

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM CIÊNCIAS



TESE

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL À GESTANTE ADOLESCENTE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

RENATA CUNHA DA SILVA

PELOTAS, 2015

RENATA CUNHA DA SILVA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL À GESTANTE ADOLESCENTE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sonia Maria Könzgen Meincke

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586q Silva, Renata Cunha da

Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente
na perspectiva dos profissionais de saúde / Renata Cunha
da Silva ; Sonia Maria Könzgen Meincke, orientadora. —
Pelotas, 2015.

140 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2015.

1. Gravidez na adolescência. 2. Profissional de saúde. 3.
Cuidado pré-natal. 4. Enfermagem. 5. Qualidade. I.
Meincke, Sonia Maria Könzgen, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Renata Cunha da Silva

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL À GESTANTE ADOLESCENTE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese aprovada, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 11/12/2015

Banca Examinadora:

Profª Drª Sonia Maria Könzgen Meincke (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Profª Drª Lúcia Beatriz Ressel
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Profª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber
Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profª Drª Marilu Correa Soares
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Profª Drª Rosani Manfrin Muniz
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Profª Drª Helena Heidtmann Vaghetti
Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profª Drª Eda Schwartz
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Profª Drª Juliana Graciela Vestana Zillmer
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Dedico este trabalho ao meu melhor exemplo. **Mãe**, a vida nos separou, não posso mais vê-la, mas sinto a tua presença a todo o momento na minha vida. Aqueles que amamos não nos abandonam, apenas se encontram do outro lado do caminho.

Agradecimentos

A **Deus**, pela permissão desta existência, oferecendo-me a cada dia oportunidades para que eu me torne um ser melhor.

Aos meus pais **Nilson e Leni** (*in memoriam*), meu porto seguro, pelo exemplo de carinho, afeto, dedicação e acima de tudo amor incondicional. Obrigada por confiarem nas minhas escolhas.

Às minhas filhas amadas **Jéssica, Andiará e Helena**, por iluminarem de maneira especial os meus pensamentos, levando-me a buscar sempre a evolução. E pela tolerância nos muitos momentos de ausência. Vocês são a razão do meu viver.

Ao presente maravilhoso que eu ganhei durante este doutorado, minha neta **Valentina**, minha princesa! Não tenho palavras para expressar o quanto é grande o meu amor por você.

Ao meu esposo **Fábio**, pelo companheirismo, pela compreensão e pelo apoio nos momentos difíceis.

À minha família, em especial ao meu genro **Michel** e aos meus irmãos **Paulo Rogério e Rosi**, que, de forma carinhosa, me deram apoio, força e coragem para realizar meus sonhos.

Às minhas amigas parceiras no trabalho e na vida, **Ana Amália, Sueine, Tatiane, Juliana, Claudia e Giane**, pela amizade, companheirismo, força e cumplicidade nos momentos mais difíceis.

Aos professores da Banca Examinadora **Lúcia, Nalú, Marilu, Rosani, Helena, Eda e Juliana**, pelas valiosas contribuições no enriquecimento deste estudo.

Aos **professores do PPG**, por partilharem seus saberes de forma genuína.

Aos meus **colegas da Faculdade de Enfermagem** da Universidade Federal de Pelotas, pelo encorajamento e pela confiança depositada. Em especial a **Juliana**, que de forma carinhosa se disponibilizou a me auxiliar na tarefa de armazenamento dos dados deste estudo.

Aos colegas da **primeira turma de Doutorado**, com quem compartilhei bons momentos nesta caminhada.

Aos **profissionais de saúde** participantes deste estudo, pela oportunidade de conhecer por meio de suas vivências a realidade da atenção pré-natal. Vocês foram essenciais na construção deste trabalho.

À minha querida Orientadora, Professora **Sonia Maria Könzgen Meincke**, agradeço imensamente pela amizade, carinho, dedicação, confiança e entusiasmo com as minhas conquistas. Obrigada pela paciência dispensada e pela compreensão das minhas ansiedades durante a construção desta tese.

***“O tempo deixa perguntas, mostra respostas, esclarece
dúvidas, mas acima de tudo, o tempo traz verdades.”
(Rafael Silveira)***

Resumo

Silva, Renata Cunha. **Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. 2015. 140 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A atenção pré-natal é o primeiro passo para uma assistência humanizada e de qualidade, sendo considerado o princípio de todo o processo de nascer saudável, pois abrange um conjunto de ações que previnem as complicações e diminuem os riscos, permitindo que mãe e filho vivenciem a gestação, o parto e o puerpério com segurança e tranquilidade. Avaliar a qualidade dos serviços de atenção pré-natal é condição essencial para identificação dos obstáculos existentes nos serviços que prestam assistência à gestante adolescente. Este estudo, do tipo exploratório, de abordagem qualitativa, teve como objetivo avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS. Participaram do estudo 15 profissionais de saúde, sendo 10 enfermeiros, quatro médicos e um nutricionista. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2014 a maio de 2015, utilizando-se observação sistemática, diário de campo e entrevista narrativa. Os dados foram organizados e armazenados no *software Ethnograph v6* e posteriormente submetidos à análise de conteúdo empregando-se a técnica de Sumarização proposta por Mayring. Para sustentar a análise dos dados utilizou-se o referencial teórico do Triângulo dos Serviços de Albrecht, no qual os vértices (sistema, estratégias e pessoas), embora distintos, necessitem atuar integrados para que se obtenha o mínimo de qualidade aceitável. Após confrontar os dados coletados com o referencial teórico foram construídas três categorias analíticas: Entraves do sistema de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; Fragilidades nas estratégias de serviços para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; e Limitações dos profissionais de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente. Dentre os principais entraves no sistema de saúde destacam-se: estrutura física inadequada, falta de medicamentos, demora na realização dos exames, desarticulação do sistema de referência e contrarreferência e burocratização do serviço. Em relação à categoria Fragilidades nas estratégias de serviço, aponta-se a dificuldade na captação precoce da gestante e, conseqüentemente, o início tardio do pré-natal, baixa adesão ao pré-natal e aos grupos de gestantes. Já, como limitações referenciadas pelos profissionais de saúde, assinalam-se a ausência de treinamento e capacitação e a desvalorização do profissional enfermeiro na assistência pré-natal. Na análise do triângulo dos serviços, percebeu-se que, no município do estudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a qualidade na atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, pois os três elementos do triângulo (sistema, estratégias e pessoas), que deveriam garantir a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, além de estarem desarticulados, encontravam-se desestruturados e desorganizados. Almeja-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a avaliação dos serviços na perspectiva da qualidade da

atenção pré-natal que está sendo desenvolvida pelo sistema público de saúde do município nas UBSs estudadas. Espera-se que os resultados ofereçam subsídios que possibilitem à gestão municipal avaliar a qualidade da atenção pré-natal oferecida à gestante adolescente nos serviços e direcionar a formulação de estratégias para a melhoria na qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; profissional de saúde; cuidado pré-natal; enfermagem; qualidade.

Abstract

Silva, Renata Cunha. **Quality of prenatal care in pregnant adolescents from the perspective of Health Professionals.** 2015.140 p. Dissertation (PhD) – Postgraduate Program in Nursing, Nursing School, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

Prenatal care is the first step for a humanized and qualified assistance, being considered the beginning of all the process of being born in healthy conditions, because it comprehends the set of actions which prevents the complications and diminishes risks, allowing the mother and the child a safe and calm experience of pregnancy, childbirth and puerperium. Evaluate the quality of prenatal care services is an essential condition so we can identify the existing obstacles in the assistance services in pregnant adolescents. This exploratory study has a qualitative approach aimed at evaluating the influence of the system, the strategies and the people in the quality of prenatal care offered to pregnant adolescents in three Health Care Units in Pelotas/RS. In the study participated 15 health professionals, 10 nurses, four doctors and one nutritionist. The data were collected from December, 2014 to May, 2015, using systematic observation, field diary and narrative interview. The data were organized and stored in the *software* Ethnograph v6, being afterwards submitted to analysis of content using the Summarization technique proposed by Mayring. For supporting the data analysis was used the theoretical reference of Albrecht Triangle of Services, in which the vertexes (system, strategy and people), despite being different, need to act integrated so it is obtained the minimum of acceptable quality. After confronting collected data with theoretical reference were made three analytical categories: Drawbacks of health system for the quality of prenatal care in pregnant adolescents; Fragility in the strategies of services and Limitations of health professionals for the quality of prenatal care in pregnant adolescents. It can be highlighted, among the main drawbacks found in the health system in the municipality, the following ones: inadequate infrastructure, lack of medicines, delay in conducting examinations, disarticulation of system of reference and counter-reference and bureaucracy of the service. Regarding the category fragilities in the strategies of services of the units studied we highlight: difficulty in precocious search of pregnant and consequently late beginning of prenatal, low participation in prenatal and in pregnant groups. Already referenced limitations by health professionals we highlight: lack of training and qualification of health professionals and depreciation of professional nurses in the prenatal assistance. In the analysis of triangle of services, it could be noticed that in the municipality of the study, we still have a long way ahead in order to achieve improvements in the quality of prenatal care that the Health Ministry aims for, because the three elements of the triangle (system, strategy and people) which should guarantee the quality of prenatal care in pregnant adolescents besides being disarticulated, they are also unstructured and disorganized. It is desired that the results of this study can contribute for the evaluation in the perspective in care quality of prenatal which it was being developed by health public system in the municipality in the units studied. It is hoped that the results can offer resources so that the municipality office can evaluate the quality of prenatal care

offered to pregnant adolescents in the services, thus, orientate the formulation of strategies for improving the quality of prenatal care in pregnant adolescents.

Keywords: pregnancy in adolescence; health professionals; prenatal care; nursing; quality.

Resumen

Silva, Renata Cunha. **Calidad de la Atención Prenatal a la Gestante Adolescente en la perspectiva de los Profesionales de Salud**. 2015.140 hojas. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Posgrado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

La atención prenatal es el primer paso para la asistencia humanizada y de calidad, siendo considerado el principio de todo el proceso de nacimiento saludable, pues abarca un conjunto de acciones que previenen las complicaciones y disminuyen los riesgos permitiendo que la madre e hijo vivencien la gestación, el parto y el puerperio, con seguridad y tranquilidad. Evaluar la calidad de los servicios de atención prenatal es una condición esencial para identificar los obstáculos existentes en los servicios que prestan asistencia a la gestante adolescente. Este estudio del tipo exploratorio, de abordaje cualitativo, tuvo como objetivo evaluar la influencia del sistema, de las estrategias y de las personas en la calidad de atención al prenatal ofrecida a gestantes adolescentes en tres Unidades Básicas de Salud de Pelotas/RS. Participaron del estudio 15 profesionales de salud, siendo 10 enfermeros, cuatro médicos y un nutricionista la colecta de datos fue realizada en el período de diciembre de 2014 a mayo de 2015, utilizando observación sistemática, diario de campo y entrevista narrativa. Los datos fueron organizados y almacenados en el *software* Ethnograph v6, siendo posteriormente sometidos a análisis de contenido utilizando la técnica de Sumarización propuesta por Mayring. Para dar soporte al análisis de los datos se utilizó referencial teórico del Triángulo de los Servicios de Albrecht, en el cual los vértices (sistemas, estrategias y personas) aunque distintos necesitan actuar integrados para que se obtenga el mínimo de calidad aceptable. Después de confrontar los datos colectados con el referencial teórico fueron construidas tres categorías analíticas: Trabas del sistema de salud para la calidad de la atención prenatal a la gestante adolescente; Fragilidades en las estrategias de servicios para la calidad de la atención prenatal a la gestante adolescente; y Limitaciones de los profesionales de salud para la calidad de la atención prenatal a la gestante adolescente. Entre las principales trabas encontradas en el sistema de salud en el municipio se destaca: estructura física inadecuada, falta de medicamentos, demora en la realización de los exámenes, desarticulación del sistema de referencia y contra referencia y burocratización del servicio. En relación a la categoría fragilidades en las estrategias de servicios de las unidades estudiadas son apuntadas: dificultad de captación precoz de la gestante y consecuentemente el inicio tardío del prenatal, baja adhesión al prenatal y a los grupos de gestantes. Ya como limitaciones referenciadas por los profesionales de salud se destacan: la ausencia de entrenamiento y capacitación de los profesionales de salud y la desvalorización del profesional enfermero en la asistencia prenatal. En el análisis del triángulo de los servicios, se percibió que, en el municipio del estudio, aún tenemos un largo camino a recorrer para alcanzar la mejoría de la calidad de la atención prenatal preconizada por el Ministerio de la Salud anhelada, pues los tres elementos del triángulo (sistema, estrategias y personas) que deberían garantizar la calidad de la atención prenatal a la gestante adolescente además de estar desarticulados, se

encontraban desestructurados y desorganizados. Se espera que los resultados de este estudio puedan contribuir para la evaluación en la perspectiva de la calidad de la atención prenatal que estaba siendo desarrollada por el sistema público de salud del municipio en las unidades estudiadas. Se espera que los resultados ofrezcan subsidios que posibiliten la gestión municipal pueda evaluar la calidad de la atención prenatal ofrecida a la gestante adolescente en los servicios y de esa manera direccionar la formulación de estrategias para la mejoría en la calidad de la atención prenatal a la gestante adolescente.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia; profesional de salud; cuidado prenatal; enfermería; calidad.

Lista de Figuras

Figura 1	Triângulo dos Serviços de Albrecht (2002).....	58
Figura 2	Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente.....	59
Figura 3	Localização do Município de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul.....	62
Figura 4	Mapa de Localização das Unidades Básicas de Saúde da Zona Urbana do Município de Pelotas/RS.....	64
Figura 5	Fluxograma da Análise de Conteúdo Baseado em Mayring (2010)	74

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEn- Associação Brasileira de Enfermagem

ABS- Atenção Básica em Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária em Saúde

BEMFAM- Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFS- Centro de Saúde da Família

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPAIMC- Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DeSC- Descritores em Ciências da Saúde

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM- Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PN- Pré-Natal

PSF- Programa Saúde da Família

PROVAB- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

RC- Rede Cegonha

SINASC- Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL- Sistema de Informação Sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBAI- Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS- Unidade Básica de Saúde

UCPEL- Universidade Católica de Pelotas

UFPEL- Universidade Federal de Pelotas

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIMED- Cooperativa de Trabalho Médico

Sumário

1 Introdução.....	19
1.1 Justificativa.....	26
1.2 Objetivos.....	29
2 Revisão de Literatura.....	31
2.1 Resultados da Revisão Integrativa.....	31
2.2 Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil...	33
2.3 Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Histórico e Perspectivas	39
2.4 Avanços e Desafios da Atenção Pré-Natal.....	44
2.5 Aspectos Contextuais da Maternidade na Adolescência.....	48
3 Referencial Teórico.....	56
4 Caminho Metodológico.....	61
4.1 Contextualização do Local do Estudo.....	61
4.2 Participantes do Estudo.....	67
4.3 Princípios Éticos.....	68
4.4 Coleta de Dados e Técnica de Coleta de Dados.....	69
4.4.1 Coleta de Dados.....	69
4.4.2 Técnica de Coleta de Dados.....	70
4.4.2.1 Observação Sistemática.....	70
4.4.2.2 Diário de Campo.....	70
4.4.2.3 Entrevista Narrativa.....	71
4.5 Organização e Gerenciamento dos Dados	72
4.6 Tipo de Análise e Operacionalização dos Dados.....	73
5 Resultados e Discussão.....	77
5.1 Entraves do Sistema de Saúde.....	78
5.2 Fragilidades nas Estratégias de Serviços.....	85
5.3 Limitações dos Profissionais de Saúde.....	88
6 Considerações Finais.....	95
Referências.....	101
Apêndices.....	118
Anexos.....	136

1 Introdução

Pesquisar a adolescência por si só já se torna um trabalho complexo, principalmente, por ser uma etapa nem sempre bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento da pessoa, cujas características marcantes são as transformações ligadas aos aspectos físicos, sociais e psíquicos do ser humano. Essas transformações são consideradas o relógio biológico da adolescência, que também é denominada puberdade. A adolescência marca o início das atividades hormonais que desencadeiam uma série de alterações corporais e sinalizam que o corpo infantil começa a desaparecer e o corpo juvenil, a emergir (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007).

No contexto da adolescência, a manifestação da sexualidade tem um papel fundamental na formação, na construção, no desenvolvimento da identidade, na estruturação da autoestima, na constituição das relações afetivas e na inclusão do adolescente como indivíduo na sociedade (ALMEIDA, 2008). Nesse sentido, para Almeida, Rodrigues e Simões (2007) a adolescência é caracterizada como um momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não somente a aquisição de uma nova imagem anatômica, mas também a estruturação da personalidade.

