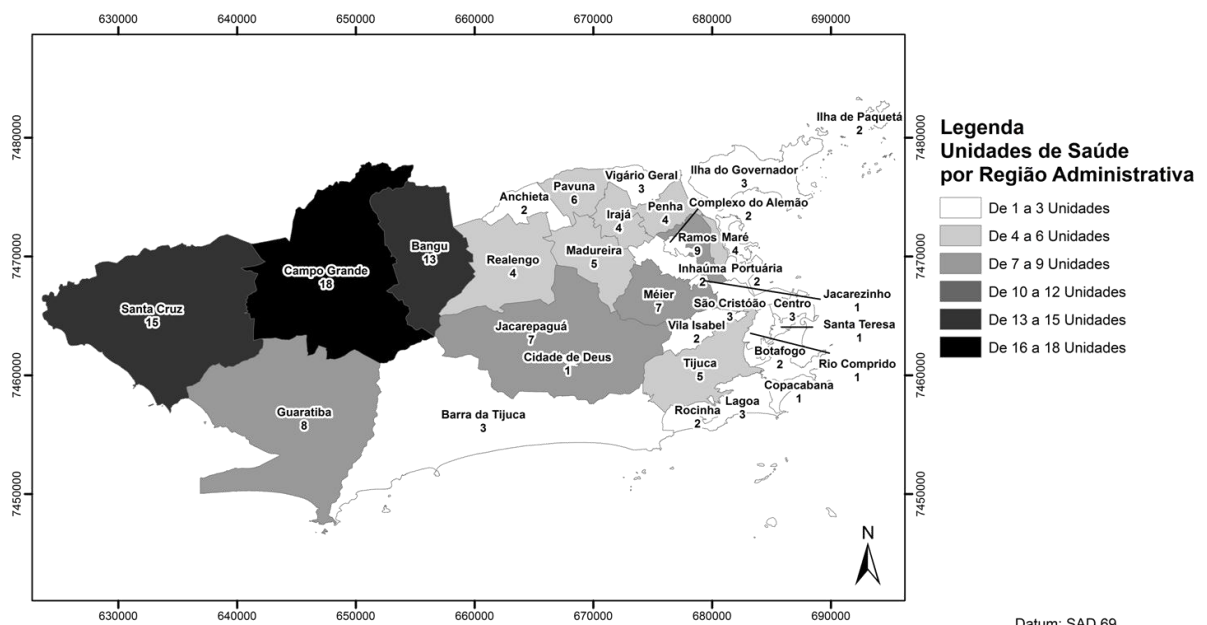
3 RESULTADOS:

3.1 Etapa quantitativa

O município do Rio de Janeiro está dividido em 10 áreas de planejamento, 33 regiões administrativas (RA) e 160 bairros. Nas Áreas Planejamento (AP) 3,1 e 5,2 estão concentradas 34,5% do total das unidades de saúde (Figura 1).

Nas Regiões Administrativas XVII Bangu, XVIII Campo Grande e XIX Santa Cruz estão concentradas 31% (46/148) unidades de saúdes, enquanto as Regiões Administrativas III Rio Comprido, XXIII Santa Teresa, V Copacabana, XXVIII Jacarezinho e XXXIV Cidade de Deus contam apenas com uma unidade de saúde (US) em cada região.

Figura 1 – Mapeamento das Unidades de Saúde do SUS no município do Rio de Janeiro que prestam assistência em saúde sexual e reprodutiva para adolescente (população de 10 a 19 anos)



Fonte: IBGE, IPP e UERJ (Lâmpada – Labgis) Mapa elaborado por Gabriel Fernandes.
Data de criação: 25/05/2012

Entre as unidades investigadas, 10 (6,8%) são unidades hospitalares, 84 (56,7%) correspondem a Policlínicas e Centros de Saúde e o restante 54 (36,5%) são unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A totalidade das unidades está sob a gestão da rede municipal, sendo 90,5% (133/147) de nível primário de atenção e o restante de nível secundário e/ou terciário. Serviços de cuidados primários têm taxas significativamente maiores de cuidados pré-natal ($p = 0,006$), quando comparados com instalações de cuidados secundários e/ou terciários (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do atendimento pré-natal relacionada ao nível de assistência da US

Atendimento pré-natal	Número de Unidades de Saúde		
	Nível primário	Nível secundário	Nível terciário
Sim	130	11	141
Não	3	3	6
Total	133	14	147

$p=0,006$

Estudando o número de salas disponíveis para consulta em cada AP, observou-se que a média de salas para atendimento é de 4,0 salas por unidade de saúde (Tabela 2). No que diz respeito à estrutura do local, 9,0% das US não dispõem de banheiro separados por sexo, 1,4% de bebedouro, 23,1% de sala de espera e 21,8% de sala de reunião.

Das 147 unidades de saúde do município que foram visitadas, 141 realizam atendimento Pré-Natal (PN). Todas as unidades de saúde que realizam assistência PN também disponibilizam acompanhamento pós-natal, totalizando 95,35% (IC95% 90,5-98,1%) das unidades de saúde.

Tabela 2 - Salas disponíveis para atendimento

AP	Nº de unidades/AP		Nºsalas disponíveis/AP	Média de salas/AP
1	12	8.5%	52	4,3
2.1	8	5.7%	23	2,9
2.2	7	5.0%	28	4
3.1	24	17.0%	107	4,5
3.2	6	4.3%	32	5,3
3.3	16	11.3%	82	5,1
4	10	7.1%	35	3,5
5.1	17	12.1%	68	4
5.2	26	18.4%	120	4,6
5.3	15	10.6%	64	4,3
Total	141	100.0%	611	4,3

No entanto, quando questionamos sobre a disponibilidade de atendimento PN específico para a adolescente, observou-se que apenas 8,5% das unidades dispõem deste

atendimento. Todas as consultas realizadas nas unidades de saúde do município são previamente agendadas e 85,8% das unidades oferecem pronto atendimento. A grande maioria das US estudadas conhece e utiliza a caderneta do adolescente (99,3% e 88,9 % respectivamente).

Não há uniformidade entre as US com relação à faixa etária de atendimento à gestante adolescente. Somente 11,7% das US disponibilizam atendimento a menores de 12 anos, sendo que 24% das unidades não fornecem atendimento para menores de 15 anos de idade e em duas unidades a idade mínima aceita é de 18 anos. A idade máxima para atendimento também não é padronizada: 4% das unidades adotam como limite superior 15 a 16 anos, 94,6% utilizam 17 a 19 anos e 3,2% referem como limite superior para atendimento adolescente idade entre 20 e 21 anos. Em quatro unidades esta pergunta não foi respondida (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos limites de idade de adolescentes aceitos para atendimento nas unidades de saúde

limite inferior	Freq.(%)	limite superior	Freq.(%)
10	13 (9,5)	15	2 (1,6)
11	3 (2,2)	16	1 (0,8)
12	58 (42,3)	17	6 (4,7)
13	16 (11,7)	18	27 (20,9)
14	14 (10,2)	19	89 (69,0)
15	23 (16,8)	20	2 (1,6)
16	7 (5,1)	21	2 (1,6)
17	1 (0,7)		
18	2 (1,5)		
Total	137 (100,0)	Total	129 (100,0)

Nota: A discordância no nº final de US ocorreu em função da falta de resposta de algumas US.

O atendimento pré-natal pode ser realizado por profissional médico ou de enfermagem, não sendo estes atendimentos excludentes entre si. Observou-se que 96,5% (IC95% 91,5-98,8%) das unidades de saúde dispõem de médico para o atendimento PN.

A tabela 4 descreve a distribuição de médicos e enfermeiros que realizam atendimento pré-natal nas unidades de saúde estudadas. Como grande parte da estrutura é composta pelas Clínicas de Família, o atendimento é realizado por profissional generalista. Desta forma, médicos obstetras estão presentes em menos da metade das unidades, sendo menos de 30% capacitados em Saúde do Adolescente. Por outro lado, há enfermeiros presentes na maioria das unidades de saúde, mas pouco mais da metade possuem capacitação em Obstetrícia. No

que diz respeito à distribuição dos médicos obstetras pelas unidades de saúde, observou-se que 24 unidades dispõem de apenas um médico com essa capacitação e que apenas 32,9% destas unidades possuem três ou mais médicos obstetras, com média de 2,2 profissionais por unidade. Das unidades analisadas 55,0% têm apenas uma enfermeira capacitada em obstetrícia e somente oito locais contam com três ou mais enfermeiras obstetras, com média de 2,02 enfermeiras obstetras por unidade.

Tabela 4 - Distribuição dos Profissionais por Unidades de Saúde

Distribuição dos profissionais por unidades de saúde	Freq	%
Médico no Pré-Natal	136	96,5
Médico Obstetra no Pré-Natal	67	47,5
Médicos Obstetras Capacitados em Saúde do Adolescente	17	12,1
Enfermeira no Pré-Natal	126	89,4
Enfermeira Obstetra no Pré-Natal	56	39,7
Enfermeiras Obstetras Capacitadas em Saúde do Adolescente	23	16,3
Outro Profissional no Pré-Natal	6	4,3

Observou-se que em 4,3% (IC95% 1,6-9,2%) das US ainda é exigida a presença de responsável para marcação de consulta e em 11,4% (IC95% 6,7-17,9%) para a realização da mesma.

Ao compararmos as US que atendem gestantes menores de 15 anos com aquelas que iniciam o atendimento a partir dessa idade, verificou-se que não houve associação entre o limite inferior de idade e a capacitação do médico em saúde do adolescente, enfermeira com esta capacitação, exigência de responsável para realização da consulta e direito de escolha do profissional que realizará o acompanhamento PN (Tabela 5).

Quando questionados a respeito das condições de atendimento, mais da metade dos coordenadores ou seus representantes (56,8% - IC95% 48,4-64,9%), reconheceu a escassez de recursos humanos e 97% relataram que o atendimento em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes poderia ser melhorado.

Tabela 5 - Distribuição das US por características do atendimento disponível e a faixa etária atendida (10-14 e 15-19 anos)

Características do atendimento	US atende 10-14 a	US atende 15-19 a	p
Com médico capacitado*	13	4	0,5 5
Sem médico capacitado*	33	9	
Com enfermeiro Capacitado*	19	3	0,1 0
Sem enfermeiro capacitado*	21	10	
Gestante com direito de escolha do profissional	45	11	0,5 1
Gestante sem direito de escolha do profissional	59	22	
Exigido presença do responsável na consulta	11	4	0,2 1
Não exige a presença do responsável na consulta	93	29	

*em saúde do adolescente

Verificou-se que a busca ativa das pacientes faltosas é bastante expressiva: 82% das unidades municipais (IC95% 74,9-88,2%) referem essa prática, realizada através de visitas domiciliares em 55,7% das unidades, ligações telefônicas em 19,1% ou por telegramas em cerca de 2,0%.

No que diz respeito à vacinação, observou-se que as vacinas antitetânica, para hepatite B e contra o vírus Influenza estão disponíveis em 100% das unidades de saúde.

3.2 Etapa qualitativa

Foram realizadas 75 entrevistas nas Unidades de Saúde, após o atendimento da usuárias. Portanto, mais da metade das Unidades, compreendendo todas as regiões administrativas do município, foi contemplada. As entrevistas tiveram duração entre 20 e 30 minutos. A amostra de entrevistas foi suficientemente ampla para garantir o alcance da saturação de seus conteúdos.⁴⁶Muitos depoimentos tiveram significados repetidos, o que aumentou a possibilidade de compreendê-los e interpretá-los.

Dados demográficos

As adolescentes entrevistadas (75) encontravam-se na faixa etária de 13 a 19 anos sendo, em média, cinco anos mais jovens que seus parceiros (Tabela 6).

Em relação ao estado civil, 57,3% gestantes se encontravam em união estável com o pai do bebê. As gestantes relataram número de parceiros sexuais de 1 a 30, todos do sexo masculino, com média de 2,7 e mediana de 1,0 parceiro, ou seja, a maioria das pacientes se encontrava no primeiro relacionamento sexual. Apesar de as transformações sociais propiciarem o sexo na juventude como um comportamento natural, a maioria das gestantes entrevistadas repetiu o modelo de iniciação sexual com parceiro fixo, ou “namorado”.⁴⁷

Tabela 6 - Distribuição dos dados demográficos

Dados dos demográficos				
	Anos	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade gestante	13-19	17,2	17	3,00
Idade do parceiro atual	13-37	22,0	22	3,96
Idade da menarca	8-17	12,3	12	1,70
Idade da sexarca	9-19	14,7	15	1,67
Tempo entre menarca e sexarca (anos)	3-7	2,5	2	1,81
Tempo entre menarca e gravidez atual (anos)	0-10	4,9	5	2,24

O grau de instrução das entrevistadas variou do 5º ano do ensino fundamental ao ensino médio completo, (média = $9,1 \pm 2,0$ anos) 97,3% das adolescentes referiram 5 ou mais anos de estudo (Tabela 7). Dentre as gestantes entrevistadas, 24% eram estudantes no momento da entrevista, sendo que uma aguardava o início da faculdade. Algumas referiram desejo de retomar os estudos. O abandono da escola após a gravidez é considerada na literatura e pela mídia em geral como muito frequente, tendo sido observado nesse trabalho.⁴⁸

Encontramos que 12% das gestantes trabalhavam, sendo as demais estudantes ou do lar. Quando questionadas sobre raça/cor, a maioria se classificou como pardas (53,4%) ou pretas (23,3%).

Tabela 7 - Distribuição do nível de escolaridade segundo o número de anos estudados

Nível de escolaridade		
	Frequência	Porcentagem
Fundamental (até 9º ano)	39	51,9
Médio (10º ao 12º ano)	35	46,8
Superior	1	1,3

Dados sexuais e reprodutivos

O intervalo entre a menarca e a iniciação sexual foi em média 2,5 anos, com a gravidez ocorrendo 2,4 anos depois (Tabela 6). Os dados obstétricos relacionados à paridade revelaram que 61 (81%) das gestantes se encontravam na primeira gravidez. Apenas duas adolescentes (2,66%) relataram antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, com um caso de papilomavírus (HPV) e um relato de gonorreia. Em relação à participação do parceiro nas consultas pré-natais, apenas uma gestante informou ter recebido essa orientação. Nenhuma adolescente referiu ter sido esclarecida quanto ao sigilo das consultas.

Em relação às atividades desenvolvidas na Unidade, criamos quatro principais categorias, que retratam o significado dado pelas adolescentes à experiência da assistência pré-natal.

As categorias construídas foram:

- a) Atividades educativas
- b) Atendimento médico
- c) Atendimento de enfermagem
- d) Organização dos serviços

De um modo geral, as adolescentes se mostraram satisfeitas com a recepção das unidades de saúde e o atendimento pré-natal propriamente dito. Não foi registrada nenhuma queixa relevante, tendo sido a experiência considerada boa pela totalidade das entrevistadas.

4 DISCUSSÃO

As US do Rio de Janeiro eram constituídas, no momento da coleta de dados, por 54 (30%) unidades de ESF, em 2013 este número já alcançava 71 (45%) unidades, revelando uma clara tendência das políticas públicas de saúde do nosso país.⁴⁵

Em 18 de dezembro de 1997, foram aprovadas as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família, através da Portaria do Ministério da Saúde de número 1886, vigente desde 1994,⁴⁹ pela qual as práticas devem ir para além da unidade de saúde, envolvendo a comunidade local em seu habitat, permitindo o conhecimento da realidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo.⁶ As ações básicas a serem executadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e constam de: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do diabetes *mellitus*, controle da hipertensão arterial, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal.⁵⁰

O profissional que presta atendimento na ESF não será necessariamente um médico com especialização em Obstetrícia ou em saúde do adolescente, o que vai ao encontro dos resultados encontrados neste trabalho, onde menos da metade das US possuem obstetras e destes, menos de 30% foram capacitados em saúde do adolescente.