A delimitação da idade cronológica para a adolescência varia entre os autores. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) descreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, isto é, dos 10 aos 19 anos (WHO, 2013). O Ministério da Saúde toma por base a definição do limite cronológico da OMS (BRASIL, 2006). Para este estudo seguiu-se a delimitação da OMS.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no ano de 2004, os adolescentes correspondiam a 19,2% da população. De acordo com o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população total era de 190.908.321 habitantes. Deste total, 34.157.633 estavam na faixa etária de 10 a 19 anos, o que correspondia a aproximadamente 18% da

população nacional. Já em 2013 os adolescentes correspondiam a 16,9% da população nacional. Estes dados demonstram que os índices da população adolescente estão caindo gradativamente (IBGE, 2013). No Município de Pelotas/RS, no mesmo período, dos 328.275 habitantes, 52.485 eram adolescentes, o que equivalia a 16% da população (IBGE, 2010).

Em 2009, estimava-se 1,2 bilhões de adolescentes no mundo. De acordo com o relatório “Situação da População Mundial” do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em 2013, os adolescentes representavam 18% da população mundial (UNFPA, 2013).

Apesar de os índices estarem em queda nos últimos anos, trata-se de um grupo expressivo da população que apresenta uma série de peculiaridades e especificidades e, por essa razão, merece um olhar diferenciado por parte da sociedade, dos pesquisadores e dos governantes (UNICEF, 2011).

O processo de adolecer não se dá sempre da mesma forma, varia conforme a história de vida de cada um, levando em consideração o meio socioeconômico no qual o adolescente está inserido. Existem também situações de vulnerabilidade como pobreza, baixa escolaridade, exploração do trabalho, violência, privação do convívio familiar, exploração e abuso sexual, uso e abuso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez que podem comprometer o desenvolvimento do adolescente (UNICEF, 2011).

Para Sabroza et al. (2004) o preconceito social em relação à gestação é um fator que influencia diretamente nas taxas de gravidez precoce, uma vez que o uso de contraceptivos pelos adolescentes seria a admissão de uma vida sexual ativa. Além desses aspectos, a instabilidade emocional dos adolescentes e a ausência de um parceiro fixo tendem a levar ao abandono do uso de contraceptivos. Desse modo, outros fatores como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, informações mal repassadas e o amadurecimento sexual precoce podem influenciar na antecipação da gravidez na adolescência.

A gravidez precoce ocorre desde os primórdios da civilização. Na antiguidade as mulheres começavam sua vida reprodutiva muito próxima da puberdade, porém eram raras as que ultrapassavam a segunda década devido às complicações decorrentes da gravidez e do parto (MAGALHÃES, 2007; SILVA, 2011). Evidencia-se que a gravidez na adolescência não é algo novo na história da humanidade, contudo, nas últimas décadas passou a ser visualizada como problema social, que

atinge tanto países em desenvolvimento quanto países desenvolvidos, ocorrendo em diferentes classes sociais e em vários níveis socioeconômicos (AQUINO et al., 2006; CHALEN et al., 2007; XIMENES NETO; MARQUES; ROCHA, 2008).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), as complicações relacionadas à gravidez e ao parto estão entre as principais causas de óbito de adolescentes de 15 a 19 anos de idade no mundo (UNICEF, 2011a). O estudo realizado na América Latina por Conde-Agudelo, Belizán e Lammers (2005) mostrou que adolescentes que têm filhos antes de completar 16 anos têm a probabilidade quatro vezes maior de morrer por complicações no parto do que mulheres maiores de 20 anos de idade. No Brasil é a sexta causa de morte entre as adolescentes dessa faixa etária (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Para Araújo (2009), além das complicações, existem as consequências indesejáveis da gravidez na adolescência. Entre elas, a maior incidência de mortalidade infantil, instabilidade emocional, baixa escolaridade, abandono antecipado dos estudos, necessidade precoce de entrar no mercado de trabalho, o que aumenta a mão de obra não especializada e, conseqüentemente, número de famílias que sobrevivem em situação de pobreza. Tais consequências representam implicações tanto para a adolescente e sua família quanto para a sociedade, a curto, médio e longo prazo.

Outro aspecto que merece destaque é apontado por Moreira et al. (2008), quando assinalam que a maioria das gestantes adolescentes não é preparada física, psicológica, social e economicamente para exercer a maternidade, o que pode comprometer o desempenho do novo papel materno.

Segundo a UNFPA (2013), a educação escolar prepara as adolescentes para o mercado de trabalho e para o seu sustento, aumenta a autoestima e o *status* das mesmas em suas famílias e comunidades e lhes dá subsídios para tomar decisões que afetam suas vidas. Sendo assim, abandonar a escola por causa da gravidez poderá comprometer futuras perspectivas econômicas e excluí-las de outras oportunidades na vida.

A adolescência é uma etapa bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano. No entanto, quando associado à gravidez, transforma-se em um momento em que as redes de apoio (família, comunidade, escola e serviço de saúde) necessitam intervir (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008). Nesse sentido, para Nascimento, Xavier e Sá (2011) é necessário manter um

diálogo aberto, esclarecendo as dúvidas e orientando estes adolescentes de uma forma clara sobre a prevenção não somente da gravidez precoce, mas também dos riscos aos quais estão expostos. Acredita-se que é por meio da prevenção que este grupo da população irá passar por esta fase do ciclo vital com segurança e bem-estar, tornando-se adultos mais saudáveis, satisfeitos e felizes.

Para tanto, percebe-se a necessidade de os profissionais de saúde sensibilizarem-se para compreensão das singularidades das adolescentes, respeitando suas origens, suas culturas e suas escolhas. Nesse sentido, Santos, Maraschin e Caldeira (2007) destacam a relevância de estabelecer uma relação de cuidado humanizado¹, individualizado e de qualidade para esta população.

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000, criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e potencializar as ações já instituídas na área de atenção à gestante (BRASIL, 2002).

O PHPN tem como objetivo garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania (BRASIL, 2002).

Segundo o PHPN, para um acompanhamento pré-natal com qualidade, além da captação precoce da gestante deverão ser realizados os seguintes procedimentos: elenco mínimo de seis consultas de pré-natal, solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta e na trigésima semana da gestação, imunização antitetânica, escuta ativa e realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional, tratamento das intercorrências da gestação, avaliação e monitoramento do estado nutricional, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco,

¹ Cuidado Humanizado é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

além da atenção à mulher e ao recém-nascido no parto e puerpério (BRASIL, 2002, p.6).

O PHPN assinala a integralidade² na assistência obstétrica, garantindo os direitos da mulher nas diretrizes institucionais, reorganizando a assistência ao trabalho de parto e atrelando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério. Além dessa perspectiva, propõe a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde, fornecendo um atendimento de qualidade com o mínimo de procedimentos (BRASIL, 2002). É dever dos serviços e dos profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, reconhecendo-os como sujeitos de direito, pois o alicerce que sustenta o processo de humanização³ é considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da atenção (BRASIL, 2005).

A atenção humanizada no pré-natal de adolescentes depende do fornecimento dos recursos necessários, da “organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações fundamentadas em princípios éticos”, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com adolescente e sua família as decisões sobre as condutas a serem seguidas (BRASIL, 2006, p. 9).

Dentre as recomendações que o PHPN propõe, a assistência pré-natal ocupa papel de destaque, pois a humanização do processo de parto e nascimento somente será integralmente efetivada, se as ações em saúde forem realizadas durante o pré-natal (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; RIOS; VIEIRA, 2007; XIMENES NETO et al., 2008).

A assistência pré-natal se constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com objetivo de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências do ciclo gravídico puerperal, além de oferecer informações sobre a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido (XIMENES NETO et al., 2008).

² A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

³ Humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o estudo de Nagahama e Santiago (2008) buscou identificar os obstáculos encontrados para a implantação do cuidado humanizado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Maringá/PR. Dentre os resultados, os autores destacam a falta de conhecimento das parturientes e de seus pares sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento, a falta de orientação e preparo do acompanhante, a relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a parturiente.

O estudo de Monteiro (2011), com puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais de ensino dos Municípios de Pelotas/RS, Florianópolis/SC e João Pessoa/PB, evidenciou que 41,8% das participantes não receberam nenhum tipo de informação sobre o trabalho de parto e parto durante as consultas no pré-natal.

Já o estudo de corte transversal realizado em duas maternidades do SUS de Recife/PE identificou que, das parturientes entrevistadas, 36,9% referiram ter participado de alguma atividade educativa e 44,8% relataram ter recebido alguma informação individualmente no pré-natal (CARVALHO; ARAUJO, 2007).

Para Rios e Vieira (2007) ocorre uma deficiência nas ações educativas durante o pré-natal, pois, apesar de as mulheres passarem por uma gestação sem intercorrências e realizarem o pré-natal, frequentemente, chegam ao último mês de gestação demonstrando carência de conhecimento sobre as alterações oriundas da gravidez e despreparadas para vivenciar o parto.

Para Souza et al. (2010), a gravidez na adolescência precisa de assistência pré-natal diferenciada, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, esteja atenta a essa parcela da população. O acompanhamento domiciliar, o acolhimento no serviço e a inserção precoce no programa com adoção de um protocolo de risco viabilizam o término da gestação com resultados satisfatórios.

Segundo dados apresentados nos relatórios da UNICEF (2011a), as adolescentes evitam os serviços de saúde e as principais justificativas são a falta de confiança nos profissionais de saúde, ambientes não acolhedores, vergonha, longa espera para serem atendidas e a distância entre suas residências e as unidades de saúde. Uma estratégia para que as adolescentes busquem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, oferecendo um atendimento que dê apoio, sem emitir juízo

de valor. Portanto, considera-se importante que os profissionais de saúde garantam a privacidade e a confidencialidade (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o estudo realizado com profissionais de saúde do centro obstétrico de um hospital de ensino no Município de Pelotas/RS aponta que a qualidade da atenção à parturiente adolescente não necessita somente de resolução de problemas ou uso de tecnologias. Demanda também que haja uma mudança nas atitudes e comportamentos dos profissionais, ou seja, o uso das tecnologias leves no fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde, usuárias, famílias e comunidade (SILVA, R.C. et al., 2013).

Para Rios e Vieira (2007) o pré-natal é o cenário ideal para abordar os temas referentes às modificações que ocorrem na gravidez, os direitos da mulher, os exercícios e dinâmica corporal que podem ser utilizadas para o alívio da dor, tecnologias de cuidado no trabalho de parto e parto e os cuidados com o recém-nascido. Possibilita ainda que sejam ofertadas outras informações de acordo com as necessidades individuais de cada gestante, garantindo, assim, uma assistência integral e personalizada.

Para Simões et al. (2007) a humanização e a qualidade da atenção no pré-natal são essenciais para a resolução de problemas como burocratização dos serviços, estruturas inadequadas, falta de recursos humanos qualificados, promoção do autocuidado e promoção da saúde.

Humanizar o pré-natal é oferecer um atendimento de qualidade vinculando os progressos tecnológicos com acolhimento, criando vínculo com as gestantes, oferecendo as informações necessárias, melhorando os espaços de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (DUARTE; ANDRADE, 2008; BRASIL, 2010).

Para Albrecht (1999), a instituição que se propõe a oferecer qualidade precisa conhecer as atitudes e prioridades de cada usuário ou grupo de usuários e ter como foco principal suas necessidades e expectativas. Faz-se necessário também despertar em seus colaboradores o comprometimento com o papel que representam para o desempenho do serviço.

1.1 Justificativa

Este estudo atende à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, uma vez que a avaliação da qualidade do pré-natal está contemplada nas subagendas da saúde da mulher e do adolescente (BRASIL, 2008).

A melhoria da qualidade da atenção pré-natal é um requisito essencial para que o Ministério da Saúde alcance sua meta em relação ao 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), o qual se refere à diminuição da mortalidade materna (ONU, 2013).

A gestante adolescente, foco do presente estudo, possui as mesmas necessidades e direitos de atenção que a mulher na idade adulta, no entanto, apresenta maturidade emocional e alterações fisiológicas diferentes (OLIVEIRA et al., 2009). Neste caso, a maternidade precoce é considerada uma situação de risco, pois as complicações da gravidez, parto e puerpério estão entre as dez principais causas de morte das adolescentes no Brasil (DIAS; TEIXEIRA, 2010) e no mundo (UNICEF, 2011).

Os riscos da gestação na adolescência estão relacionados aos aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, contudo, nem sempre é uma situação de risco (SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012). Gestantes adolescentes que recebem o acompanhamento de uma equipe de saúde qualificada durante o pré-natal e no parto raramente enfrentam problemas como parto prematuro, abortamento, desproporção céfalo-pélvica, anemia materna, infecções urogenitais, entre outros (UNICEF, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

O cuidado humanizado e a qualidade da atenção em saúde é um tema que tem despertado o interesse dos pesquisadores voltados à atenção obstétrica e neonatal, entretanto, esta forma de cuidado ainda é um grande obstáculo, pois o PHPN recomenda que os trabalhadores da saúde estejam preparados para acolher a gestante e seus acompanhantes, respeitando os verdadeiros significados deste momento (BRASIL, 2001).

O estudo realizado por Rasia e Albernaz (2008), no Município de Pelotas/RS evidenciou que gestantes adolescentes, de cor negra ou parda, com menor renda e escolaridade apresentam um risco maior de realizarem um pré-natal inadequado. Das gestantes entrevistadas 77% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, 49,9% apresentaram corrimento vaginal, no entanto, apenas 33% foram examinadas

por esse motivo. O exame das mamas foi efetuado em 53% das gestantes, 38% das participantes realizaram o teste de glicose, 48% receberam informações sobre a amamentação e 61% foram orientadas sobre o parto. Para as autoras, embora haja uma boa cobertura pré-natal, o cuidado médico oferecido às gestantes tem pouca qualidade, pois existem falhas no manejo e cumprimento dos protocolos de assistência pré-natal estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Nesta linha de pensamento, o estudo de Nagahama e Santiago (2008), realizado no Município de Maringá/PR, identificou como principais obstáculos para implantação do cuidado humanizado o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a relação assimétrica entre os profissionais de saúde e as gestantes; e a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência.

Ainda sob esse enfoque, estudo realizado com a equipe de enfermagem da maternidade de um hospital público do Rio de Janeiro demonstrou que o atendimento dispensado às adolescentes, de modo geral, era generalista e seguia uma rotina institucional, deixando de levar em consideração o histórico, as fragilidades, necessidades e peculiaridades das adolescentes (OLIVEIRA et al., 2009).

Já o estudo realizado por Santos, Saunders e Baião (2012) nos ambulatórios de pré-natal de uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro, constatou como interferência negativa a predominância da dimensão biomédica na percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência. Foi observado também o não aproveitamento da consulta como espaço privilegiado de construção de significados coletivos e individuais sobre a gestação e a maternidade na adolescência.

Para Melo e Coelho (2011) as ações de cuidado às adolescentes grávidas estavam orientadas pelo modelo hegemônico⁴ e as ações concentravam-se na clínica. Os profissionais recebiam capacitação para atuar nos programas, no entanto, devido à sua formação orientada pelo modelo biomédico, não modificavam

⁴Modelo hegemônico é o modelo de atenção à saúde centrada no médico, com ênfase na doença e na demanda espontânea, baseada em procedimentos e uso de tecnologias. Caracteriza-se pelo cuidado fragmentado (especialidades) e desarticulado, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial (PAIM, 2008).

o modelo de atenção. De um modo geral, todos os profissionais operacionalizavam suas ações com base tecnicista, e o cumprimento de rotinas e protocolos institucionais se sobrepunha à singularidade da adolescente grávida.

Observou-se na literatura consultada que os serviços de saúde ainda não estão preparados para acolher as gestantes adolescentes (RASIA; ALBERNAZ, 2008; OLIVEIRA et al., 2009; MELO; COELHO, 2011; SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

Seguindo essa perspectiva, parte-se do pressuposto de que a atenção pré-natal prestada à gestante adolescente sustenta-se ainda no enfoque assistencial, este modelo de atenção vem de encontro à recomendação do PHPN, preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil (2002), que objetiva ofertar um cuidado humanizado e de qualidade voltado para as reais necessidades das gestantes. Sendo assim, pressupõe-se que a atenção pré-natal prestada às gestantes adolescentes não cumpre seu papel no cuidado humanizado e de qualidade.

Para que se obtenha um cuidado pré-natal humanizado e de qualidade faz-se necessário que a atenção dispensada às gestantes adolescentes esteja voltada para as necessidades desta etapa do desenvolvimento, respeitando suas singularidades e criando um espaço privado e acolhedor no qual as adolescentes sintam-se confortáveis. Inclusive, barreiras culturais, de gênero e entre gerações precisam ser superadas para que se possa abrir um espaço de diálogo entre as gestantes adolescentes e profissionais de saúde, a fim de ofertar um cuidado eficaz e de qualidade.

Neste contexto, a presente proposta de estudo assume relevância no cenário atual dos serviços de atenção à saúde da mulher, visto que há uma política de saúde direcionada para a humanização do pré-natal e nascimento há mais de uma década. No entanto, vários estudos mencionam que ainda existe um despreparo dos profissionais para atender esta demanda. Observou-se a existência de estudos avaliando a qualidade dos serviços de saúde, porém, cabe ressaltar que há escassez de pesquisas publicadas que abordem a qualidade do atendimento prestado às gestantes nos serviços de pré-natal, e se esta abordagem estiver focada na gestante adolescente este número decresce ainda mais (BLOSSIERS, 2010; MELO; COELHO, 2011; DUGGAN; ADEJUNO, 2012; OLIVEIRA, 2012).