Contudo, observou-se que quase a totalidade das unidades de saúde do Rio de Janeiro dispõe de médico para o atendimento pré-natal, apesar de a distribuição deste profissional por US ser de apenas 2,2. Este número pode ser considerado insuficiente, uma vez que em 2011 foram registrados 160.924 nascimentos no município do Rio de Janeiro, o que resulta em 1141 gestantes por US. Além da avaliação estritamente numérica, essa foi uma queixa observada entre as adolescentes entrevistadas na etapa qualitativa desse estudo.

E: Como você acha que pode melhorar? A: Botar mais médico.....
(Adolescente 1)

A: Acho que tem que ter mais número, ter mais... é médico, porque tem muita gente que reclama que as vezes vem acorda de manhã e não consegue número
(Adolescente 2)

A avaliação das características das unidades de saúde revelou que o município do Rio de Janeiro dispõe de estrutura física pré-natal adequada, com garantia de imunização abrangente e busca ativa das pacientes faltosas. Identificou-se que, como era esperado de

acordo com a filosofia da ESF, a assistência pré-natal disponível não é específica para adolescente. O fato de várias unidades não atenderem menores de 15 anos é um dado que merece ser destacado, na medida em que quando não há cobertura pré-natal para adolescentes desta faixa etária amplia-se o risco gestacional destas pacientes. Este risco também é aumentado pela exigência da presença do responsável no atendimento pré-natal, ainda verificada em mais de 10% das unidades de saúde do município, o que contraria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Fórum de Ética e Contracepção (Febrasgo, 2002) que garantem o direito à autonomia e privacidade.^{51,52}

Apesar da ampla cobertura do pré-natal no município, a falta de profissionais com treinamento para o atendimento das especificidades das adolescentes nas US pode ser considerada como prejudicial à boa evolução do ciclo gravídico-puerperal destas gestantes, na medida em que já está sedimentado o conceito de que o maior risco dessas pacientes é justamente psicossocial. Este risco seria minimizado caso reconhecido e fornecida a atenção específica.²⁷ Observou-se que mesmo entre as US que prestam assistência a gestantes com idade inferior a 15 anos não há predomínio de profissionais capacitados em saúde do adolescente.

Foram poucas as queixas das gestantes quanto à estrutura PN, no entanto observamos que ainda são necessários investimentos na estrutura das unidades.

E: e o que você acha que esta ruim e podia melhorar. A: pode ser o bebedouro que não tem água, banheiro, essas coisas.
(Adolescente 3)

Donabedian (2003) elaborou uma proposta de avaliação em saúde, afirmando que independentemente da amplitude da definição de qualidade, existe um tripé de componentes para avaliá-la, que é composto por estrutura, processo e resultados.⁵³ Na literatura especializada o tema qualidade em saúde é considerado como um valor complexo que abrange vários fatores. É também observado que boa estrutura não determina o padrão de qualidade, porém boas condições estruturais têm mais possibilidade de resultar em adequado processo de cuidados e em resultado favorável do que pré-condições precárias.⁵⁴

No presente trabalho pareceu evidente a importância do investimento em capacitação do profissional de saúde em assistência ao adolescente, o que propiciaria acompanhamento pré-natal mais qualificado para essa população. A identificação de unidades que não atendem menores de 15 anos e algumas que exigem a presença do responsável para consulta, mostra a

existência de barreiras para atendimento adequado das jovens gestantes e aponta para falta de planejamento do atendimento.

O acesso da população aos serviços de saúde é requisito fundamental para garantia de uma boa assistência.⁵⁵ Foreit et al (1978) sistematizaram quatro dimensões do acesso: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e acesso à informação.⁵⁶ Estudo realizado em 2006, avaliando os problemas relacionados ao acesso entre gestantes adolescentes verificou que a maior dificuldade referida era de origem psicossocial, seguida da administrativa.⁵⁵

Inferiu-se, pelos relatos coletados, que a adolescente grávida não enfrenta dificuldades para marcar a primeira consulta pré-natal, bastando apresentar o diagnóstico de gravidez, com um período máximo de espera em torno de um mês. Não foi referida nenhuma dificuldade na marcação da primeira consulta pré-natal. Após iniciado o PN, as demais consultas são marcadas automaticamente.

Você... Assim, você chega pra primeira consulta, você tem que chegar no pré-natal... Pro pré-natal eu não sei, porque eu marquei com o pessoal do PSF. Mas, assim, pelo que eu vejo você chega no posto, pra pré-natal, você faz o TIG, o exame de...o TIG, aquele teste de gravidez de urina, aí você faz, se der positivo eles já marcam. É assim.
(Adolescente 4)

Em relação às atividades educativas nas US investigadas observou-se que parece não haver boa divulgação das mesmas, prejudicando a adesão das adolescentes. Ao relacionar essas observações com os dados do estudo quantitativo identificou-se que mais de 20% das US não possuem sala de espera e sala de reunião, locais adequados para a realização dessas atividades. As narrativas da maior parte das entrevistadas demonstraram desconhecimento da existência de atividades educativas e falta de interesse.

E: E aqui no posto, você sabe se tem atividades educativas? A: Não sei E: Não? Grupos de palestras? A: Palestra deve ter, nunca, nunca fiquei sabendo, mas deve ter E: Nunca te convidaram? A: É, nunca me convidaram não
(Adolescente 5)

E: E você sabe se aqui no posto tem atividade educativa para A? A: Não sei E: Não? Nunca te convidaram? A: Já me convidaram sim, mas, eles falaram, mas eu não entendi direito E: O que eles falaram? A: Que tinha uma atividade, acho que no grupo de gestante, um negócio assim E: Aí você não foi? A: Não E: Por que você não foi? A: Porque... sei lá E: Ahã A: Deixei pra lá
(Adolescente 6)

Por outro lado, as poucas que participaram valorizaram a atividade, como evidenciam as falas abaixo:

...particpei de dois {grupos}. É amamentação e fiz um de hidro.....achei legal, achei bom. Bastante informativo.....a enfermeira ficava explicando as coisas, falava uma história...
(Adolescente 7)

Eles ensinam a respeito de amamentação, ensinam... É mais assim, pra mãe de primeira viagem.....Aí, eles ensinam bastante coisa e eu quero, porque eu não sei nada..... Aí, eu tô precisando fazer, eu quero
(Adolescente 8)

Atividades de educação em saúde são recursos que favorecem a aproximação entre profissionais e pacientes, proporcionando um espaço de troca de informações em saúde e questionamentos sobre problemas que por ventura tenham as usuárias. Dessas atividades recomenda-se que participem, além das pacientes, seus parceiros e familiares.⁵⁷ Tal atividade assume especial importância durante a gravidez, quando a mulher apresenta grandes transformações emocionais, com importante transição existencial.⁵⁸ Recomenda-se a formação de grupos operativos, compostos por grávidas, onde suas experiências sejam trocadas e dúvidas esclarecidas. As atividades de grupo fazem parte da atuação do enfermeiro na ESF, estimulando a inserção da gestante no PN. Dentre os assuntos mais abordados nas reuniões de grupo estão a importância do PN, sexualidade, orientação de higiene e dieta, desenvolvimento da gestação, alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, direitos trabalhistas, cuidados com RN, amamentação, puerpério e planejamento familiar.⁵⁹ A variedade dos temas propicia a participação de outros profissionais como nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos.

O acompanhamento pré-natal deve abordar diversos aspectos do contexto de vida da gestante, não se limitando à abordagem biológica, como já vimos neste trabalho, em especial quando lidamos com grávida adolescente, onde o maior risco é o psicossocial. Esta mesma deficiência foi observada em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, que avaliou as 31 US municipais, mostrando que esse aspecto não vem sendo valorizado pelos gestores em saúde.⁶⁰ A baixa adesão às atividades educativas também foi evidenciada em estudo realizado em 2013 que avaliou as características do atendimento em Goiânia, considerado neste trabalho como importante indicador de qualidade na atenção PN.⁶¹ Trabalhos mais recentes, comparando o atendimento PN realizado nas unidades ESF com as unidades tradicionais apontam para uma vantagem relativa da ESF em relação à realização das atividades

educativas.^{62,63} Desta forma, as atividades educativas deverão ser incrementadas nas US do nosso município, a fim de tornar o acompanhamento PN mais adequado à essa população.

No que tange ao atendimento médico recebido, foram identificados significados variados. Para algumas, o médico atende às expectativas, são atenciosos, transmitem confiança às pacientes. Outras consideram os médicos arrogantes, não respondem suas dúvidas, atendem com pressa em consultas extremamente rápidas. Vejamos algumas de suas falas:

A: É bom (o atendimento médico). Orienta tudo pra gente jovem, pessoa que tem mais mentalidade, fala pra gente o que é certo, o que é errado, que a gente não sabe ainda, né, a gente acha que sabe, mas não sabe
(Adolescente 9)

A – Examina... Como ela tá sempre agitada, sempre no rápido, ela faz aquele negócio ali rapidinho, ouve o coração, essas coisa, dá toque, mas, assim, é muito rápido, a gente vai, entra, menos de 05 minutos a gente sai.A – Assim, no meu caso que é uma... primeira vez, né, de gravidez, eu gostaria de ter mais um pouco de atenção, saber mais um pouco, saber como é que tá a criança, saber como que eu estou por dentro, né? Mas... não dá pra ser assim, né, a gente tem que se virar do jeito que a gente tem.
(Adolescente 7)

Ele era um médico arrogante, ignorante, não gostava, atendia a gente assim bem mal humorado, inclusive a gente novinha. Ele achava que todo mundo era porca, todo mundo era isso, todo mundo era aquilo, só que ele se enganou né, não é por que uma mulher é porca outras também vão ser, entendeu?
(Adolescente 10)

Os avanços obtidos no campo da obstetrícia, em especial no que diz respeito à propedêutica fetal biofísica em obstetrícia (ex.: ultrassonografia e doplerfluxometria), têm instrumentalizado o reconhecimento do médico como um agente diferenciado, resultando em aumento da confiança do paciente no médico assistente. No entanto, essas habilidades não são as mais importantes para o bom atendimento, principalmente durante a gestação de adolescentes, que usualmente não apresentam risco biológico aumentado. Em face das peculiaridades da adolescente o médico deve priorizar a avaliação da paciente como pessoa, com sentimentos e ansiedades específicas.⁵⁸ Os gestores em saúde vêm direcionando seus esforços em estimular o atendimento humanizado em obstetrícia, valorizando o estreitamento do vínculo médico-paciente.^{53,57} As ações desenvolvidas durante o PN devem assegurar a cobertura de todas as gestantes, assim como instruí-las sobre o momento do parto, cuidados no puerpério e com RN. Destaca-se a importância do apoio emocional e psicológico também

ao companheiro da gestante e à sua família, envolvendo todos no processo de gestar, parir e nascer.⁶⁴

Nas US analisadas, o atendimento PN foi, de um modo geral, considerado satisfatório. Estudo desenvolvido em 2004 sobre a percepção das usuárias a respeito do atendimento recebido pelo SUS revelou que a aprovação pelas entrevistadas era a regra, com 64% considerando o atendimento excelente.⁶⁵ Resultado semelhante foi observado em trabalho realizado em Porto Alegre, sete anos depois, onde a avaliação da qualidade do atendimento PN variou de bom a ótimo, respondendo às necessidades das gestantes.⁶¹

A despeito dessa aparente aceitação, não deixam de existir queixas das gestantes sobre o atendimento recebido. O mesmo estudo de 2004 revelou que 20,6% das pacientes consideravam o atendimento PN sofrível ou apenas regular, quando realizado em unidades tradicionais. Já entre as unidades ESF apenas 8,7% demonstraram tal insatisfação.⁶⁵ A superioridade das unidades ESF na avaliação das usuárias também ficou evidente em outros estudos,^{63,66} sugerindo que a prática da integralidade é um determinante no bom desempenho do profissional, caracterizando aquele que procura entender as demandas que não estão claras, conversando e esclarecendo questões próprias de cada mulher.⁶⁶ Um fato observado na literatura é a valorização dada pelas pacientes aos médicos e enfermeiros frente aos funcionários de apoio, que tem sido justificado pelo fato desses últimos estarem culturalmente mais próximos da clientela atendida, resultando na maior dificuldade em veicular críticas aos médicos e enfermeiros, em face de sua diferenciação sociocultural.⁶⁵

A arrogância de alguns profissionais, revelada nos relatos das entrevistadas, demonstra a falta de preparo de alguns médicos em perceber a maior vulnerabilidade das gestantes. A literatura sobre o tema identifica que o médico muitas vezes banaliza as queixas das pacientes, valendo-se de excesso de tecnicismo, não estabelecendo, portanto, escuta acolhedora.⁵⁸

Significado importante revelado nas narrativas foi a falta de esclarecimento da gestante sobre o que esperar da consulta PN, uma vez que valorizaram condutas como o toque vaginal rotineiro. Este procedimento é indicado no acompanhamento do trabalho de parto e de forma pontual durante as consultas.¹⁶ As adolescentes também desvalorizaram procedimentos rotineiros e fundamentais no acompanhamento da gestação como a aferição do fundo uterino e ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Eles não examinam direito, não fazem o toque? A – É, aqui não faz. E – Não faz, ela é só conversa. A – É, é mais a conversa escuta o neném, pra medir minha barriga (Adolescente 11)

Considera-se de extrema importância fornecer orientações antecipadas às gestantes sobre a evolução da gravidez e do parto, transmitindo informações claras, simples e individualizadas.⁵⁸ Estes dados sinalizam para a necessidade do serviço de saúde orientar as gestantes sobre a rotina do atendimento pré-natal de forma que proporcione a elas maior entendimento sobre o seu estado de saúde e do bebê, o que poderá resultar num melhor conhecimento de seu corpo, do processo gestacional e um autocuidado mais efetivo.

Outro aspecto identificado nas falas das adolescentes entrevistadas foi a preferência por profissionais do sexo feminino.

A:Eu tinha...eu tinha liberdade com ela, eu me sentia, sentia confiança pra contar várias coisa pra ela. Eu fiquei até chateada quando ela saiu. Que agora é um homem no lugar dela. E: Você acha que isso faz diferença? A:Claro. Várias coisas que eu conversava com ela eu não vou conversar com ele. E: por quê? A:Ah, sei lá, não me sinto à vontade não. Mas vai depender do jeito que ele é né, dependendo...não conheço,vou conhecer ele sexta feira.
(Adolescente 12)

A preferência das gestantes em serem atendidas por profissional do sexo feminino vem sendo observada na literatura, apesar dos poucos trabalhos sobre o assunto. Em 2003, Ekeroma e Harilall constataram que 49% das mulheres preferem ser atendidas por ginecologistas do sexo feminino, sendo que para o restante da amostra o sexo do médico era indiferente.⁶⁷ Algumas características próprias apontadas nos atendimentos de homens e mulheres são: diferença de interação nas conversas iniciais, estilo de comunicação, linguagem técnica ou coloquial, frequência do contato do olhar, paciência e troca de informação, sendo as mulheres ginecologistas percebidas como mais próximas e disponíveis. Dificuldades sentidas por algumas pacientes no atendimento médico ginecológico por um profissional do sexo masculino foram sentimentos de medo, vergonha e culpa.^{68,69} Estudo realizado no interior de São Paulo avaliou os fatores associados ao acesso da gestante adolescente ao PN e observou que 68% das mulheres entrevistadas declararam preferência pelo atendimento por profissional do sexo feminino, referindo a vergonha e o constrangimento como justificativa para tal.⁵⁵ Esta preferência por profissionais do sexo feminino poderia ser minimizada com uma escuta mais atenta por parte do profissional do sexo masculino, com a orientação prévia sobre o exame físico a ser realizado, deixando a paciente mais à vontade e segura do que irá acontecer na consulta. Muitas adolescentes ao chegarem ao pré-natal irão ser submetidas a

exame ginecológico pela primeira vez, o que reforça a necessidade de orientação específica antes do exame físico, o que certamente reduziria os sentimentos de medo, vergonha e culpa.