Assim, a justificativa pauta-se também na possibilidade de servir de subsídio para reflexão sobre a lacuna que existe entre o PHPN e as práticas de cuidado no

pré-natal que estão sendo proporcionadas às gestantes adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Pelotas/RS.

Espera-se, a partir dos dados evidenciados neste estudo, despertar nos profissionais de saúde novas possibilidades para a construção de uma proposta de trabalho que venha (re) organizar os serviços em uma perspectiva de acolhimento e qualificação da atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

Diante do exposto, pretende-se com este estudo realizar a avaliação da qualidade do cuidado pré-natal buscando compreender não somente a conduta dos profissionais de saúde, mas a estrutura do sistema e as estratégias de serviços prestados, considerando como foco a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, utilizando o referencial teórico da qualidade centrado no Modelo de Triângulo do Serviço de Albrecht (2002).

Diante dessa premissa, torna-se relevante que os serviços de saúde estejam organizados e preparados para acolher as gestantes adolescentes, fornecendo os subsídios para que os profissionais de saúde possam acompanhá-las durante toda a gestação com um pré-natal de qualidade, além de disponibilizarem informações para que no momento do parto as adolescentes possam vivenciar este evento com segurança e bem-estar.

Desse modo, este estudo está ancorado na **tese de que a qualidade na atenção pré-natal da gestante adolescente é influenciada por inúmeros obstáculos relacionados ao sistema, às estratégias e às pessoas na rede de atenção à saúde.**

Sendo assim, a questão de pesquisa que norteou este estudo foi:

Qual a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal que está sendo ofertada às gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS?

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal que está sendo ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS.

Objetivos Específicos

Averiguar a rede de atenção para o atendimento às gestantes adolescentes.

Investigar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde para as gestantes adolescentes durante o pré-natal.

Identificar as práticas dos profissionais de saúde na atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

2 Revisão de Literatura

Para embasamento e contextualização da tese “Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente na perspectiva dos profissionais de saúde”, realizou-se uma revisão integrativa sobre o tema Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente e uma revisão de literatura composta pelas temáticas: Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil, Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Histórico e Perspectivas, Avanços e Desafios da Atenção Pré-Natal. E Aspectos Contextuais da Maternidade na Adolescência.

2.1 Resultados da Revisão Integrativa

Os principais resultados encontrados na revisão integrativa deste estudo, estão dispostos a seguir.

Estudos identificaram que muitos profissionais ainda mantêm o modelo biomédico, e até mesmo os que recebem capacitação para trabalharem na rede de atenção à saúde não mudam o modelo de atenção devido à sua formação acadêmica ter sido orientada nos padrões hegemônicos. Os profissionais mantêm ações tecnicistas, cumprindo rotinas e protocolos institucionais, deixando, muitas vezes, que estas se sobreponham às reais necessidades das gestantes, sendo que ainda, não existe interação e vínculo com as usuárias e para muitos o atendimento médico encerra-se na consulta (FERRARI; THONSON; MELCHIOR, 2008; BLOSSIERS, 2010; MELO; COELHO, 2011; DUGGAN; ADEJUNO, 2012; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Santos, Saunders e Baião (2012) apontam a predominância da dimensão biomédica sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência. Os profissionais não aproveitam o espaço da consulta para a construção de significados individuais e coletivos sobre a gestação e maternidade na adolescência, e esta conduta é uma interferência negativa para a prática de cuidado integral e humanizado.

Há indícios de melhora na atenção pré-natal, principalmente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios, com o aumento na proporção de gestantes que compareceram ao pré-natal, realizaram exames de laboratório trimestral e compareceram no mínimo a seis consultas. O agendamento de consultas e o atendimento prioritário nas intercorrências, igualmente, são destacados como facilitadores para melhoria do cuidado pré-natal (SOARES, 2010; MARTINS; ARANTES, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Como barreiras para o pré-natal de qualidade, os estudos destacaram a demora no resultado dos exames, ausência de referência e contrarreferência, dificuldade dos enfermeiros em interpretar os exames e identificar fatores de risco na gestação, falta de trabalho em equipe, baixa adesão ao PHPN, deficiência de orientações sobre o trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com o RN e aleitamento materno, baixa adesão à consulta puerperal e a carência de visita domiciliar para resgatar a ausência na consulta puerperal (PEIXOTO et al., 2011; GUERREIRO et al., 2012; OLIVEIRA, 2012; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012; SILVA, E.P. et al., 2013).

Outros estudos enfatizam a importância das relações interpessoais e a essencialidade da qualidade técnica do atendimento na percepção de que a mulher é o sujeito da atenção e como tal deve participar efetivamente. Na maioria das vezes as ações educativas não são valorizadas pelos profissionais e as gestantes, por desconhecem seus direitos, acabam não recebendo as informações durante o pré-natal. Reforçam que a consulta deve ser aproveitada como espaço de construção de conhecimentos e significados individuais e coletivos sobre a gestação e a maternidade (PARADA; TONETE, 2008; MONTEIRO, 2011; MARTINS; ARANTES, 2011; SANTOS; SAUDERS; BAIÃO, 2012; GUERREIRO et al., 2012; SILVA, E.P. et al., 2013).

Estudos confirmam que alguns profissionais não utilizam linguagem adequada para que a gestante possa entender o que o profissional está informando, faltam-lhes habilidade e qualidade na comunicação. Existe, também, uma diferenciação de gênero, médicos do sexo masculino não olham para as gestantes, evitam o diálogo e dão maior ênfase ao registro dos achados clínicos, enquanto que os profissionais do sexo feminino transmitem mais tranquilidade e confiança durante o tratamento

(DALTOSO; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2005; LEITHNER et al., 2006; BLOSSIERS, 2010; DUGGAN; ADEJUNO, 2012).

Estudos demonstraram que existem dificuldades estruturais e organizacionais nos serviços de saúde que dificultam e até mesmo impedem o desenvolvimento de uma atenção pré-natal humanizada e de qualidade. Dentre as dificuldades encontradas destacaram-se a escassez de serviços de saúde disponíveis, dificuldade de acesso, demora no agendamento das consultas, tempo de espera para consulta, espaços sem privacidade e conforto. Também a carência de materiais e instrumentos básicos para o atendimento, como mesa ginecológica e material para coleta de citopatológico, métodos contraceptivos, foram apontados (GAGE, 2007; BLOSSIERS, 2010; SANTOS; SAUDERS; BAIÃO, 2012; GUERREIRO et al., 2012; OLIVEIRA, 2012; SOLARIN; PRETO, 2013).

Esta revisão de literatura possibilitou evidenciar que existe um consenso por parte dos profissionais de saúde de que é necessária a implantação de um serviço de saúde sistematizado com capacitação e qualificação de todos os profissionais envolvidos. Ao mesmo tempo é imprescindível que todas as esferas do governo responsabilizem-se pela reestruturação da área física, dos recursos materiais e humanos nas redes de atenção básica.

A revisão integrativa da temática encontra-sena forma de um artigo científico intitulado “Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente: revisão integrativa” (Apêndice A).

2.2 Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

A sociedade ao longo de sua história mostra que o corpo da mulher sempre foi alvo de curiosidades. A mulher, além de possuir uma aparência sedutora, ainda é propensa a apresentar mudanças de humor e alterações hormonais cíclicas, estimulando nos homens uma mistura de sentimentos que varia da atração para a repressão, terror e medo. Estas diferentes interpretações geraram preconceitos e discriminações que foram consolidados nas diferentes culturas, ciências e religiões (COELHO, 2006).

O homem, como provedor da família, tinha domínio sobre a mulher. Tal domínio e subordinação restringiam as atribuições das mulheres, que ficavam

encarregadas das atividades domésticas e com a responsabilidade pela criação e educação dos filhos, enquanto que aos homens cabiam as atribuições mais valorizadas, como a política, a filosofia e as artes. O homem, associado à imagem de comando devido à sua força física e poder de mando, adquiriu poder dentro da sociedade, surgindo assim às sociedades patriarcais, que centralizavam no chefe ou patriarca o domínio absoluto sobre a mulher, os filhos e os bens materiais e culturais (ALVES; CORREA, 2009).

Segundo Coelho (2006), nos países ocidentais o patriarcado é explicado pelo falso princípio naturalista/biológico de que as mulheres eram inferiores aos homens. Esse princípio influenciou as religiões e a ciência, deixando as mulheres em posição desfavorável na sociedade, na política e nas relações pessoais, configurando a inferioridade feminina que permeia a maioria das sociedades até os dias atuais.

No Brasil, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, e abordavam apenas as questões relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 revelavam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, responsável pela concepção, criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (FREITAS et al., 2009).

Desde os anos 60 os movimentos feministas já demonstravam insatisfação com o papel social que era imposto às mulheres, e o desejo de romper com esse papel fez com que as mulheres comessem a entrar no mercado de trabalho, ampliando deste modo suas aspirações no que diz respeito à cidadania. Nessa perspectiva, o controle da natalidade e a anticoncepção passaram a ser um anseio das mulheres. Porém, nesse período, o país não dispunha de nenhuma política sobre o assunto e os serviços públicos estavam despreparados para essa demanda (COSTA, 2009).

Esta fragilidade do governo favoreceu a ação de instituições controladoras, que operavam de forma desordenada em todo o país. Dentre elas, destacaram-se a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), que distribuía em todo o território nacional métodos contraceptivos sem critérios e sem o acompanhamento clínico, e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), que financiava uma rede de médicos que realizavam esterilização

cirúrgica. Tanto a BEMFAM como o CPAIMC tinham qualidade duvidosa e esses aspectos resultavam em risco à saúde das mulheres (COSTA, 2004).

Até a década de 70 a mulher era assistida de forma limitada, reduzida e fragmentada, com ações verticalizadas e direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal, o que não contemplava as reais necessidades desta população. Foi neste cenário que o movimento feminista começou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras demandas, como de gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (FREITAS et al., 2009).

A Igreja, por sua vez, seguia a sua moral doutrinária e somente permitia o sexo se este estivesse vinculado à procriação, sendo somente no final da década de 70 que esta passou a admitir o controle da fecundidade. No entanto, o método utilizado para este controle deveria ser a abstinência sexual e não o uso de métodos contraceptivos (COSTA, 2009).

As mudanças políticas e econômicas juntamente com o processo de redemocratização do Brasil impulsionaram novos rumos para a saúde. Da luta contra a ditadura militar nasceu a Reforma Sanitária, sendo considerado o marco político e histórico mais importante da segunda metade do século passado na construção do modo de se fazer saúde no Brasil. Foram estas discussões que levaram à criação do SUS, com os princípios da universalidade, integralidade das ações, equidade, descentralização dos serviços da municipalização e participação popular (JUNQUEIRA, 2008).

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às fortes reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), assinalando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para seleção de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou os princípios e diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção, num momento em que, simultaneamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se idealizava o esboço conceitual que sustentaria a constituição do Sistema Único de Saúde (OSIS, 1998).

No momento em que o PAISM foi lançado, o Brasil passava por diversas manifestações a favor da democratização do país. Reações adversas surgiram a partir da ideia de que o PAISM teria sido criado apenas para disfarçar a verdadeira intenção do governo, que seria o controle de natalidade da população. A presença dos movimentos de mulheres, que defendiam a implantação do programa, e o diálogo das mesmas com os responsáveis pela criação do PAISM foram indispensáveis para a comprovação de seus reais objetivos. Elas defendiam que o cuidado integral, além de implantar as ações propostas, deveria incluir igualmente o cuidado social, psicológico e emocional. Visto desta forma, o PAISM acabou surpreendendo os grupos opositores, que passaram a reconhecer a autenticidade e a importância da proposta (OSIS, 1998).

O PAISM surgiu com o objetivo de causar reflexões acerca do conceito de assistência integral à saúde da mulher, buscando implantar ações dirigidas a atender necessidades da população feminina, por meio do sistema Básico de Saúde. As ações visavam à melhoria do atendimento pré-natal, do parto, puerpério, à abordagem de problemas desde a adolescência até a terceira idade, ao controle e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de mama e cérvico-uterino, e à assistência para concepção e contracepção. A partir do PAISM passou-se a discutir a saúde incondicional da mulher, deixando de lado a visão de que a assistência prestada à gestante deveria ser com o propósito de apenas diminuir a mortalidade infantil (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A assistência pré-natal aparece como um dos indicadores abordados pelo PAISM e tem a função de promover a saúde e identificar antecipadamente riscos que possam afetar a gestante ou feto, por intermédio de ações educativas e procedimentos clínicos (BRASIL, 2011).

O PAISM, mesmo tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda interrogado quanto à qualidade da assistência e à mortalidade materna. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, no intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade e melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal, parto e puerpério, cria, por meio das Portarias nº 569, 570, 571 e 572, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002).

O PHPN apresenta dois pilares que sustentam a humanização. O primeiro é o acolhimento da mulher, do recém-nascido e de sua família, sendo esse acolhimento

fundamentado na ética e no respeito. O segundo refere-se à redução de práticas intervencionistas desnecessárias durante o parto, as quais não beneficiam nem a mulher, nem o bebê (BRASIL, 2002).

O PHPN foi estruturado com base nos seguintes princípios:

Toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter garantido o acesso à maternidade em que será recebida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, assim como o recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002 p.2).

Nesse período também foram divulgados os Manuais de Assistência Pré-Natal, Manual de Urgências e Emergências Obstétricas e o Manual para Gestores sobre Planejamento Familiar. O primeiro tratou da normatização de aspectos referentes à organização da assistência, fatores de risco reprodutivo, níveis de assistência pré-natal e cuidados básicos no pré-natal. O segundo determinou as normas e procedimentos técnicos científicos dirigidos às situações de risco obstétrico e neonatal, incluindo os acidentes e as complicações. O terceiro tratava o planejamento familiar como área de ação prioritária, tendo como princípios básicos os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Correa e Piola (2002), ao realizarem um balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, constataram que, apesar de terem acontecido um progresso no sentido da integralidade e uma ruptura das ações verticalizadas, as ações de saúde foram desenvolvidas priorizando a saúde reprodutiva, mesmo sendo mantidos os objetivos da atenção integral à saúde da mulher. Esta prioridade atrapalhou o desenvolvimento de ações em outras áreas estratégicas da saúde da mulher, comprometendo a transversalidade de gênero e raça.

Para Costa (2009) este balanço apontou ainda a existência de várias deficiências, como atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental e doenças infectocontagiosas.

Ainda que nos anos 90 não tenham ocorrido grandes avanços no que se refere à atenção integral à saúde da mulher, é importante destacar dois movimentos,

que direta ou indiretamente foram significativos no panorama institucional das ações direcionadas a esta população. O primeiro refere-se à ampliação das coberturas de atenção básica com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). E o segundo refere-se à mudança nos modelos de atenção, principalmente representados por ações voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto (COSTA, 2009).

Vista ainda sob o aspecto da integralidade da atenção, em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da conjectura de novas ações, direcionadas às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, assim como a inclusão nas discussões da saúde da mulher e do meio ambiente (BRASIL, 2011).

Nesse cenário aparecem novas propostas de ações para atender as questões relacionadas à saúde da mulher e, assim, em 2003 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que prioriza a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, assegurando a garantia de direitos legitimamente instituídos, ampliando o acesso aos meios e serviços de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde. Propõe a redução da morbimortalidade materna, especialmente por razões previsíveis e evitáveis em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2011).

A PNAISM traz como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde da mulher e se configurou como um progresso na área dos direitos sexuais e reprodutivos. Segundo Freitas et al. (2009), foi a partir dessa política que a mulher começou a ser vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo.

Desde o surgimento do PHPN e da PNAISM, diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas às mulheres de forma mais sistemática no SUS, apesar de ter ocorrido a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, esta questão ainda é um desafio para a sociedade e para os governantes brasileiros (CAVALCANTI, et al., 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010a), em 2007 o pré-natal atingiu 89% da cobertura e a captação precoce das gestantes foi de 83,6%. No entanto, mortes causadas por complicações na gravidez e parto continuam ocorrendo, e este fato evidencia que ainda existe necessidade de qualificar a assistência à saúde da

mulher no processo reprodutivo. Neste contexto, no intuito de suprir as deficiências dos programas e políticas de saúde vigentes, instituiu no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha (RC), que é uma rede de cuidados fundamentada nos princípios da humanização e da assistência (BRASIL, 2011a).