Observou-se no nosso trabalho que a consulta de pré-natal realizada pelo profissional de enfermagem não é reconhecida pelas adolescentes como uma consulta semelhante à realizada pelos médicos. Para elas, quando atendidas por enfermeiros, é apenas para aferição dos sinais vitais e pesagem, que são atividades desenvolvidas, em geral, pelo técnico de enfermagem e não pelo enfermeiro, profissional de nível superior. Ou seja, parece não haver identificação por parte da gestante desta hierarquia profissional na equipe de enfermagem no serviço. Por outro lado, nos casos em que o profissional de enfermagem se apresenta como o responsável pelo atendimento, verificaram-se elogios por parte das gestantes a respeito da atenção e cuidados recebidos.

A – É... assim, eu não tenho muito contato com a enfermeira, ela só... eu acho que até é a enfermeira que remarca a consulta, mas ela só pesa, chama a gente, pesa, verifica a pressão e só.... A – É, é um contato muito rápido, mas, assim, o que a gente perguntar também ela responde, é atenciosa até, depende... É o que eu te falei depende da enfermeira que tá lá no dia...
(Adolescente 8)

E: Você acha que tem alguma coisa que precisa melhorar? A: Tipo assim, a gente não devia estar sendo atendida pela enfermeira, devia tá sendo atendida pela médica, né.....
(Adolescente 13)

O Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, determina que o PN de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.⁷⁰ Além das consultas rotineiras, o enfermeiro tem papel fundamental na condução das atividades de grupo, visando estimular a inserção da gestante no PN.⁵⁹ Reiteramos que o PN não deve estar direcionado apenas aos fenômenos biológicos, o que dificulta o estabelecimento do vínculo de acolhimento, confiança e segurança e acaba dificultando a relação com a profissional/cliente. A realização do acompanhamento PN pelo enfermeiro é bastante presente nas unidades de ESF e vem sendo estimulada pelos gestores em saúde desde a implantação do PNAISM.⁴² Para alguns autores é característica desse profissional a abordagem do atendimento para além das práticas curativas, facilitando o acesso e acolhendo a gestante no PN.⁷¹

De maneira geral, para um bom atendimento PN não parecem ser necessárias instalações caras, laboratórios sofisticados ou tecnologias complexas, mas sim, recursos

humanos capacitados na atenção à gestante, em especial às adolescentes, capazes de abordar suas angústias e esclarecer suas dúvidas.⁶²Os achados do presente estudo vão ao encontro daqueles observados em estudo realizado em 2013, onde, apesar de as gestantes considerarem a assistência PN satisfatória, revelaram a necessidade de melhora no vínculo entre o profissional de saúde e as pacientes.⁶¹Estudo realizado no interior de São Paulo, observou que apesar da preferência pelo atendimento por profissional do sexo feminino, 92% das gestantes adolescentes declararam não ter preferência no atendimento por médica ou enfermeira.⁵⁵Esses dados corroboram a importância do atendimento pré-natal realizado pela enfermagem, contudo, ações devem ser implementadas no sentido de esclarecer o público sobre o papel da enfermagem e ressaltar sua importância frente às usuárias.

Observou-se nos depoimentos das entrevistadas que existem precariedades importantes na organização do serviço e na estrutura física das US do nosso município, dificultando a boa ambientação do pré-natal. Foram identificadas condições precárias como a falta de água nos bebedouros, de ar-condicionado e de limpeza.

Ah!Tem que botar um ar condicionado, sabe, porque tá muito quente, não tem nem um ventilador aqui

(Adolescente 9)

Outra condição negativa do atendimento apontada foi o longo período de espera. As gestantes têm de chegar muito cedo para as consultas que só começarão bem mais tarde; há atraso no horário de chegada dos médicos e, em algumas unidades, há necessidade de “pegar número” para atendimento, não havendo consulta marcada. Este fato foi apontado como uma das condições que devem ser melhoradas na unidade:

A: Ah deve melhorar porque é muito ruim, se você não dormir aqui pra você pegar número você não pega. É muito ruim, muito ruim mesmo.

(Adolescente 14)

A: Não, porque assim, eles marcam 7 horas da manhã, você tem que tá aqui 6 e meia, só que a médica só chega 9, então demora. Demora pra chamar pra pesar, não sei se é porque tem muita gente, às vezes só tem uma pessoa pesando, e é muita, a demanda, eu acho que a demanda é muito grande pra uma pessoa, um enfermeiro só. Aí é isso. É meio cansativo.

(Adolescente 15)

Como já foi abordado, uma boa estrutura física não determina o padrão de qualidade, porém boas condições de estrutura têm mais possibilidade de resultar em processo adequado.⁶¹

Um componente importante na facilitação do acesso das gestantes aos serviços é o agendamento prévio das consultas. Ao contrário da informação obtida através dos coordenadores, que referiram que todas as unidades avaliadas realizavam agendamento prévio das consultas, uma queixa frequente foi a necessidade das adolescentes chegarem horas mais cedo a fim de conseguir número para consulta PN. Além disso, observou-se que os profissionais de saúde frequentemente não obedecem ao horário de chegada, o que faz com que as gestantes permaneçam muito tempo à espera do atendimento.

Um levantamento da qualidade de atenção ESF em Sobral, Ceará, revelou que mais de 90% das unidades possuíam horário específico pré-agendado, relacionando esta prática organizativa como importante para a humanização da atenção, reduzindo o tempo de espera da gestante, aumentando sua segurança e conforto no PN.⁶¹

O grande tempo de espera pelo atendimento não é uma novidade no SUS. Trabalho realizado há uma década registrou tempo de espera médio em torno de uma hora, referido por mais da metade de gestantes avaliadas. Apesar disso, 62% das gestantes considerou esse tempo de espera como adequado.⁶⁵

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Inicialmente o questionário foi aplicado aos coordenadores das unidades de saúde, o que pode ter influenciado as respostas, no sentido de superdimensionar a qualidade de sua unidade ou de sua concepção como administrador. No entanto, a garantia de anonimato e confidencialidade pode ter incentivado os coordenadores a responder às perguntas com sinceridade. No que diz respeito à avaliação da estrutura física, o presente trabalho avaliou o número de salas disponíveis para atendimento nas US do município, sem contudo especificar quantas salas são disponibilizadas para o atendimento pré-natal, impossibilitando ampla visão a respeito do número de atendimentos que cada unidade comporta e, se este número é suficiente para a população de gestantes residente em determinada área. Outra limitação inerente a esse tipo de estudo é que os resultados não podem ser generalizados para todas as jovens que vivem em comunidades com recursos limitados, uma vez que as condições demográficas e socioeconômicas de jovens gestantes residentes fora da área de estudo podem ser diferentes.

Por fim, entendemos como oportuno recomendar que sejam realizados outros estudos da qualidade de assistência pré-natal no município do Rio de Janeiro para que se possa contribuir para a garantia de um bom ciclo gravídico puerperal para gestantes adolescentes

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de pré-natal oferecido a gestantes adolescentes nas unidades públicas de saúde do município do Rio de Janeiro tem boa cobertura na maioria dos bairros, é reconhecido pelas usuárias como de boa qualidade, mas que deve ser melhorado em pontos considerados fundamentais para esta faixa etária, em que os riscos do ciclo gravídico puerperal são ampliados especialmente por questões de natureza psicossocial. Estratégias devem ser buscadas para a implementação efetiva de atividades educativas de rotina em todas as unidades de saúde, dando ênfase às orientações direcionadas às gestantes adolescentes. Barreiras ao atendimento como a exigência da presença do responsável para a marcação da consulta ou para a realização da mesma devem ser eliminadas.

A avaliação das características das unidades de saúde revelou que o município do Rio de Janeiro dispõe de estrutura física pré-natal adequada, com disponibilidade de marcação da primeira consulta PN, garantia de imunização abrangente e busca ativa das pacientes faltosas. Observou-se que quase a totalidade das unidades de saúde do Rio de Janeiro dispõe de médico para o atendimento pré-natal.

Identificou-se, como era esperado de acordo com a filosofia da ESF, que a assistência pré-natal disponível não é específica para a faixa etária estudada e que várias unidades não atendem menores de 15 anos, podendo assim contribuir para a ampliação do risco gestacional destas pacientes. Este risco também é aumentado pela exigência da presença do responsável no atendimento pré-natal.

Apesar da ampla cobertura do pré-natal no município, a falta de profissionais nas unidades com treinamento para o atendimento das especificidades das adolescentes pode comprometer a boa evolução do ciclo gravídico-puerperal destas gestantes, na medida em já está sedimentado o conceito de que o maior risco dessas pacientes é justamente o psicossocial. Este risco poderia ser minimizado caso reconhecido e a atenção específica fornecida. Observou-se que mesmo entre as US que prestam assistência a gestantes com idade inferior a 15 anos não há predomínio de profissionais capacitados em saúde do adolescente.

Os resultados parecem indicar a importância do investimento na capacitação do profissional de saúde em assistência ao adolescente, propiciando assim, um acompanhamento pré-natal mais direcionado a essa população.

A percepção das gestantes sobre o atendimento recebido, mostrou-se, de maneira geral, como de boa qualidade. Entretanto, diversos tópicos foram ressaltados como pontos negativos: o espaço físico inadequado, o número insuficiente de médicos, o longo tempo de espera pelo atendimento e pelo resultado dos exames e a pouca atenção dedicada por alguns profissionais. Registro importante foi a preferência das pacientes pelo profissional do sexo feminino, identificado como mais acolhedor.

Em relação ao atendimento de enfermagem identificou-se que esses profissionais não são reconhecidos como adequados para atendimento PN, devendo priorizar sua identificação e a valorização do seu atendimento.

As atividades educativas, importantes para o bom acompanhamento PN, não parecem bem implementadas nas unidades de saúde avaliadas. Estas atividades devem ser mais divulgadas e a participação das gestantes mais estimulada.

Ademais dessas queixas, que nos parecem pertinentes, salientam-se outras que, possivelmente, não existiriam caso as pacientes fossem adequadamente esclarecidas sobre as características da consulta PN. Esta circunstância é ilustrada pela inadvertida demanda, por parte das usuárias, de maior frequência de exames pélvicos (toques obstétricos) e de exames complementares.

Estes dados reforçam a necessidade de iniciativas governamentais que estimulem a procura precoce e sistemática da assistência PN pela gestante adolescente e promovam a melhor capacitação dos profissionais neste atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):985-94. doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500016.
2. American Congress of Obstetrcians and Gynecologists (Washington). Access to prenatal care not significantly improving pregnancy outcomes for minorities. News Release. [2012 Out 10]. 2010. [acesso em 2013 mar 5].
Disponível em:
www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-28-06-1.cfm
3. Rezende JF, Montenegro CAB. *Obstetrícia*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1159p. 2010.
4. Melo VH, Pires Do Rio SM. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Assistência Pré-natal. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*; 2006. [acesso em 2013 abr 25].
Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf
5. Gama SG, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Castelo Branco V, Leal Mdo C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1): 101-11.
6. Oliveira EF, Gama SG, Silva CM. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78. doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014.
7. Trajano AJBT. *Morte Materna*. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2003.
8. Bruno ZV, Carvalho AAA, Herlano FHCC. Mortalidade Materna na Adolescência. In: Monteiro D.L.M, Trajano A.J.B, Bastos AC. *Gravidez e Adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda; 490p. 2009.
9. Ministério da Saúde (BR). DATASUS/2011. [acesso em 2014 mar 18]. Disponível em: www.datasus.gov.br
10. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):181-9.
11. Ministério da Justiça (BR). Código Penal Brasileiro. [acesso em 2012 mar 10]. Disponível em: http://dji.com.br/codigos/1940_dl_002848_cp/cp121a128.htm

12. Supremo Tribunal Federal (BR). Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54-8 Distrito Federal [acesso em 2013 mar 15]. Disponível em: www.stf.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaAdpf54/anexo/adpf54audienciapdf
13. WHO (World Health Organization). Young People's Health – A Challenge for Society. World Health Organization Technical Report Series 731. 1986
14. Taquette, S.R. (Org). O Paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/AIDS. In: AIDS e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: Editora UERJ, p. 135-154. 2009.
15. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS/DST. ano 4, n. 1. Brasília, 2007.
16. Cunningham FG et al. Williams Obstetrics. 22th ed. Nova York: Mc Graw-Hill; 1441p 2007.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
18. IBGE. Censo Demográfico 2007. Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. [acesso em 2007 abr 5]. Disponível em: www.ibge.gov.br
19. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000.
20. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2012;2012:430585. doi.org/10.1155/2012/430585.
21. Taquette, S.R; Vilhena, M.M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. Psicologia em Estudo. Rio de Janeiro. 2008;13(1):105-114.
22. Mathias L, Nestarez JE, Kanas M. Gravidez na adolescência IV – Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. J Bras Ginec 1985;95(4):141-43.
23. Molina IN et al. Gravidez entre adolescentes muito jovens. Femina. 1994;22(5):348-54.
24. Pattanapisalsak C. Obstetric outcomes of teenage primigravida in Su-ngai Kolok Hospital, Narathiwat, Thailand. J Med Assoc Thai 2011;94(2):139-46.
25. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. Inter J of Nurs Stud. 2007(44)1158-64.

26. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *Tropical Doctor*. 2007;37:88-88.
27. Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does Young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *Eur J of Obstet & Gynecol and Reprod Biol*. 2009;147 151-156.
28. Omar K, Hansin S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;111(3):220-3. doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.06.023.
29. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does Young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Dec;147(2):151-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.08.006.
30. Khooshideh M, Shahriari a. Pregnancy outcome in teenages in East Sauterne of Iran, J Pak Med Assoc 2008;58:541-4.
31. Ebeigbe PN, Gharoro E P. Obstetric complications, intervention rates and maternofetal outcome in Beni City, Nigeri. *Tropical Doctor*. 2007;37: 79-83.
32. Kurth F, Bélard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnika AA, Bouyou-Akotet MK, et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa--a cross-sectional study. *PLoS One*.2010;20;5(12):e14367. doi:[10.1371/journal.pone.0014367](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014367)
33. Omole-Ohnsi A, Attah RA. Obstetric outcome of teenage pregnancy in Kano, North-western Nigéria. *West African J Med. Nigéria*. 2010;29(5):318-22.
34. Sass A, Gravena AA, Pelloso SM, Marcon SS. Resultados Perinatais nos Extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre* 2011;32(2):352-8.
35. Hueston WJ, Geesey ME, Diaz V. Prenatal care initiation among pregnant teens in the EUA: na analysis over 25 years. *J Adolesc Health*. 2008;42(3):243-8.
36. Chotigeat U, Sawasdiworn S. Comparison outcomes of sick babies Born to teenage mothers with those Born to adult mothers. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 Suppl 3:S27-34
37. Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;107(2):162-5.
38. Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(2): 105-8. doi:10.1016/j.ijgo.2010.03.012.
39. Van Dillen J, Van Beijern E, Van Roosmalen J. Perinatal outcome of primíparas teenagers in northern Namibia. *Tropical Doctor*. 2008;38:122-5