A RC tem como diretrizes a garantia do acolhimento com classificação de risco, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a criação do vínculo da gestante com a unidade de referência e o transporte seguro, a garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a dois anos com resolutividade e a ampliação do acesso e do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

Tendo em vista essas diretrizes, a RC inclui em seus cuidados o diagnóstico precoce da gestação utilizando o teste rápido de gravidez na UBS, a capacitação dos profissionais de saúde que atuam tanto na atenção primária como em serviços de urgências obstétricas e a criação de novas estruturas, como as casas da gestante e do bebê, que darão assistência às gestantes de risco, e os Centros de Parto Normal, que funcionarão em conjunto com as maternidades para humanizar o nascimento. A rede hospitalar também deverá ser ampliada aumentando o número de leitos obstétricos do SUS de modo a suprir as necessidades de cada município (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha, como complemento do PHPN, é uma estratégia do Ministério da Saúde que propõe colocar em prática uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito de planejar sua vida reprodutiva, garantindo uma atenção humanizada no ciclo gravídico puerperal e proporcionando às crianças um nascimento seguro e um desenvolvimento saudável.

2.3 Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Histórico e Perspectivas

De acordo com a história, o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) foi usado como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez na Inglaterra, no chamado Relatório Dawson, em 1920. Este documento contrapunha-se ao modelo flexneriano americano, de cunho curativo, fundamentado no reducionismo biológico e na atenção individual. O relatório organizava o modelo de

atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. A APS defendia duas características básicas, a regionalização e a integralidade que fortaleciam a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (PEREIRA; LIMA, 2008).

A maioria dos problemas dos serviços de saúde deveria ser solucionada nos centros de saúde primários e nos serviços domiciliares por médicos com formação em clínica geral. No entanto, se o médico não tivesse condição de resolver os problemas nesta instância, o caso deveria ser encaminhado aos centros de saúde secundários para ser tratado por especialistas, e, por fim, somente os casos que tivessem indicação de internação ou cirurgias seriam encaminhados para os hospitais. Esta concepção influenciou a organização dos sistemas de saúde do mundo todo (PEREIRA; LIMA, 2008).

O Brasil tem tentado desde o início do século XX implantar a atenção primária em saúde no país, mas foi apenas na década de 70, com o evento da Reforma Sanitária, que a atenção primária começou a surgir efetivamente no cenário brasileiro (MENDES, 2002).

A Reforma Sanitária brasileira, com o lema Saúde e Democracia, surgiu da luta contra a ditadura na segunda metade do século passado e foi estruturada por atores sociais⁵ ligados às universidades, aos movimentos estudantis, aos movimentos sindicais e à própria comunidade, que mesmo sofrendo ameaças da ditadura reivindicavam melhorias na saúde, educação, moradia, transporte e o direito à livre expressão (JUNQUEIRA, 2008; MISHIMA et al., 2009).

Cabe aqui ressaltar que enfermeiras que faziam parte da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) participaram deste movimento como protagonistas na construção de novos rumos para as políticas de saúde no país (MISHIMA et al., 2009).

Este movimento social solidificou-se em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo considerado o marco político e histórico mais importante na construção do modo de se fazer saúde no Brasil (JUNQUEIRA, 2008).

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde resultaram na formalização de propostas das mudanças baseadas no direito integral e universal à

⁵Atores Sociais são aqueles que portam projetos e participam de um jogo social sendo capazes de produzir fatos novos nesse jogo (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

saúde, acesso igualitário, descentralização e ampla participação da sociedade (BRASIL, 1986).

Amparado por essa Conferência e fundamentado por um conceito expandido de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, Capítulo II, na Seção II - Saúde, artigos 196, 197, 198, 200. Institui a saúde como um direito universal de todo cidadão, sendo dever do Estado subsidiá-la de forma integral, em todas as esferas do governo (BRASIL, 1988).

Nos anos 90 foram promulgadas as Leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 reforçava as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. Já a Lei 8.142/90 abordava a participação da comunidade na discussão das questões da saúde e também determinava as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo (PAULUS; CORDONI, 2006).

Para regulamentar o novo sistema de saúde e operacionalizar as ações do SUS foram instituídos os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com suas apropriadas diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Os princípios e diretrizes são vinculados a uma rede hierarquizada de serviços denominada de atenção primária, secundária e terciária, com níveis diferenciados de complexidade das ações e uso tecnologias (BRASIL, 1990a).

A atenção primária em saúde, no Brasil, a partir do movimento incorporou os princípios da Reforma Sanitária e do SUS, para destacar e reorientar o modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, passando a ser denominada como Atenção Básica em Saúde (ABS). A ABS é o primeiro nível hierárquico da rede de atenção e a porta de entrada para o sistema de saúde, tendo por finalidade ordenar e coordenar o cuidado em um território delimitado, devendo ser praticada nas Unidades Básicas de Saúde e/ou nas Unidades de Saúde da Família (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

O Ministério da Saúde, em 1991, com a intenção de reduzir a mortalidade materna e infantil nas áreas mais pobres e desprotegidas do país, formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) especialmente para as Regiões do Norte e Nordeste. A partir dessa experiência o Ministério da Saúde percebeu a importância do PACS na ampliação da cobertura dos serviços de saúde e, nesse momento, o foco deixava de ser o indivíduo e as ações programáticas de

saúde, passando, então, a focar a família, dando início ao PSF (BRASIL, 2001a; ROSA; LABOTE, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída a partir da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, define a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 19).

A PNAB apresenta como fundamentos e diretrizes um território restrito; acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade; vínculo com o usuário e a responsabilização entre as equipes de saúde e a população; integralidade do cuidado em seus vários aspectos; e estímulo à participação do usuário como forma de ampliar sua autonomia na construção do cuidado à saúde das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2012).

A proposta de mudança no modo de se fazer e se praticar o cuidado em saúde tem sido debatida no sentido de que os profissionais de saúde passem a trabalhar com o foco no sujeito, considerando suas necessidades e singularidades dentro do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, buscando desta forma produzir uma atenção integral, humanizada e de qualidade (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Vista sob esta perspectiva, a ESF é considerada a principal estratégia para a reorganização do modelo de assistência na atenção básica do país. É neste sentido que ela foi apresentada como uma nova forma de cuidar da saúde das pessoas, trazendo a família e o seu contexto social como centro principal da atenção (SARTI et al., 2012)

O trabalho em equipe é avaliado como essencial para o funcionamento apropriado do processo de trabalho na ESF. Para a reorganização do modelo de assistência é necessário que os profissionais de saúde construam uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo permita a aproximação entre os pares, tendo-se a

nitidez de que todo conhecimento parcial tem mais significado quando mencionado no conjunto (KELL; SHIMIZU, 2010).

Dentre as práticas de atenção que os profissionais da ESF desenvolvem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a educação em saúde é considerada espaço privilegiado para encontro de subjetividades e uma atividade fundamental a ser desenvolvida na atenção pré-natal, pois, quando as ações são voltadas para as singularidades e reais necessidades das gestantes, poderão contribuir na transformação da realidade. As ações poderão ser realizadas nos grupos de gestantes, no entanto terão maior efetividade se trabalhadas também no decorrer das consultas de pré-natal (RIOS; VIEIRA, 2007).

O estudo com 238 gestantes que realizaram pré-natal em 44 UBS do Município de João Pessoa/PB, no período de 2010/2011, identificou que a maioria dos serviços apresentava uma boa infraestrutura, no entanto, existia uma baixa adesão ao PHPN, além de baixo percentual (45,5%) de atividades de educação em saúde. Foram observados também altos percentuais de gestantes com intercorrências clínicas (60,9%), na avaliação nutricional 56,3% apresentavam sobrepeso e obesidade e existia baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo (SILVA, E.P. et al., 2013).

O estudo realizado com 310 gestantes dos 12 centros de saúde da família (CSF) de Fortaleza/CE observou que 57,4% das gestantes não receberam qualquer tipo de orientação sobre o parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação, apresentando o fator agravante de que 44,2% eram primigestas e, por estarem vivenciando este momento pela primeira vez, necessitavam ainda mais de orientação (PEIXOTO et al., 2011).

Para Rios e Vieira (2007), o pré-natal é um momento de grandes vulnerabilidades, pois envolve mudanças e requer adaptações para a chegada de um novo membro à família e, como tal, é um período de intenso aprendizado para a gestante e uma oportunidade ímpar para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar.

Martins e Arantes (2011), ao estudarem as formas de organização do processo de trabalho no atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal no Município de Dourados/MG, identificaram que havia indícios de melhoria na atenção pré-natal, ao passo que a integralidade da assistência ainda era muito baixa. Na

percepção das puérperas, o pré-natal na rede não tinha qualidade, as ações médico curativas continuavam sendo priorizadas, e as ações educativas não eram valorizadas pelos profissionais e usuárias e as puérperas não reconheciam seus direitos à saúde.

A atenção pré-natal teve melhorias nos últimos anos, no entanto, ainda há muito a se fazer para que o PHPN consolide suas propostas de atenção à saúde. É imprescindível que aconteça uma reestruturação dos serviços de saúde com a adequação da área física, aquisição de materiais e equipamentos e, ao mesmo tempo, torna-se necessário que ocorra uma transformação nas atitudes dos indivíduos envolvidos neste processo. Os profissionais de saúde necessitam estar dispostos a acolher a gestante, respeitando os significados deste momento tão peculiar; em contrapartida, as mulheres também necessitam se transformarem sujeitos ativos no seu processo de gestar e parir (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008).

As evidências científicas apontam a necessidade de combater o descompasso que existe entre o discurso e prática no cotidiano da atenção pré-natal. Nesse sentido, torna-se imprescindível melhorar a capacidade técnica e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade de aperfeiçoar o processo de comunicação, para que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal. Um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe integrada que compreenda a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado (SILVA, R.C. et al., 2013).

2.4 Avanços e Desafios da Atenção Pré-Natal

A atenção pré-natal moderna surgiu na França, no final do século XIX e início do século XX. Os médicos obstetras Adolphe Pinard e Pierre Budin, juntamente com seu mestre Stéphane Tarnier, compartilharam os créditos da introdução do pré-natal no mundo moderno. Pinard foi o pioneiro da atenção pré-natal e seu amigo Budin, o precursor da neonatologia (SOUZA, 2011).

Adolphe Pinard ingressou na Faculdade de Medicina de Paris no ano de 1871, onde se tornou estagiário do grande mestre da obstetrícia francesa, o professor Stéphane Tarnier. Seu talento e dedicação foram rapidamente

reconhecidos e no ano de 1878 foi nomeado médico associado, em 1892 tendo sido eleito membro da Academia de Medicina. Pinard deixou grandes contribuições para a obstetrícia moderna, dentre elas destacam-se o tratado sobre a palpação abdominal aplicada à obstetrícia, a versão cefálica externa, o controle do pré-parto e da hemorragia pós-parto, a hiperemese gravídica, a retroversão do útero e gravidez tubária. Ele inventou, também, o estetoscópio obstétrico simples, estetoscópio de Pinard, o qual mantém o seu nome até os dias atuais (DUNN, 2006).

No entanto, sua contribuição mais importante para a obstetrícia foi a defesa da atenção pré-natal da mãe e do feto. Sua preocupação em ajudar mulheres grávidas carentes corroborou para um reconhecimento de valor da assistência médica da mãe e do bebê antes e após o nascimento. Em 1892, com o auxílio de Madame Bequet, uma parteira francesa, Pinard fundou o albergue “*Refúgio de L’avenuedu Maine*” para as mulheres grávidas desprovidas de recursos financeiros. Após três anos de pesquisa, Pinard foi capaz de demonstrar que as mães que tinham sido cuidadas no refúgio pariram bebês saudáveis, mais pesados e a termo. Esta nova abordagem de cuidado pré-natal defendia a não separação da mãe e do bebê e estimulava a amamentação, além de permitir a descoberta precoce das complicações da gravidez (DUNN, 2006).

No Brasil, os primeiros serviços de assistência pré-natal surgiram junto com a Reforma Sanitária de Carlos Chagas na década de 20, mas foi apenas no pós-guerra que realmente se instituíram. Até este período o pré-natal era desconhecido, a cesariana, muito rara, e quando ocorriam complicações no parto optava-se pela vida da mãe, o marido suplicava ao médico que salvasse a vida da mulher, alegando que eles poderiam ter outros filhos, mas se a mulher morresse não lhe restaria mais nada. A assistência, que até então se concentrava no parto, passou a ser oferecida no período que precedia o nascimento, na forma de consultas esparsas sem sistematização clínica. Esta prática de atenção pré-natal foi adotada em quase todos os países, inclusive no Brasil, sendo este o tipo de assistência oferecido às mulheres até o final da década de 70 (GALLETA, 2000).

Nos anos 80, junto com a transição democrática, foi criado o PAISM; apesar de o programa apresentar avanços significativos em termos de direito reprodutivo para as mulheres, sua implementação sofreu dificuldades de ordem política, financeira e operacional. Tais dificuldades impediram que o programa se tornasse,

na prática, um agente transformador de saúde para as mulheres e mesmo direcionado à atenção pré-natal. Ainda assim, os indicadores de qualidade em saúde no final dos anos 90 assinalavam que a atenção pré-natal no país deixava muito a desejar em termos de qualidade (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal precisa ser proporcionada à mulher desde o descobrimento de sua gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Para tanto, a atenção pré-natal qualificada e humanizada precisa seguir alguns parâmetros, tais como: realização da primeira consulta pré-natal até 120 dias de gestação; finalizar o pré-natal com no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; escutar e esclarecer dúvidas da mulher e seus acompanhantes; realizar atividades educativas individuais ou em grupo; estimular o parto normal; realizar anamnese e exame clínico-obstétrico na gestante; realizar o pedido de exames laboratoriais; atentar para a imunização antitetânica; avaliar o estado nutricional da gestante e prevenir ou tratar algum distúrbio; diagnosticar e prevenir o câncer de colo uterino e mamas; tratar intercorrências da gestação; classificar e detectar se a gestante apresenta algum risco na primeira consulta e nas consultas subsequentes; garantir vínculo e acesso à unidade de referência; realizar o registro no prontuário e cartão da gestante; incentivar a mulher e o recém-nascido a retornarem à unidade na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (BRASIL, 2012a).

A atenção pré-natal pode ser definida como um conjunto de ações que visa à promoção da saúde das gestantes, conhecer a história pregressa e atual da mulher, para que se possam criar estratégias adequadas para cada gravidez, assim como o planejamento da resolução das intercorrências que possam acontecer, ou problemas já existentes (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

A gestação é um período que gera inúmeras mudanças para o organismo feminino, a gestante apresenta alterações fisiológicas, psicológicas, culturais e sociais ao mesmo tempo em que sofre adaptações emocionais, sociais e profissionais. Nessa perspectiva, o pré-natal visa principalmente à segurança no desenvolvimento normal da gestação; ao preparo da gestante para o parto, puerpério e lactação; e à identificação precoce de fatores de risco tanto para a mãe quanto para o bebê. Estas ações, quando realizadas em conjunto, permitem a

prevenção de situações desencadeadoras de complicações na gravidez e puerpério. (BARROS, 2009).

Apesar dos esforços do governo, a atenção pré-natal ainda não está consolidada no país, os estudos a seguir mostram que os índices desejados ainda não foram alcançados. De acordo com o Ministério da Saúde, a mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% no período de 1990 a 2007, enquanto que por causas indiretas aumentou 33%, no período de 1990 a 2000, esse aumento seguiu de modo contínuo, e em 2010, dos 2.861.868 nascidos vivos em todo o Brasil, 60% das mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. De um modo geral houve avanços na atenção à saúde das gestantes, mas deve-se destacar que esse indicador oculta diferenças inter-regionais importantes no Brasil.

Em 2010 a Região Sul, por exemplo, apresentou 75,3% dos nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal; a Região Sudeste, 72,7%; a Região Centro-Oeste, 67,2; a Região Nordeste, 45,3%; e na Região Norte essa proporção foi de 36,8% (FIOCRUZ, 2012).

Ainda que tenha ocorrido diminuição significativa da mortalidade materno-infantil, um número significativo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país, tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, sobretudo no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

. Estudo realizado com enfermeiras da ESF de um município do sul do RS evidenciou que a maioria das unidades de saúde possuía estrutura inadequada para realização do pré-natal, pois faltavam instrumentos básicos como mesa ginecológica e material para coleta de citopatológico em todas as salas (OLIVEIRA, 2012).

A atenção pré-natal tem sido um dos grandes alvos das discussões dos pesquisadores da saúde no Brasil nas últimas décadas. Embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal, ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, à falta de vínculo entre pré-natal e parto, às taxas de mortalidade materna e perinatal, assim como à falta de informação e orientações às gestantes (COSTA et al., 2013).

Percebe-se que a atenção pré-natal é o primeiro passo para uma assistência humanizada e de qualidade, sendo considerada o início de todo o processo de nascer saudável, pois abrange um conjunto de ações e cuidados que se utilizados

adequadamente previnem as complicações e diminuem os riscos, permitindo que mãe e filho vivenciem a gestação, o parto e o puerpério com segurança e tranquilidade.

2.5 Aspectos Contextuais da Maternidade na Adolescência

A maternidade na adolescência pode estar sujeita não somente aos contextos histórico, cultural e social, mas também às experiências que as adolescentes vivenciam no seu cotidiano. Para determinadas adolescentes a gravidez precoce faz parte do seu projeto de vida, no entanto, para outras é um acontecimento desagradável que provoca medo e conflitos e inclusive agrava as dificuldades já existentes (ROCHA; MINERVINO, 2008).

A gravidez na adolescência tem sido um evento largamente discutido por órgãos governamentais, nos meios acadêmicos e nos meios de comunicação social, entretanto, longe de ser um acontecimento novo, a gravidez na adolescência esteve sempre presente na história da humanidade (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Na Antiguidade era normal a mulher ter seus filhos com 14 ou 15 anos, tão logo surgissem os primeiros sinais de maturidade, já eram consideradas aptas ao matrimônio. Este fato era visto com naturalidade naquela época, pois a capacidade reprodutiva da mulher estava relacionada com a juventude e, quanto mais filhos a mulher paria, maior era o seu valor como mulher dentro da sociedade (SOUZA, 2002).

Ao voltarmos na história das famílias, pode-se observar que as mulheres casavam-se muito cedo. Naquela época não existiam métodos contraceptivos, então a maioria delas engravidava, em média, uma vez por ano. Este fato pode ser observado nos álbuns antigos de fotografia, nos quais as mulheres na flor da juventude apareciam rodeadas de muitos filhos (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Por muitos anos a Igreja Católica contribuiu para que as famílias tivessem 10, 15 ou 20 filhos, pois exercia forte repressão sexual, sendo radicalmente contra qualquer método contraceptivo. A Igreja possuía um amplo poder sobre as questões de reprodução e sexualidade nas famílias, o sexo era visto e praticado nesta época apenas como forma de procriação. Além dos fatores culturais e religiosos, existiam

interesses políticos e econômicos que incentivavam o crescimento populacional, pois o aumento da mão de obra era importante para consolidar a expansão e impulsionar as transformações industriais da época (SOUZA, 2002).

Nos anos 60, com o aparecimento das primeiras pílulas anticoncepcionais seguido da intensificação do movimento de liberação sexual, as mulheres passaram a ter controle sobre sua sexualidade. A partir desse momento, o início das relações sexuais tornou-se cada vez mais precoce (DIAS, TEIXEIRA, 2010). No estudo de coorte realizado por Gigante et al. (2008) no Município de Pelotas/RS, foi identificado que houve um aumento do número absoluto de mães com menos de 16 anos de 1,1% em 1982, para 2,7% em 2004. Os dados revelaram que praticamente dobrou o número de gestações de adolescentes com idade entre 10 e 15 anos no município, e estes números fortalecem a ideia de que as relações sexuais estão começando cada vez mais cedo.

Desde o final dos anos 90, tanto a incidência de gravidez na adolescência quanto a proporção de nascimentos de mães adolescentes vêm diminuindo, porém, a prevalência de mães adolescentes entre 10 e 14 anos aumentou se comparada à faixa etária de 15 a 19 anos (YAZAKI, 2008).

O Brasil, considerado um país jovem e em desenvolvimento, igualmente vem acompanhando esta queda nas taxas de gravidez na adolescência. O maior índice de gravidez na adolescência foi de 22,8% em 1998, em 2010 caiu para 19,3%, e, apesar dessa queda considerável de adolescentes grávidas, os índices ainda permanecem longe do ideal preconizado pela OMS, que é manter as taxas de gravidez na adolescência abaixo de 10% (IBGE, 2010; UNICEF, 2011).

Nos países desenvolvidos, a gravidez na adolescência, embora com índices bem abaixo dos países em desenvolvimento, também é motivo de preocupação para governantes e pesquisadores. Nos EUA, a taxa de natalidade de mães adolescentes é de 10%, cerca de 1,5 vezes maior do que a taxa de natalidade no Reino Unido, mais de duas vezes maior que as taxas no Canadá e de seis a nove vezes maior do que as taxas de natalidade na Dinamarca, Holanda, Suécia e Suíça. Embora, haja taxas similares de atividade sexual de adolescentes nestes países, as taxas de uso de contraceptivos variam, pois, entre os adolescentes sexualmente ativos nos EUA, 20% não usaram qualquer método de contracepção na última vez em que tiveram relações sexuais, em comparação com 5% dos adolescentes sexualmente ativos na

Grã-Bretanha e 4% das adolescentes sexualmente ativas na Suécia (COYNE; D'ONOFRIO, 2012).

A sexualidade está presente em todas as fases do desenvolvimento humano, porém, na adolescência, com o aparecimento dos hormônios sexuais, emerge com toda sua efervescência. Possuidores de um corpo em crescente transformação e ávidos por novas experiências os adolescentes acabam trilhando por caminhos desconhecidos. Independente do meio social em que vivem e de terem ou não informações prévias dos métodos contraceptivos, expõem-se com frequência aos riscos de contraírem Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e de uma gravidez não planejada (PANTOJA, 2003).

Estudo realizado com gestantes adolescentes do Município de Campinas apontou que 67,3% das jovens tinham conhecimento sobre métodos contraceptivos, mesmo assim, não utilizaram método algum na primeira relação sexual. Dentre as principais razões mencionadas para o não uso dos métodos contraceptivos relataram que não pensaram nisso na hora (32,4%); desejavam a gravidez (25,4%); não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%); não conheciam nenhum método contraceptivo (11,3%), os parceiros não queriam usar (8,5%), não se importavam em ficar grávidas (5,6%), achavam caro ou inconveniente usar algum contraceptivo (5,6%). Os resultados evidenciaram que, apesar de os adolescentes terem conhecimento prévio sobre os métodos contraceptivos, ainda não possuem maturidade e conhecimento suficiente para praticar um comportamento contraceptivo adequado (BELO; SILVA, 2004).

A gravidez na adolescência está presente em todos os meios sociais e tem sido um tema polêmico nos debates sobre a saúde reprodutiva. Muitas vezes, é considerada uma situação de risco, elemento desorganizador da vida dos adolescentes e de suas famílias. Desse modo, alguns autores consideram um fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza, uma vez que coloca obstáculos na continuação dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho (ARAUJO, 2009; RODRIGUES, 2010).

Estudo realizado sobre as representações sociais das mães adolescentes acerca da educação no Município de Pelotas/RS apontou que a maioria das mães adolescentes pertencia a famílias de baixa renda e com baixo índice de escolaridade, apresentavam alto índice de reprovação escolar e não possuíam

atividade fora do lar. As representações sociais das adolescentes como sujeitos sociais trazem consigo costumes e hábitos aprendidos, lembranças e categorias culturais, pois para elas os condicionamentos vivenciados traduzem as suas representações sobre a gravidez e o abandono escolar como atos de consequências impensadas que lhes ocasionaram prejuízos para construção do seu contexto de vida (PADILHA et al., 2014).

A gravidez na adolescência não é um fenômeno que ocorre da mesma forma para todas as adolescentes, tanto o significado da gestação, como o impacto da nova experiência irão depender do contexto social em que elas estão inseridas (UNICEF, 2011). Para Dias e Teixeira (2010), a gravidez na adolescência nas classes mais favorecidas tende a não prejudicar a trajetória escolar e profissional das adolescentes, uma vez que elas dispõem de mais apoio e recursos para lidar com esta nova experiência. Para os autores a escola tem um papel fundamental na educação sexual dos adolescentes, orientando para que eles aprendam a fisiologia do seu corpo e as formas de prevenção de uma gravidez precoce e até mesmo indesejada.

Para Padilha et al.(2014), a evasão escolar de mães adolescentes pode estar relacionada ao despreparo dos profissionais para lidar com as alterações da gravidez na adolescência. Para a autora, as escolas não estão preparadas para enfrentar esse problema, o que também pode ser evidenciado nas consultas de pré-natal, nas quais os profissionais de saúde mantêm uma visão curativa, procurando somente o bem-estar da mãe e do bebê, sem percebê-las na sua individualidade.

Contudo, as relações causais estabelecidas entre evasão escolar, desemprego e gravidez na adolescência são controversas. Por exemplo, os resultados da pesquisa “Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil”, realizada no período de 1999 a 2006 em três capitais do país, revelou que 42,1% das adolescentes com menos de 20 anos não frequentava mais a escola quando ficaram grávidas e 62,6% das adolescentes já estavam fora do mercado de trabalho na ocasião do nascimento de seu primeiro filho e esta situação assim permaneceu (HEILBORN et al., 2006).

Vista sob este aspecto, pode-se observar que os fatores de risco já estavam presentes, sendo precipitado afirmar que a gravidez na adolescência seria a origem do problema de abandono dos estudos nesta etapa de vida (PADILHA et al., 2014).

Para Pantoja (2003), a gravidez na adolescência não é essencialmente um fator que limita as atividades escolares e reduz as oportunidades de busca por uma vida melhor; pelo contrário, no estudo realizado com adolescentes no Pará, o autor destaca que a maternidade na adolescência fortaleceu a permanência na escola, pois as adolescentes verbalizaram ambição de ser alguém na vida e poder proporcionar uma vida melhor para seus filhos.

Por outro lado Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) afirmam que as adolescentes que têm um bom desempenho escolar possuem uma maior probabilidade de iniciar suas atividades sexuais mais tarde e utilizar métodos contraceptivos de forma mais efetiva, mas ao mesmo tempo recorrem ao aborto com mais frequência, caso ocorra a gravidez.

O início precoce da atividade sexual somado à falta de informações sobre métodos contraceptivos são as principais causas que levam a adolescente a engravidar, no entanto, muitas vezes esta gravidez é planejada e desejada pela adolescente (XIMENES NETO et al., 2007).

Nos Estados Unidos, cerca de metade (49%) de todas as gestações de mulheres entre 15 e 44 anos é intencional. Esta taxa permanece mais elevada do que a taxa de gravidez não desejada em outras nações desenvolvidas. Nos EUA também existem grandes disparidades nas taxas de gravidez indesejada entre os diferentes grupos etários e classes socioeconômicas. Em todas as idades, as mulheres afro-americanas têm o maior percentual de gravidez indesejada (67%) quando comparadas as mulheres não hispânicas caucasianas (40%) e mulheres latino-americanas (53%) (COYNE; D'ONOFRIO, 2012).

No que diz respeito às características socioeconômicas, os resultados do estudo multicêntrico realizado com 559 puérperas, nas cidades de Pelotas/RS, Florianópolis/SC e João Pessoa/PB, evidenciam que 16,5% do total das puérperas adolescentes entrevistadas possuíam renda familiar mensal menor de um salário mínimo (MONTEIRO, 2011). O estudo de coorte realizado por Gigante et al. (2008), na cidade de Pelotas/RS identificou que 40% das adolescentes de famílias menos favorecidas planejaram a gestação. Estes percentuais foram decrescendo na medida em que a renda familiar foi aumentando.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de coorte realizado por Meneses (2008), com 232 adolescentes grávidas, em um serviço de pré-natal na

rede pública do Município do Rio de Janeiro/RJ, em que 46,2% das participantes referiram ter desejado a gravidez.

O estudo sócio antropológico de Santos (2012), realizado com mulheres jovens de uma comunidade de baixa renda do Município de Belo Horizonte/MG, mostra que as adolescentes brasileiras idealizam a maternidade, e o sentimento de realização que ela traz é um evento desejado na vida de qualquer mulher, independentemente da idade. Para as adolescentes do estudo, ter um filho traz responsabilidades e representa um marco de passagem para a vida adulta, pois é a partir deste momento que elas começam a ser aceitas e reconhecidas como mulheres perante a sociedade.

Para Pantoja (2003), a maternidade é um passaporte para a vida adulta e garante o cuidado por meio de outras pessoas. Nesse sentido, a gravidez acaba funcionando como um fator de proteção para a adolescente. A proteção pode ser explicada tanto pelo projeto de vida que passa a ter, quanto pela ascensão e proteção social que adquire no interior da família.

A gravidez na adolescência é mais do que um fenômeno biológico e necessita ser compreendida na sua multidimensionalidade, uma vez que envolve não só o indivíduo adolescente, mas todo o meio familiar no qual ele está inserido. A gravidez causa alterações nas relações familiares e na saúde dos seus membros, esta nova composição familiar, muitas vezes, torna-se um elemento desestruturador e gerador de conflitos, principalmente no âmbito emocional (PELLOSO; CARVALHO; VALSECCHI, 2002).

A família tem papel importante, na prevenção da gravidez precoce. No entanto, não é uma tarefa fácil, pois requer diálogo franco e aberto entre pessoas com pontos de vistas diferentes. Não basta passar informações, aconselhar ou dar ordens é necessário saber ouvir e compreender os desejos, as dúvidas e os anseios dos filhos. O diálogo pressupõe o começo de um trabalho lento e contínuo de orientação e esclarecimentos para que os jovens possam vivenciar intensamente este período de suas vidas com segurança e bem-estar (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010; NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

Entretanto, quando a gravidez na adolescência ocorre, no primeiro momento os pais sentem-se tristes e decepcionados com os filhos, pois, apesar de acompanharem as transformações do mundo moderno com relação à sexualidade e

gravidez precoce, imaginam que este evento só acontece com os filhos dos outros, não com os seus (PELLOSO, CARVALHO; VALSECCHI, 2002).

Com o passar do tempo, a notícia passa a ser recebida com sentimentos mais positivos, gerando uma aceitação mais tranquila, com boas expectativas com relação ao nascimento da criança. Entretanto, os sentimentos de medo, ansiedade e preocupações da mãe e do bebê precisam ser respeitados. Porém, a adolescente, mesmo com o apoio da família, necessita assumir as responsabilidades de ser mãe (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

Nesse sentido, o estudo realizado com adolescentes grávidas e seus familiares no Recife/PE constatou que 57,1% dos familiares responsáveis pelas gestantes receberam a notícia por intermédio das mesmas, e a maioria sentiu desgosto, rejeição e/ou tristeza diante do evento. No entanto 35,7% referiram terem sentido alegria e satisfação com o fato. Com exceção da mãe que mandou dar a criança, as demais familiares acabaram mudando de atitude no decorrer da gravidez e as mudanças estavam sempre relacionadas à melhoria dos cuidados dispensados à adolescente grávida (LIMA et al., 2004).

O apoio da família é imprescindível para que a mãe adolescente cuide de seu filho de forma mais tranquila. Seguramente a família é o suporte para que a adolescente dê continuidade aos seus projetos de vida. Estudos revelam que mães adolescentes que tiveram ajuda frequente e auxílio no cuidado de seus filhos demonstraram maior motivação para continuar os estudos, trabalhar e manter o contato social com os amigos (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008)

No contraponto, a maternidade precoce pode produzir efeitos nocivos tanto para a mãe como para seu filho, e, quando ocorre na faixa etária dos 10 aos 14 anos, as implicações são ainda maiores, e as complicações mais comuns são parto prematuro, abortamento, desproporção céfalo-pélvica, amniorrexe prematura, anemia materna, lacerações de períneo, infecções urogenitais, trabalho de parto prolongado. Além desses aspectos, bebês nascidos de mães muito jovens são mais propensos a apresentar baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida (GURGEL et al., 2008; XIMENES NETO; MARQUES; ROCHA, 2008).

Os riscos da gestação estão relacionados aos aspectos, clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, contudo, nem sempre a gravidez na adolescência é

uma situação de risco. O diagnóstico precoce da gravidez é essencial para a avaliação e controle constante dos riscos. Gestantes adolescentes que recebem o acompanhamento de uma equipe de saúde qualificada durante o pré-natal e no parto raramente enfrentarão problemas (UNICEF, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Na perspectiva de atenção qualificada às gestantes adolescentes, um tema que merece destaque é o despreparo dos serviços de saúde pública para atender às demandas desta população. As adolescentes necessitam de um serviço de saúde com acolhimento diferenciado, que procure compreender os múltiplos significados da gestação, o diálogo sem julgamento nem preconceito. Um serviço que possibilite à adolescente compartilhar e refletir sobre seus medos, anseios, dúvidas, fantasias e emoções (BRASIL, 2006; PANTOJA; BUCHER; QUEIROZ, 2007).

A gestante adolescente precisa receber cuidado contínuo por equipes multiprofissionais com médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo, sendo ideal ofertar um atendimento individualizado focado nas reais necessidades da adolescente, estimular a participação nos grupos de gestantes, pois no convívio com os outros a adolescente pode formar sua identidade e começar a definir o seu papel na sociedade (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

O pré-natal, na maioria das vezes, é o primeiro contato da adolescente com o serviço de saúde. É importante aproveitar este espaço para esclarecimentos e orientações não só sobre gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido, mas também sobre contracepção, DST, sexualidade, drogas, e outros assuntos do interesse da adolescente (BRASIL, 2013).

3 Referencial Teórico

Coma finalidade de fundamentar a análise e interpretação dos dados do presente estudo, que teve como foco a qualidade da atenção pré-natal proporcionada às gestantes adolescentes, utilizou-se o referencial teórico da qualidade centrado no Modelo do Triângulo do Serviço de Albrecht (2002).

Embora tenha sido pouco utilizado pelos pesquisadores na avaliação da qualidade dos serviços em instituições de saúde, a escolha deste referencial deu-se pela congruência do mesmo com a proposta deste estudo. Além deste aspecto, o referencial encontra consonância com as práticas de cuidados na Enfermagem.