40. Hueston WJ, Quattlebaum RG, Benich JJ. How much money can early prenatal care for teen pregnancies save? A cost-benefit analysis. *J Am Board Fam Med.* 2008;21(3): 184-90.
41. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescent: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):122.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2010.03.001.
42. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(6):1053-64. doi.org/10.1590/S0102-11X2011000600003
43. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade de assistência à gestante. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(5):845-63.
44. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde.* São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.
45. Secretaria Municipal de Saúde (RJ) Clínicas da Família a nova rede de atendimento da cidade. [acesso em 2013 out 7]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>
46. Hermano RTC. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento Af-Revista PMKT 03 Completa 4 cores:Layout 1 10/9/09 4:08 PM Page 21
47. Cromack L, Cupti D. Protagonismo juvenil. In: Monteiro, D.L.M, Trajano, A.J.B, Bastos AC. *Gravidez e Adolescência.* Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda; 490p. 2009.
48. Oliveira, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: percepção de si e a relação com o trabalho. *Revista Saúde e Sociedade.* 2008;17(4):93-102.
49. Ministério da Saúde (BR). *O SUS de A a Z.* Brasília (DF): 2005. acesso em 2014 jan 11]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf
50. Ministério da Saúde (BR). *Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher.* [acesso em 2010 fev 10]. Disponível em: www.saudes.gov.br
51. Presidência da República (BR). *Estatuto da Criança e do Adolescente.* [acesso em 2014 jan 6]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069
52. Febrasgo. *Fórum de Ética e Contracepção 2002.* [acesso em 2014 mar 11]. Disponível em: www.sbp.com.br/pdfs/adolescencia_contra_etica_diretrizes.pdf

53. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: 845-863 Oxford:2003; 240 p.
54. Ximenes Neto FR, Leite JL, Fuly Pdos S, Cunha IC, Clemente Ade S, Dias MS, Pontes MA. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(5): 595-602.
55. Carvacho IE, Mello MB, Moraes SS, Silva JL. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):886-94
56. Foreit JR, Gorosh ME, Gillespie DG, Merritt CG. Community-based and commercial contraceptive distribution: an inventory and appraisal. *Poppul Rep* 1978;19:1-29.
57. Zampieri MFM, Bruggemann OM. A melodia da humanização, reflexão sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001. O processo educativo interpretando o som da humanização. P 101-7.
58. Sarmiento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciênc. Méd.* 2003;12(3) 261-8.
59. Duarte SJH; Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006;10(1): 121-5
60. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção PN na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica.* 2001;17(1):131-9
61. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento PN na rede básica de saúde *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em 2013 out 7];16(2):516-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>
62. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, et al. Efetividade da atenção PN e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007;7(1):75-82.
63. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo de assistência PN: unidades básicas de saúde e unidades de ESF em município no sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):789-800. doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018
64. Ximenes Neto FR¹, Leite JL, Fuly Pdos S, Cunha IC, Clemente Ade S, Dias MS, Pontes MA. Qualidade da atenção ao pré-natal na ESF em Sobral, Ceará. *Rev. Bras Enferm, Brasília* 2008 set-out: 61(5): 595-602
65. Ribeiro JM, Costa Ndo R, Pinto LF, Silva PL. Atenção ao PN na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde pública.* 2004; 20(2): 534-45.

66. Etges MR, Oliveira DLLC, Cordova FP. A atenção PN na ótica de um grupo de mulheres usuárias so subsetor complementar. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 2011;32(1):15-22 doi.org/10.1590/S1983-14472011000100002
67. Ekeroma A, Harillal M. Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. *Australian and New Zeland Journal of obstetrics and gynaecology.* 2003;43, 354-359.
68. Salcedo-Barrientos DM, Engry EY. Mulher e saúde: uma visão de gênero na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. *Mudanças.* 1999; 7 (11), 26-67.
69. Blanco MN. Genero, gravidez e parto: a questão da preferência de gênero na relação médico-paciente em obstetrícia. Tese de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira. 2005.
70. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).*
71. Vieira SM, Bock LF, Zoche A, Pessola CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no PN. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2011: 20 (Esp): 255-62.

ANEXO A - Questionário com a coordenação da unidade de saúde**Nome da Unidade:** _____ **CNES**____**Nome e função do entrevistado:** _____**Nome do entrevistador:** _____

Data: ____/____/____

Tipo de Unidade: _____ () Municipal; () Estadual; () Federal.

Endereço: _____

Bairro: _____ RA: _____ AP: _____

Nível de Atenção: () 1ª; () 2ª; () 3ª (pode marcar mais de uma resposta)

Serviços/ ações disponíveis em saúde sexual e reprodutiva:

- I. () pré-natal
- II. () pós-natal para a mãe (puérpera)
- III. () ginecologia
- IV. () doenças sexualmente transmissíveis
- V. () AIDS
- VI. () violência sexual
- VII. () orientação em sexualidade
- VIII. () distribuição de insumos de prevenção de DST/ gravidez
- IX. () exames diagnósticos de gravidez e/ou DST
- X. () medicamentos para tratamento de DST e/ou contraceptivos
- XI. () vacinas
- XII. () caderneta do adolescente
- XIII. () outros

Profissionais da unidade:

- () Clínica Médica
- () Ginecologista
- () Obstetra
- () Enfermeiro

- () Psicólogo
- () Assistente Social
- () Técnico de Enfermagem
- () Urologista
- () Outros

Quais: _____

I - PRÉ-NATAL

a) Específico para adolescentes: ___ sim; ___ não.

b) As consultas de pré-natal são realizadas por: (pode marcar mais de 1 resposta)

___ profissional médico; ___ enfermeira; ___ outro profissional de saúde

c) A paciente tem direito de escolher o profissional que vai atendê-la? ___ sim; ___ não

d) Médico Obstetra: ___ sim; ___ não. Quantos? _____

- Capacitado em saúde do adolescente: sim _____ não _____

e) Enfermeira Obstetra: ___ sim; ___ não. Quantos? _____

- Capacitada em saúde do adolescente: sim _____ não _____

f) Agendamento de consultas: ___ sim; ___ não.

- Número de consultas marcadas por turno de atendimento: _____

- Quantas adolescentes, em média, faltam por turno: _____

- Intervalo de tempo médio entre o dia em que foi marcada a consulta e a data da mesma:

- Quando a paciente falta a uma consulta agendada seu horário é preenchido por outro atendimento? ___ sim; ___ não.

g) Pronto-atendimento se necessário: ___ sim; ___ não.

h) Se a unidade dispõe do dado estatístico sobre o número médio de consultas de pré-natal por paciente adolescente, quantas são ? _____

i) Se a unidade dispõe do dado sobre a época de início do pré-natal de adolescentes, qual o percentual de adolescentes que iniciam no:

1º. Trimestre ___; no 2º. Trimestre _____ e no 3º. trimestre _____

j) Faixa etária adolescente atendida: _____

k) Exige a presença do responsável:

- para marcação: ___ sim; ___ não.

- para a consulta: ___ sim; ___ não.

l) Quando a adolescente abandona o pré-natal, existe uma busca ativa? ___ sim; ___ não.

Se sim, como é feita? ___ tel; ___ telegrama; ___ visita domiciliar: ___ outros (qual? ___)

m) Que vacinas são recomendadas para a gestante no pré-natal na unidade?

ANEXO B - Roteiro de entrevista com adolescente**Nome da Unidade:**

Data: ___/___/___

CNES___

Duração da entrevista: ___ pós-natal

Tipo de Unidade: _____ () Municipal; () Estadual; () Federal.