Karl Albrecht nasceu em 20 de setembro de 1920, em Essen, na Alemanha. Respeitado consultor de gestão e conselheiro executivo, pensador estratégico futurista, pesquisador e autor prolífico. Conhecido internacionalmente como o pioneiro da Revolução dos Serviços, é considerado uma das autoridades mundiais em qualidade de serviços. Autor de mais de vinte obras publicadas no mundo todo, entre eles o *bestseller* “Revolução dos Serviços” (JÚLIO; SALIBI NETO, 2001).

As pessoas tendem a introduzir o termo “qualidade” de uma forma generalista para expressar seu nível de satisfação a respeito de sua experiência de consumo de serviços (CORSO, 2004).

Para Gianese e Corrêa (1994) a qualidade em serviço é definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas, e precedida por sua percepção do serviço prestado.

A qualidade de um serviço tem duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão funcional. Segundo Grönroos (1993, p.49) a dimensão técnica refere-se a “o que” os clientes recebem em suas interações com os serviços, e a dimensão funcional é a forma com que o cliente é influenciado, “como” ele recebe o serviço e “como” ele vivencia o processo de produção e consumo concomitantemente.

Para Donabedian (1988), a qualidade é um conceito que varia de acordo com os valores da sociedade e deve ser interpretado em duas dimensões: a técnica, representada pelo emprego do conhecimento para a resolução dos problemas do

paciente, e a interpessoal, que se consolida por meio da relação estabelecida entre o prestador e o receptor do serviço de saúde.

Já Albrecht e Zemke (2002) referem que a percepção do cliente quanto à qualidade dos serviços deriva da comparação entre as perspectivas antes da prestação dos serviços e a experiência concreta com o serviço. As experiências vivenciadas pelo cliente são consideradas o “momento da verdade” ou “hora da verdade”. O momento da verdade é qualquer acontecimento em que o cliente entre em contato com algum aspecto da instituição e forme uma impressão sobre a qualidade de seus serviços. A avaliação da qualidade provém do processo de prestação do serviço e dos resultados obtidos com os serviços.

Para Albrecht (2002) a maioria dos problemas de qualidade nos serviços decorre de sistemas desorganizados, procedimentos mal conduzidos, políticas e regulamentos que não funcionam. O autor refere ser frequente apontarem o pessoal da linha de frente como responsáveis pela má qualidade ou falta dela no serviço, o que para ele é uma inverdade, pois na maior parte do tempo o verdadeiro problema se encontra nos sistemas que não funcionam ou não fazem sentido.

Albrecht (1999), ao pesquisar instituições de prestação de serviços bem-sucedidas no mercado, identificou que estas apresentavam em seu cotidiano de trabalho três características importantes e regulares que faziam toda a diferença: as estratégias, as pessoas e o sistema. A fim de descrever como funcionava a operacionalização dos serviços nas empresas e fundamentado nas três características-chave, Albrecht desenvolveu o “Triângulo de Serviços”, representado na Fig. 1. Para a formação do triângulo do serviço, Albrecht utilizou as três características como vértices e no centro do triângulo colocou o cliente, que segundo o autor é a figura principal quando buscamos qualidade nos serviços (ALBRECHT, 1999).

O Triângulo de Serviços (Figura 1) é um modo para demonstrar graficamente a interação de três elementos distintos, mas que necessitam atuar em conjunto para que se obtenha o mínimo de qualidade aceitável (ALBRECHT, 1999).

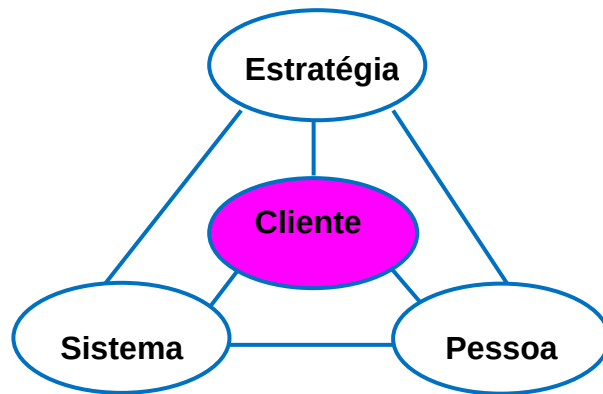


Figura 1- Triângulo de Serviços
Fonte: ALBRECHT, 2002, p.32.

As **estratégias** de serviço, segundo Albrecht (1999), precisam ajudar as pessoas a tirar sentido daquilo que fazem. Todos os envolvidos necessitam estar voltados para as verdadeiras prioridades do cliente, e este conceito norteador precisa estar presente em todas as atividades/attitudes que as pessoas fazem/tomam.

Para Albrecht as **pessoas** da linha de frente necessitam ter espírito de serviço individual e coletivo, conhecimento e qualificação para criação de uma experiência positiva para o cliente. Essa linha representa oportunidades e ameaças em termos de ganhos e perdas para o cliente.

O **sistema** de acordo com Albrecht (1999) precisa ser desenvolvido para atender as necessidades do cliente e não para causar-lhe desconforto, constrangimento e frustrações, inclui instalações físicas, normas, procedimentos e processos para apoiar os profissionais em seus esforços, a fim de melhorar a qualidade dos serviços.

Para Albrecht, no Triângulo dos Serviços as linhas externas dos vértices possuem particularidades. A linha que une o **sistema** e as **pessoas** pode ser entendida por pessoas motivadas e capazes de prestar serviço de qualidade, buscando processos administrativos eficazes, normas e procedimentos de trabalho com comprometimento individual e coletivo. As instalações físicas devem estar adequadas para atender os clientes com o máximo de qualidade possível.

A linha que faz a interação das **estratégias** com o **sistema** pode indicar que a operacionalização do sistema físico e administrativo está direcionada para a estratégia de serviços.

Já a linha que conecta as **estratégias** às **pessoas** significa que os responsáveis pela prestação de serviços necessitam compactuar das ideologias determinadas pela administração, estabelecendo prioridades focadas nas necessidades dos clientes.

Baseando-se no Triângulo do Serviço de Albrecht, elaborou-se a Figura 2 como o referencial teórico que sustentou a presente investigação:

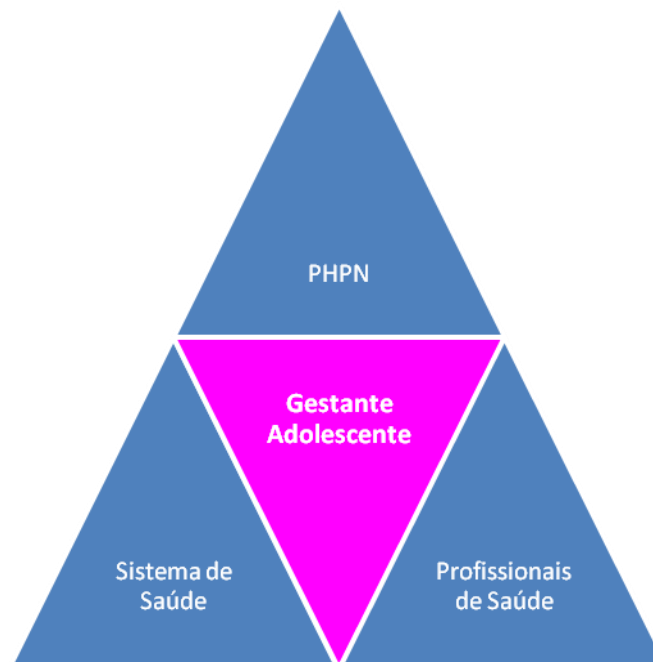


Figura 2- Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente
Fonte: Organizado por SILVA, embasado em Albrecht (2002)

Dessa maneira, com base na Figura 2, as **estratégias** de serviço são representadas pelos cuidados da atenção pré-natal que deveriam desenvolver ações do PHPN voltadas para as necessidades das gestantes adolescentes, disponibilizando um cuidado integral e personalizado.

As **pessoas** são os profissionais de saúde de nível superior, como pessoal de linha de frente, com conhecimentos e qualificação para atender às necessidades das gestantes adolescentes.

Como **sistema**, elencou-se o Sistema de Saúde, que ofereceria ambientes com espaços acolhedores nos quais as gestantes adolescentes sentir-se-iam seguras. Aliado a essas características o sistema de saúde ainda ofereceria apoio e os subsídios necessários para que os profissionais de saúde acompanhassem as gestantes adolescentes durante o pré-natal, preparando-as para a vivência do processo de parturição com segurança e bem-estar.

No presente estudo o centro do triângulo é representado pela gestante adolescente.

Para Albrecht (1999) o Triângulo dos Serviços permite que todos os vértices estejam envolvidos e integrados com a ideia sobre o que fazer, conduzindo a atenção de todos para as reais necessidades e ansiedades dos clientes, demonstrando o quanto eles são importante para a instituição.

Com base no Triângulo dos Serviços de Albrecht (1999), apresentam-se os conceitos construídos pela pesquisadora que nortearam o presente estudo.

Qualidade na Atenção a Gestante Adolescente - é a capacidade que um serviço tem em satisfazer necessidades, resolver problemas ou fornecer benefícios à gestante adolescente.

Profissional de Saúde - é o profissional da área da saúde de nível superior que desenvolve suas atividades profissionais na Unidade Básica de Saúde prestando cuidados na atenção pré-natal à gestante adolescente.

Sistema de Saúde - é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde governamentais prestados à gestante adolescente.

Unidade Básica de Saúde - é o primeiro nível hierárquico de atenção e a porta de entrada do sistema de saúde, fazendo parte do meio social das gestantes adolescentes. Destina-se à promoção, proteção ou recuperação da saúde da gestante adolescente.

Gravidez na Adolescência - é a gravidez que ocorre em adolescentes, na faixa etária dos 10 aos 19 anos.

Atenção Pré-Natal - é o conjunto de cuidados e intervenções que a gestante adolescente recebe nos serviços de saúde com a finalidade de identificar, prevenir e tratar os agravos que podem ameaçar a saúde dela e do bebê.

4 Caminho Metodológico

Diante da proposta de avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS, optou-se pelo estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa.

Para Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa é aquela que produz os resultados que não são obtidos por meio de procedimentos estatísticos ou quantificáveis. Esta metodologia possibilita pesquisar sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, ao mesmo tempo em que permite o estudo sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações.

A pesquisa exploratória investiga a natureza complexa do objeto de estudo, observando-o e descrevendo-o (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para Triviños (2008) o estudo exploratório permite ao pesquisador acrescentar sua experiência em torno de determinado problema a ser estudado. Já, na percepção de Gil (2008), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade ampliar, clarificar e transformar conceitos e ideias.

4.1 Contextualização do Local do Estudo

A presente investigação foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Pelotas, localizado na região do sul do Estado do Rio Grande do Sul. O município possui uma população de 342.053 habitantes, e a terceira cidade mais populosa do estado (IBGE, 2014).

Pelotas localiza-se na encosta do sudeste do estado, às margens do Canal São Gonçalo, que liga as Lagoas dos Patos e Mirim, apresenta uma área de 1.609 km², e uma altitude média de sete metros acima do nível do mar, o que lhe confere um clima subtropical úmido, com temperatura média anual de 17,6°C. Há predomínio de planícies, serras e coxilhas; e de uma flora diversificada que abrange formações

florestais, campestres, litorâneas e vegetação típica de banhados, o que caracteriza o bioma pampa (PELOTAS, 2014).

O Município de Pelotas situa-se na confluência das Rodovias BR 116, BR 392, BR471, que juntas fazem a ligação aos países do Mercosul e a todas as capitais e portos do Brasil. Está localizada a 250 km de Porto Alegre, a 135 km da fronteira do Uruguai, por Jaguarão, a 220 km, pelo Chuí, e a 600 km da fronteira da Argentina (PELOTAS, 2014).

A Figura 3 representa a localização do Município de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul.

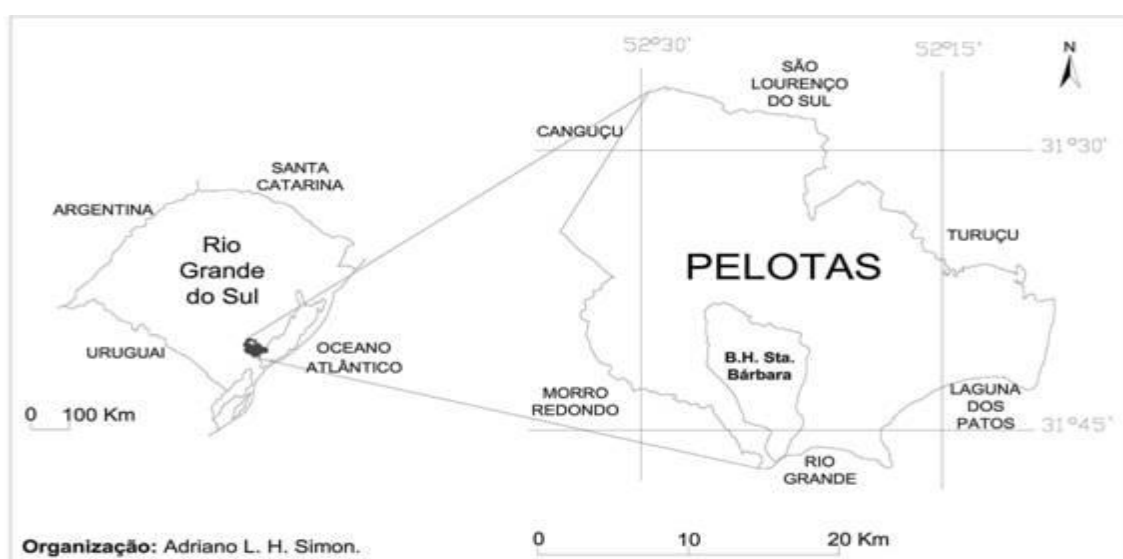


Figura 3- Mapa da localização do Município de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul

Fonte: SIMON, 2007, p.43.

O Município de Pelotas é um importante polo regional de saúde que se encontra no modelo de Gestão Plena desde 1º de agosto de 2000. Mais de 22 municípios do sul do estado utilizam-se dos serviços de alta complexidade do Município de Pelotas, os quais são oferecidos nas áreas hospitalar, cirúrgica, diagnósticos por imagem e de análises clínicas. Para o cumprimento de suas funções dentro do sistema regional, o Sistema de Saúde de Pelotas conta hoje com estrutura própria, serviços de saúde em parceria com as universidades e prestadores privados que compõem todos os níveis de atenção, fazendo de Pelotas um sistema importante nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais (PELOTAS, 2007).

O sistema de saúde conta com seis hospitais e um pronto-socorro em nível terciário, no qual são realizadas ações de média e alta complexidade. No nível secundário há dois ambulatorios de especialidades em clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, saúde mental, sendo um da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e o outro da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL); um Centro de Especialidades Municipal; um Setor da Secretaria de Saúde Municipal responsável pelo atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

A atenção básica tem a função de porta de entrada do sistema. Fazem parte da rede de atenção 51 UBS; 13 localizam-se na área rural e 38[,] na zona urbana. A Estratégia de Saúde da Família encontra-se instalada em 25 UBS, totalizando 45 equipes de ESF, com uma cobertura de 55% da população (BRASIL, 2014).

A escolha do contexto de investigação deste estudo deu-se por meio de uma busca realizada em julho de 2013 junto ao SINASC, na qual se identificou as UBS Dunas, Getúlio Vargas e Navegantes como sendo as três unidades em que ocorreu maior incidência de gravidez na adolescência no Município de Pelotas/RS no ano de 2012(BRASIL, 2012a). As unidades em questão estão localizadas em bairros do município com índices elevados de vulnerabilidades, como criminalidade, desemprego, prostituição, uso e abuso de álcool e outras drogas.

Na Figura 4 apresentam-se as áreas de abrangência das unidades básicas na zona urbana do Município de Pelotas/RS, Brasil.

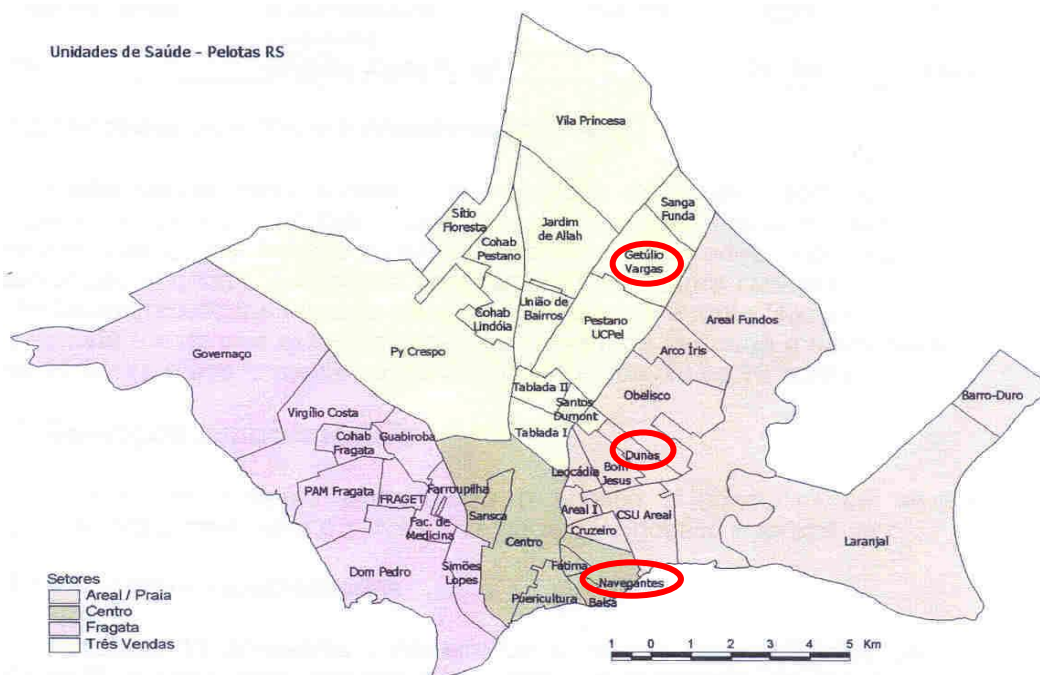


Figura 4- Mapa UBS Zona Urbana- Pelotas/RS

Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2003-2004 do Município de Pelotas/RS

No intuito de conhecer o funcionamento, os recursos humanos, físicos e materiais, assim como os procedimentos realizados pelos profissionais nas UBS, a pesquisadora permaneceu no campo durante seis meses, tendo sido aproximadamente dois meses em cada unidade básica de saúde. A periodicidade do acompanhamento seguiu rigorosamente as agendas de pré-natal e o grupo de gestantes de cada equipe de ESF. Cabe salientar que a experiência da pesquisadora com a saúde coletiva limitava-se à vida acadêmica, portanto não possuía contato prévio com as unidades básicas de saúde do estudo.

As observações realizadas durante esse período foram registradas em notas de diário de campo e, considerando esses registros, apresenta-se a seguir as UBS do estudo:

A) UBS Getúlio Vargas: Localizada na zona norte do município, no bairro Getúlio Vargas, possuía em torno de seis mil usuários cadastrados, realizava atendimento de demanda espontânea em nível ambulatorial, exclusivo para usuários do SUS, prestando assistência de atenção básica e de média complexidade nos turnos da manhã e tarde. O atendimento do pré-natal não era por demanda espontânea, a unidade possuía apenas um consultório equipado para a realização de exames ginecológicos, sendo este utilizado por todas as equipes para realização do pré-natal

e coleta de citopatológico, por esta razão tanto os atendimentos de pré-natal quanto o exame de coleta de citopatológico eram realizados mediante agendamento prévio. A ESF foi implantada no ano de 2002; a unidade contava com três equipes de ESF, sendo duas equipes de ESF convencional e uma equipe do programa Mais Médicos. O quadro de profissionais de saúde era formado por três médicos de ESF, três enfermeiros, três auxiliares em enfermagem, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma cirurgiã-dentista, uma nutricionista e uma assistente social.

No momento da coleta de dados existiam 52 gestantes realizando acompanhamento pré-natal na unidade; destas, 15 eram adolescentes, o que equivale a 28,8% da população gestante do local.

Os profissionais da unidade, preocupados com os altos índices de gravidez na adolescência, criaram um grupo de adolescentes, que se reunia semanalmente e tinha como objetivo prevenir a gravidez na adolescência, o uso de drogas, as DSTs, entre outros assuntos de igual interesse para os adolescentes. Nos encontros eram discutidos temas como: métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, entre outras vulnerabilidades a que este grupo estava exposto. Cabe ressaltar que a escolha dos temas a serem discutidos nos encontros ficava a cargo dos adolescentes. Além do grupo de adolescentes, a unidade realizava mensalmente o grupo de gestantes, neste participavam todos os profissionais da unidade e todas as gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal. Os profissionais determinavam previamente as temáticas das atividades de educação em saúde, as quais envolviam os aspectos da gravidez, parto e puerpério, além dos cuidados com o recém-nascido.

B) UBS Dunas: Localizada na zona do Areal, no bairro Dunas, possuía em torno de dezesseis mil usuários cadastrados, na qual era realizado atendimento de demanda espontânea em nível ambulatorial, exclusivo para usuários do SUS, prestando assistência de atenção básica e de média complexidade nos turnos da manhã e tarde. No entanto, o atendimento do pré-natal não era por demanda espontânea, a unidade possuía apenas um consultório equipado para a realização de exames ginecológicos, sendo este utilizado por todas as equipes para realização do pré-natal e coleta de citopatológico, por esta razão tanto o atendimento de pré-natal quanto o exame de coleta de citopatológico eram realizados mediante agendamento prévio. A ESF foi implantada no ano de 2003, e a unidade possuía quatro equipes de ESF,

sendo duas equipes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma equipe do programa Mais Médicos e uma equipe de ESF convencional. O quadro profissional contava com quatro médicos de ESF, um médico clínico, quatro enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, 16 ACS, dois cirurgiões-dentistas, uma nutricionista e uma assistente social.

A unidade apresentava problemas na área física, possuía poucos consultórios para atendimento à população e faltava espaço adequado para realizar algumas atividades como reuniões e grupos, também faltavam contraceptivos, medicamentos e vacinas. No momento da coleta de dados existiam 49 gestantes realizando acompanhamento pré-natal; destas, 20 eram adolescentes, o que representava 32,8% da população gestante.

Na UBS Dunas a falta de um espaço físico adequado para realizar o grupo de gestantes fazia com que cada equipe tivesse uma rotina diferente para realização do grupo de gestantes da sua área de abrangência, na maioria das vezes os grupos eram realizados em espaços fora da UBS, como a comunidade religiosa e a Incubadora Dunas⁶. Participavam dos grupos o médico, o enfermeiro, o técnico em enfermagem, os agentes de saúde e as gestantes de cada micro área. Os temas abordados eram definidos previamente pelos profissionais de saúde da equipe, sendo relativos à gravidez, parto, puerpério, amamentação e cuidados com o bebê.

A falta de um espaço adequado para a realização de atividades de educação em saúde com as gestantes fez com que a enfermeira de uma das equipes de ESF criasse um grupo de gestantes virtual no Facebook. Este grupo era fechado, sendo disponibilizado apenas para as gestantes em acompanhamento pré-natal na UBS. Esta modalidade de grupo permitiu que fossem disponibilizados materiais audiovisuais de fácil entendimento, além do material didático, e as gestantes tinham a possibilidade de esclarecer dúvidas e trocar experiências. Outro aspecto relevante é que as gestantes tinham a possibilidade de consultar o material a qualquer momento, fator que facilitava a adesão e o compartilhamento das informações do grupo com os familiares.

C) UBS Navegantes: Localizada na zona central, no bairro Navegantes, possuía em torno de vinte mil usuários cadastrados, na qual era realizado atendimento de

⁶Incubadora Dunas é um espaço que fica em frente à UBS Dunas, destinado a acomodar pequenas empresas para Iniciativas de Geração de Renda Coletiva e Autogestionárias. O principal objetivo é estimular a economia local, desenvolvendo o loteamento e proporcionando uma melhor qualidade de vida aos moradores da localidade, por meio da organização comunitária.

demanda espontânea em nível ambulatorial, exclusivo para usuários do SUS, prestando assistência de atenção básica e de média complexidade nos turnos da manhã, tarde e noite. O atendimento do pré-natal não era realizado por demanda espontânea, e a unidade possuía um consultório equipado para a realização de exames ginecológicos, sendo este utilizado pelas quatro equipes para realização do pré-natal e coleta de citopatológico, por esta razão tanto o pré-natal quanto o exame de coleta de citopatológico eram realizados mediante agendamento prévio. A unidade possuía uma equipe de atenção básica tradicional e uma médica clínica no turno da noite; neste turno não era realizado atendimento de consulta pré-natal e nesta equipe faltava o profissional enfermeiro. A ESF foi implantada em 2002, no momento da coleta contava com quatro equipes de ESF prestando assistência nos turnos da manhã e tarde, sendo uma equipe de ESF convencional, uma equipe do programa Mais Médicos e duas equipes do PROVAB. O quadro profissional era composto por seis médicos, quatro enfermeiros, cinco técnicos em enfermagem, três cirurgiões-dentistas, uma nutricionista, uma assistente social e 18ACS.

A UBS apresentava problemas estruturais e organizacionais na área física, possuía número de consultórios insuficientes para atendimento da demanda e, somado a esta situação, alguns consultórios eram muito pequenos e inviabilizavam, muitas vezes, o atendimento. Ao mesmo tempo, por questões de organização do serviço existia um consultório que permanecia sem uso durante o dia, sendo utilizado somente pela equipe do turno da noite. No momento da coleta de dados existiam na UBS Navegantes 61 mulheres em acompanhamento pré-natal; destas, 17 eram adolescentes, o que correspondia a 27,8% da população gestante.

Nesta UBS as atividades de educação em saúde eram realizadas mensalmente em um único grupo de gestantes.

A UBS Navegantes possuía uma ligação interna com a Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), entretanto, a área física, as atividades desenvolvidas assim como os profissionais envolvidos eram distintos.

4.2 Participantes do Estudo

Participaram do estudo 15 profissionais de saúde de nível superior, sendo 10 enfermeiros, quatro médicos e um nutricionista; 13 eram do sexo feminino e dois, do

sexo masculino. A seleção dos participantes obedeceu aos critérios de inclusão: ser profissional de saúde na UBS há pelo menos um ano no serviço, prestar cuidados de atenção pré-natal à gestante adolescente e permitir que a entrevista fosse gravada. Neste estudo não houve perdas ou recusas dos participantes.

4.3 Princípios Éticos

Este estudo observou a Resolução 466/12⁷ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, Cap.III, Art. 89, 90 e 91, que tratam das responsabilidades e deveres, e os Art. 94, 96 e 98, que se referem às proibições⁸ (BRASIL, 2012b; COFEN, 2007).

De posse da autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa (Anexo A), o projeto foi submetido *online* à Plataforma Brasil para ser apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto de pesquisa intitulado “Qualidade da Atenção Pré-natal à Gestante Adolescente” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o Parecer nº 874.638 (Anexo B).

Os benefícios para os participantes da pesquisa foram indiretos, pois no decorrer das entrevistas os profissionais de saúde tiveram a possibilidade de refletir sobre sua prática e (re) organizar os serviços na perspectiva de acolhimento das demandas específicas das gestantes adolescentes.

A pesquisa não acarretou riscos físicos, pois não foi realizado nenhum tipo de procedimento invasivo, nem coleta de material biológico ou experimentos com seres humanos. Contudo, a entrevista poderia acarretar desconfortos, no entanto foi dada

⁷Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde, sobre os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos.

⁸Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III(das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

aos participantes a opção de as perguntas serem ou não respondidas na totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo ao respondente.

Com o propósito de manter o anonimato dos informantes da pesquisa, os profissionais de saúde foram identificados pela letra P de profissional, acompanhada da letra inicial da categoria profissional: PM para profissional Médico, PE para profissional Enfermeiro e PN para profissional Nutricionista. Precedidas da ordem numérica da entrevista.

4.4 Coleta de Dados e Técnica de Coleta de dados

4.4.1 Coleta de Dados

O processo de inserção da pesquisadora no campo ocorreu de maneira semelhante nas três UBS. No primeiro momento foi realizado contato telefônico com o coordenador de cada UBS, sendo explicado sucintamente do que se tratava a pesquisa, e nesse momento solicitou-se o agendamento de uma visita para que o projeto fosse apresentado à equipe. Após a apresentação foi realizado o levantamento dos profissionais de saúde de nível superior que prestavam cuidado pré-natal às gestantes adolescentes. De posse dessa informação a pesquisadora realizou o convite pessoalmente a cada um dos profissionais para participar do estudo, e nesse momento foram esclarecidos do que se tratava a pesquisa, objetivos, justificativa e metodologia. Depois do aceite em participar da pesquisa, os profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual foi assinado em duas vias, uma ficando com a pesquisadora e outra, com o participante do estudo.

Após a assinatura do TCLE foi solicitada aos profissionais a autorização para realizar o acompanhamento e a observação de uma consulta de pré-natal. Na observação das consultas foram esclarecidos à gestante os objetivos do estudo e, após, o profissional de saúde consultava a gestante sobre a permanência da pesquisadora na consulta. Nesta etapa da coleta de dados não houve negativas por parte das gestantes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora nas três UBS selecionadas, no período de dezembro de 2014 a maio de 2015. Para obtenção dos dados foram utilizadas as técnicas de Observação Sistemática (Apêndice C), Diário de Campo (Apêndice D) e Entrevista Narrativa (Apêndice E).

4.4.2 Técnica de Coleta de Dados

4.4.2.1 Observação Sistemática

Para Marconi e Lakatos (2010) a observação é uma técnica de coleta de dados que consiste em conseguir informações, utilizando os sentidos para obter determinados aspectos da realidade. Muitas vezes a observação é usada para verificar a veracidade das informações obtidas por meio de outras técnicas, como no caso das entrevistas. Existem vários tipos de observação: a observação assistemática, observação sistemática, observação não participante, observação participante, observação individual, observação em equipe, observação na vida real e observação em laboratório.

Neste estudo utilizou-se a observação sistemática, também conhecida como estruturada, planejada e controlada. Neste tipo de observação, o observador sabe o que procura e o que é importante observar em determinada situação; além destes aspectos, o pesquisador deverá ser objetivo, saber reconhecer os possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê (MARCONI; LAKATOS, 2010).

As observações dos recursos humanos, físicos e materiais, bem como dos procedimentos realizados pelos profissionais nas UBS foram norteadas pelas recomendações do PHPN e registradas em diário de campo.

4.4.2.2 Diário de Campo

O diário de campo, para Flick (2009), é um instrumento utilizado pelos pesquisadores para registrar em tempo real atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo da pesquisa ao longo do processo de investigação.

Para Strauss e Corbin (2008), o diário de campo permite que o pesquisador realize a documentação do que observa, experimenta e pensa sobre o assunto

pesquisado durante a coleta de dados. Para os autores esta documentação serve de reflexão para contextualizar a análise das entrevistas qualitativas.

O registro das observações realizadas durante as visitas nas UBS, nas consultas de pré-natal, os resultados de conversas informais, as impressões pessoais, as manifestações dos informantes, entre outras particularidades, foram registrados em notas de diário de campo geradas em um instrumento em que o pesquisador anotou todas as suas observações.

4.4.2.3 Entrevista Narrativa

A entrevista narrativa é classificada como um método de pesquisa qualitativa, sendo considerada uma forma de entrevista aberta em profundidade. Na entrevista narrativa o informante é incentivado a contar a história sobre um acontecimento importante de sua vida e do contexto social, sua ideia básica é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva do informante (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2013).

Contar histórias é uma forma elementar de comunicação humana e, independente do desempenho da linguagem estratificada, é uma capacidade universal. Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2013, p. 91).

Nas palavras de Camasmie (2007), a narrativa é um modo de pensamento que se apresenta como princípio organizador da experiência humana no mundo social, busca a compreensão do fato ocorrido e tem imprimida a marca do narrador. Desse modo, narrar é mais que informar, é compreender.

Após o período de observação, foi agendado de acordo com a disponibilidade do profissional um horário para realização da entrevista. Para a realização das entrevistas narrativas deste estudo, a pesquisadora seguiu a técnica específica de coleta dados de Jovchelovitch e Bauer (2013), a qual se processou por meio de quatro fases. Na **fase de iniciação**, após a formulação da questão inicial para a narração, o pesquisador explica ao participante o contexto da investigação e o procedimento da entrevista, posteriormente solicita a permissão para gravar a entrevista. Na **fase de narração central**, o pesquisador mantém o cuidado de não

interromper a narração e não fazer comentários, sendo utilizada apenas a linguagem não verbal para encorajar a narração; no decorrer desta fase o pesquisador realiza anotações para aprofundar a compreensão dos temas que frequentemente surgem. Na **fase de questionamentos**, o pesquisador busca elucidar as questões que ainda não estavam totalmente esclarecidas, evita discussões sobre contradições, opiniões e perguntas diretas. Na **fase conclusiva**, o pesquisador deixa um espaço livre para que o entrevistado coloque algo mais, se assim o desejar.

A questão inicial da entrevista narrativa que norteou este estudo foi:

Conte-me como é o seu cotidiano de trabalho na atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

As entrevistas narrativas ocorreram em local privado na própria UBS. Foram realizadas individualmente, face a face, e resultaram em 352 minutos de áudio. O conteúdo das entrevistas foi fielmente transcrito na íntegra pela pesquisadora e o processo de transcrição foi realizado simultaneamente à coleta de dados. Após a transcrição, os dados foram transformados em 141 páginas de material a ser analisado.

4.5 Organização e Gerenciamento dos Dados

Os dados provenientes das entrevistas narrativas, das observações sistemáticas e dos diários de campo foram organizados e armazenados no *software Ethnograph v6*(Licença nº 02029-08329-03991-01995).