End: _____ Bairro: _____ RA: _____ AP: _____

I – Dados pessoais**Apelido:**

a) Nome:

b) Sexo:

c) Idade:

d) Bairro:

e) RA:

f) AP:

g) Situação conjugal: ___ solteira/o; ___ união estável; ___ separada/o; ___ viúva/o.

h) Raça/cor: ___ branca; ___:parda; ___ preta; ___ amarela; ___ indígena.

i) Estuda: ___ sim; ___ não.

j) Série: _____ (concluída)

k) Trabalha: ___ sim; ___ não.

l) Ocupação: _____

II – Dados sexuais e reprodutivos

a) Menarca: _____

b) Sexarca: _____

c) N. parcerias sexuais: ___ homens; ___ mulheres. d) Idade da parceria atual: _____

e) Gesta: ___ Para: ___ ; f) Abortos: ___ sim; ___ não. g) Se sim, quantos? _____;

h) Se sim: ___ espontâneo ___ provocado. i) Ficou internada? ___ sim; ___ não.

j) Uso de preservativo masculino e feminino (na primeira relação, habitualmente e na última):

k) Exame ginecológico (preventivo): ___ sim; ___ não. l) Se sim, idade no primeiro exame, periodicidade:

m) Orientação sexual recebida? ___ sim; ___ não. n) Quem, qual e quando?

o) Doenças sexualmente transmissíveis? ___ sim; ___ não.

p) Qual, quando, tratamento recebido:

q) Contracepção de Emergência:

III – Dados sobre o acesso e qualidade dos serviços públicos

Fale-me sobre a marcação da consulta:

Fale-me sobre a recepção do serviço:

Fale-me do atendimento recebido pelo médico:

Fale-me do atendimento recebido pela enfermeira:

Fale-me se houve garantia de sigilo:

Fale-me sobre a distribuição de insumos, medicamentos, exames, vacinas:

Fale-me das atividades educativas:

Fale-me da unidade de saúde:

O que está ótimo e não deve mudar? (pontos positivos)

O que deve melhorar? (pontos negativos)

Em casos de ter utilizado serviços de pré e pós-natal:

- Se o parceiro foi convidado a participar das atividades de pré-natal
- Se durante o pré-natal ou no momento da alta da maternidade houve orientação, realizada por profissional de saúde, sobre como evitar outra gravidez.

ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido - adolescente

Pesquisa: “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do S.U.S. no município do Rio de Janeiro”

Pesquisador: Profa. Stella R. Taquette Tel:2587-6137

Instituições responsáveis pela pesquisa:

- Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) – End: Rua Prof. Manoel de Abreu 444, 2. andar – Vila Isabel - Comitê de Ética da UERJ: Rua São Francisco Xavier 524, 3. andar, sala 3018 – Maracanã – Tel: 2234-2180.

- Secretaria Municipal de Saúde – SMS-RJ – Gerência de Saúde do Adolescente - End: Rua Afonso Cavalcante 455 sala 715 – Comitê de Ética da SMSDC-RJ – 3971-1590.

Você está sendo convidada a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

Caso você não queira participar do estudo não haverá nenhum risco ou desconforto.

As informações que jovens como você podem dar são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde das adolescentes.

Caso você participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UERJ, da Secretaria Municipal de Saúde.

A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma.

Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem que seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outra/o participante.

Eu, _____, abaixo assinado concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

1- Rio de Janeiro, ___/___/___

2- Adolescente: _____

3- Pesquisador: _____

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido - responsável**Pesquisa: “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do S.U.S. no município do Rio de Janeiro”****Pesquisador:** Profa. Stella R. Taquette Tel:2587-6137**Instituições responsáveis pela pesquisa:**

- Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) – End: Rua Prof. Manoel de Abreu 444, 2. andar – Vila Isabel - Comitê de Ética da UERJ: Rua São Francisco Xavier 524, 3. andar, sala 3018 – Maracanã – Tel: 2234-2180.

- Secretaria Municipal de Saúde – SMSDC-RJ – Gerência de Saúde do Adolescente - End: Rua Afonso Cavalcante 455 sala 715 – Comitê de Ética da SMS-RJ – 3971-1590.

Sua filha está sendo convidada a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

1. A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.
2. Caso o/a senhor/a não consinta que sua filha participe do estudo não haverá nenhum risco ou desconforto para ela/ele.
3. As informações que jovens como sua filha podem dar, são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde das adolescentes.
4. Caso sua filha participe do estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UERJ, da Secretaria Municipal de Saúde.
5. A participação de sua filha neste estudo é voluntária e ela pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para qualquer um de vocês.
6. O/A senhor/a pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de consentir que sua/seu filha/o participe da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma.
7. Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela participação de sua filha neste estudo.
8. A identificação de sua filha será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem que seja revelada a identidade dele/dela ou a de qualquer outro participante.

Eu, _____, abaixo assinado consinto voluntariamente que minha filha participe desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

4- Rio de Janeiro, ___/___/___

5- Responsável: _____

6- Pesquisador: _____

**ANEXO E - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal
saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ**



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 140A/2010

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenadora:
Salesia Felipe de Oliveira

Vice-Coodenadora:
Suzana Alves da Silva

Membros:
Andréa Ferreira Haddad
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
César Augusto Gomes Soares
Cristina Maria Venetillo de Souza
Fabio Tuche
José M. Salame
Nara da Rocha Saraiva
Pedro Paulo Magalhães Chripim
Rodrigo de Carvalho Moreira
Sônia Ruth V. de Miranda Chaves

Secretárias Executivas:
Carla Costa Vianna
Renata Guedes Ferreira

**PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 89/10
CAAE: 0104.0.314.000-10**

TÍTULO: Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Stella R. Taquette.

UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:
Gerência de Saúde do Adolescente.

DATA DA APRECIÇÃO: 28/06/2010.

PARECER: APROVADO.

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

**ANEXO F - Renovação da Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ**



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 218A/2011

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa Ferreira Haddad Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>RENOVAÇÃO DE PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 89/10 CAAE nº: 0104.0.314.000-10</p> <p>TÍTULO: Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Stella R. Taquette.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Gerência de Saúde do Adolescente.</p> <p>DATA DA APRECIACÃO: 28/06/2010.</p> <p>DATA DA PRIMEIRA RENOVACÃO: 18/07/2011</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

**Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa**

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463
E-mail: cepsms@rio.ri.gov.br - Site: www.saude.rio.ri.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

ANEXO G - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/SR2



Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2

Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã.

CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.

E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2334 2180

PARECER COEP 052/2010

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 7ª Reunião Ordinária em 16 de agosto de 2010, analisou o protocolo de pesquisa nº. **030.3.2010**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa : *“Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio do Janeiro”*

Pesquisador Responsável: Stella Taquette.

Instituição Responsável – Centro Biomédico/ UERJ

Área do Conhecimento: 4.00 – Ciências da Saúde – 4.06 Saúde Coletiva

Palavras-chave: DST/AIDS, atenção primária à saúde, saúde sexual e reprodutiva, assistência pré-natal

Sumário: Trata-se de uma pesquisa financiada pela FAPERJ, ganhadora do edital 04/2010 “Apoio ao estudo de temas prioritários para o governo do Estado do Rio de Janeiro -2010”, A pesquisa tem o apoio das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e do Ministério da Saúde, além das sociedades de Pediatria, de Ginecologia da infância e adolescência, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, do Fórum estadual de mulheres negras e do Conselho estadual dos direitos das mulheres do Rio de Janeiro. O cenário do estudo serão todas as unidades do município que pertencem ao SUS (cerca de 180). Algumas destas unidades são administradas pela Secretaria Municipal de Saúde e outras pela Secretaria Estadual de Saúde

Objetivo: Tem por objetivo mapear os serviços de saúde os serviços de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro que dispõe de atendimento ambulatorial em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de 10 a 19 anos e avaliar a percepção das/dos usuários sobre sua qualidade. Será realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na quantitativa será feito um levantamento das unidades e dos tipos de serviços em saúde sexual e reprodutiva que oferecem.

Considerações Finais: A COEP considerou que o projeto de pesquisa apresentado é consistente tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico. Também apresenta clareza, objetividade e concisão. Não foi identificada qualquer impropriedade em relação a aspectos éticos. O cronograma está adequado á proposta.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para julho de 2011**, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2010.

Prof. Dra. Célia Caldas

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ

Mat 32.359-2