O *Ethnograph* é um programa para análise descritiva interpretativa de textos que pode ser utilizado em qualquer metodologia qualitativa. A escolha pela utilização do *Ethnograph v6* deu-se devido à pesquisadora já ter realizado um ensaio prévio com o *software*, além de ser uma ferramenta que permite a organização e o gerenciamento dos dados mantendo-se a qualidade dos mesmos durante todo o processo. O *software* tem por finalidade facilitar as tarefas do pesquisador, pois, entre suas funções, permite a adição de textos, criação de códigos, definição destes códigos, criação e agrupamento das categorias, sem interferir na criatividade e habilidade de análise do pesquisador.

4.6 Tipo de Análise e Operacionalização dos Dados

A entrevista narrativa é aberta quanto aos procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados, no entanto, Jovchelovitch e Bauer (2013) apontam três técnicas que podem ser utilizadas na análise dos dados: análise narrativa de Fritz Schütze, análise temática⁹ de Philipp Mayring e análise estruturalista.

Neste estudo, para análise dos dados provenientes das entrevistas narrativas e das observações sistemáticas optou-se pela proposta de análise de conteúdo qualitativa do sociólogo alemão Philipp Mayring (2010).

Para Mayring (2000), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise da comunicação que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos, uma descrição do conteúdo das mensagens que permita a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Além desses aspectos, ela analisa o material passo a passo, visando identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema.

O método de análise de conteúdo permite a sistematização e a interpretação dos dados a partir da construção de categorias principais que norteiam a compreensão do objeto investigado. As categorias são guiadas por uma teoria preexistente que serve de base para a codificação do material empírico, e as categorias podem também ser construídas a partir da análise do material colhido no campo. Mayring desenvolveu um modelo processual de análise de texto e três técnicas para a aplicação deste modelo: a sumarização, a explicação e a estruturação (MAYRING, 2010).

No intuito de facilitar a compreensão do processo de análise, a seguir apresenta-se um diagrama (Figura 5) com a sistematização da proposta de Mayring (2010).

⁹ Na tradução do manuscrito de Jovchelovitch e Bauer para a língua portuguesa, adotou-se o termo “análise temática”, no entanto, a tradução exata de acordo com a proposta de Mayring é “análise de conteúdo”, pois este é o termo que o próprio autor utiliza e com o qual se identifica (GOSS, 2010).

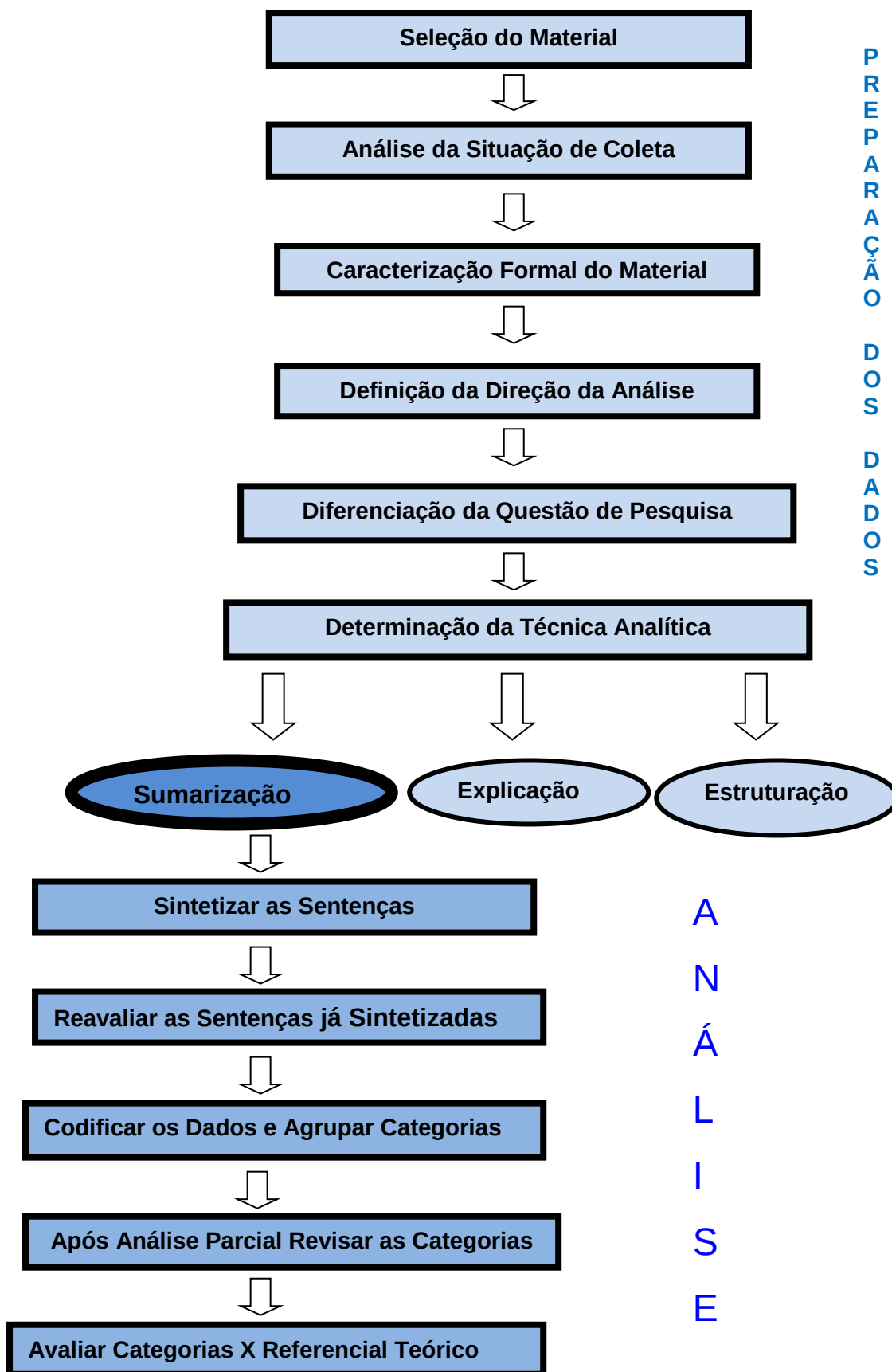


Figura 5: Diagrama da Análise de conteúdo qualitativo, baseada em Mayring (2010)

Ao apreciar a sistematização da proposta de Mayring (2010), operacionalmente pode-se perceber que este modelo de análise se desdobra em duas fases: a primeira fase de preparação dos dados composta de seis etapas e a segunda fase, da análise propriamente dita, com cinco passos. Apresenta-se a seguir cada fase individualmente.

Preparação dos dados: primeira etapa: selecionar as entrevistas ou partes das entrevistas que foram relevantes para a resolução da questão de pesquisa; segunda etapa: analisar a situação da coleta de dados (Como foi preparado o material? Quem participou desta ação? Quem estava presente nas entrevistas? Qual a procedência dos documentos analisados); terceira etapa: caracterizar formalmente o material (Como foi realizada a documentação do material por meio de gravação ou de um protocolo? Quem realizou a transcrição do texto? Houve alguma influência na transcrição do texto?); quarta etapa: definir a direção da análise para os textos selecionados; quinta etapa: com base no referencial teórico diferenciar a questão de pesquisa; e na sexta etapa: determinar a técnica analítica.

A partir da diferenciação teórica da questão de pesquisa, Mayring (2010) propõe a utilização de uma de suas três técnicas de análise de conteúdo qualitativo para definição concreta da técnica analítica:

- ❖ **Sumarização ou Redução:** o material é reduzido de tal forma que permaneçam somente os conteúdos essenciais. A redução resultante deve continuar sendo um retrato do material básico.
- ❖ **Explicação:** novos materiais são adicionados a partes do texto para aumentar a compreensão e interpretar um determinado segmento.
- ❖ **Estruturação:** filtram-se determinados aspectos do material de acordo com critérios preestabelecidos a fim de estabelecer um recorte deste material que permita sua avaliação.

Entre as técnicas de análise apresentadas pelo autor, neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo por meio da **Sumarização**. A redução gradual do texto obedeceu ao modelo desenvolvido por Mayring (2010), o qual operacionalmente apresenta cinco passos. No primeiro passo foi realizada uma primeira leitura linha por linha, buscando sintetizar as sentenças. No segundo passo, os dados da primeira redução foram novamente analisados, os dados similares

foram condensados e resumidos. No terceiro passo os resultados encontrados na primeira e na segunda redução foram codificados, após foi criado um livro de códigos com a definição de cada código e, na sequência, os códigos foram agrupados em um conjunto de categorias, sendo novamente analisados considerando os objetivos propostos pelo estudo. No quarto passo, após analisar uma entrevista de cada UBS (20% do material), o sistema de categorias foi novamente revisado e, como não houve alterações nas categorias, pôde-se verificar que a clareza e o grau de abstração das categorias estavam apropriados para a questão de pesquisa. No quinto passo o sistema de categorias elaborado foi avaliado e confrontado com o referencial teórico do estudo.

Para avaliar a confiabilidade e validação do material investigado, neste estudo seguiram-se os critérios recomendados por Flick (2009). A avaliação deu-se da seguinte forma: utilizou-se um sistema de comparação entre as técnicas de entrevista narrativa, observação sistemática e diário de campo; o processo de transcrição dos dados foi realizado pela pesquisadora; a pesquisa foi realizada em um período de seis meses no próprio contexto onde os participantes vivenciavam a atenção pré-natal, nesta etapa pôde-se compreender não somente o que eles falavam ou sentiam, mas também o que eles realmente praticavam no dia a dia de trabalho. Os dados foram gravados no *software Ethnograph* v6, o que possibilitou sua posterior confirmação. Neste estudo os critérios de confiabilidade e validação da pesquisa qualitativa foram alcançados.

5 Resultados e Discussão

Ao iniciar a seção dos resultados torna-se relevante apresentar os profissionais de saúde que participaram do estudo. No que diz respeito ao regime de trabalho,¹² eram concursados e três faziam parte do programa Mais Médicos. A idade dos participantes variou entre 27 e 54 anos. O tempo de formação dos participantes oscilou de dois anos e quatro meses até 30 anos. A média do tempo de trabalho na atenção básica foi de 12 anos e cinco meses e a média do tempo de trabalho no pré-natal foi de nove anos e dois meses.

A proposta deste estudo está ancorada no referencial teórico da qualidade centrado no modelo de Triângulo do Serviço proposto por Karl Albrecht (2002), o qual evidencia a interação de três elementos distintos – sistema, estratégias e pessoas – que necessitam atuar em conjunto para que se obtenha qualidade nos serviços. De acordo com Albrecht a maioria dos problemas de má qualidade ou falta dela nos serviços decorre de sistemas desorganizados, políticas que não funcionam e procedimentos mal conduzidos pelos profissionais. Este referencial evidenciou congruência com a temática do presente estudo.

O **sistema** precisaria ser desenvolvido para atender as necessidades das gestantes adolescentes, deveria ainda oferecer apoio e os subsídios necessários para que os profissionais de saúde acompanhassem a gestante adolescente durante todo o pré-natal.

No que se refere às **estratégias**, as ações de saúde deveriam estar voltadas para as necessidades das gestantes adolescentes. Nas unidades do estudo a média de gestantes adolescentes foi de 29,8%, e estes índices são considerados preocupantes, pois, além de estarem acima dos 10% recomendados pela OMS (UNICEF, 2011), aumentam a probabilidade de complicações que poderão influenciar na incidência de mortalidade materna e neonatal.

Com relação às **pessoas**, os profissionais de saúde deveriam possuir os conhecimentos e a qualificação para atender às necessidades da gestante

adolescente em suas singularidades, desenvolver o processo de trabalho com comprometimento individual e coletivo.

Ao confrontar os dados do estudo com o referencial teórico do Triângulo dos Serviços, percebeu-se que existiam obstáculos para a qualidade do pré-natal à gestante adolescente. Desse modo, de acordo com a importância dada pelos participantes do estudo ao tema investigado, foram construídas três categorias analíticas: Entraves do sistema de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; Fragilidades nas estratégias de serviços para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; e Limitações dos profissionais de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, as quais se discutem a seguir.

5.1 Entraves do Sistema de Saúde para a Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente

Dentre os principais entraves do **sistema** encontrados nas unidades de saúde pesquisadas, destacam-se: estrutura física inadequada, falta de medicamentos, demora na realização dos exames, desarticulação do sistema de referência e contrarreferência, acolhimento deficitário nas maternidades e burocratização do serviço.

A estrutura física foi relatada pelos profissionais das três unidades como um espaço pequeno para os atendimentos e a falta de salas disponíveis foi outro fator impeditivo para atender mais de uma gestante.

A dificuldade aqui na nossa unidade é com a estrutura física, porque a gente tem que ficar revezando a sala e, às vezes, se perde a oportunidade de atender uma gestante. (PE4)

A gente só tem uma sala para fazer o exame ginecológico-obstétrico, então, como nós somos três equipes em atendimento para uma única sala, termina diminuindo a qualidade do atendimento por ter que fazer muitas das consultas em outra sala. (PM2)

Aqui na unidade nós temos apenas uma sala ginecológica, onde a gente atende o pré-natal e o pré-câncer, e temos que dividir a sala com as outras equipes. (PE10)

O nosso espaço físico aqui é reduzidíssimo, tu não tens um espaço com privacidade para fazer os grupos de gestantes na unidade, aí o que que acontece? Tu estás conversando com elas, daqui a pouco entra um e te pergunta alguma coisa. (PE9)

Observou-se que nas UBS estudadas que a estrutura física não estava adequada para a demanda das mesmas, não existia um espaço específico para as atividades de educação em saúde e alguns consultórios não apresentavam condições apropriadas de conservação e ventilação. Nas três UBS havia apenas um consultório com equipamentos e materiais necessários para a consulta de pré-natal. Este cenário parece que induzia as equipes de ESF a realizarem o atendimento de pré-natal mediante o agendamento das consultas e não pela livre demanda como preconiza o Ministério da Saúde. Além desses aspectos, o agendamento das consultas não previa as intercorrências da gestação. Tais obstáculos, do ponto de vista dos profissionais, poderiam resultar em perda da adolescente gestante.

Na UBS Getúlio Vargas, Dunas e Navegantes percebeu-se que a estrutura física, os recursos materiais e equipamentos disponíveis não eram suficientes para dar conta da demanda da população. (Nota de Observação nº 1, 20/01/15; nº 8, 20/02/15; nº 19, 01/04/15;)

Verifica-se pela fala do profissional (PE9) que a inadequação da estrutura física interferia negativamente na qualidade das informações que deveriam ser repassadas às gestantes durante as atividades de educação em saúde.

Eu queria passar vídeos de como amamentar, como se faz o curativo no coto, como se dá o primeiro banho, eu queria que elas tivessem essa visão física da coisa que nem sempre tu consegues ter no grupo presencial devido à falta de estrutura física. (PE9)

É importante que a estrutura física da instituição de saúde que se propõe a prestar assistência pré-natal esteja apropriada e funcional, proporcionando condições adequadas para que os profissionais de saúde desenvolvam seu trabalho com segurança e possibilitando assim resultados favoráveis (ALBRECHT, 2002; GONDIM et al., 2011).

Quanto aos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) para as mulheres em acompanhamento pré-natal, identificou-se que alguns medicamentos como sulfato ferroso, ácido fólico e medicamentos específicos para o tratamento da sífilis e toxoplasmose estavam em falta nas unidades. Os profissionais mostraram-se preocupados com esta situação, pois sem eles as mulheres poderiam evoluir para uma gestação de risco.

Medicações que são de uso esporádico, como o tratamento da sífilis, da toxoplasmose e outras coisas que o tratamento é específico. A gente deveria ter, pelo menos é o que está divulgado lá no manual do Ministério, e no momento a gente não tem nem para a sífilis, nem para toxoplasmose. (PE1)

Nós encontrávamos muitas dificuldades com relação a material e medicamentos, hoje isso já melhorou um pouco [...] mas ainda faltam alguns medicamentos específicos para as gestantes. (PM2)

Ela estar com uma taxa de hemoglobina baixa e a gente não ter o sulfato ferroso para fazer o tratamento da anemia. A gente detectar que essa gestante pode ter um parto prematuro e não ter a progesterona para medicar, isso me deixa angustiada. (PE5)

Salienta-se que os medicamentos básicos para o acompanhamento e tratamento das intercorrências da gestação deveriam estar disponíveis para as gestantes nas unidades de saúde, pois a falta deles, além de inviabilizar o tratamento de enfermidades comuns neste período, poderá ocasionar desfechos desfavoráveis tanto para a gestante adolescente quanto para o bebê.

Em estudo semelhante, que buscou analisar a estrutura da atenção pré-natal nos centros de saúde de Fortaleza/CE, foi constatado que as farmácias dos mesmos não disponibilizavam medicamentos específicos para o tratamento de toxoplasmose e herpes (GONDIM et al., 2011).

No presente estudo a situação possui um agravante, pois os profissionais de saúde relataram que, além de faltarem medicamentos para o tratamento de enfermidades específicas como a toxoplasmose e a sífilis, faltavam também medicações do esquema básico do pré-natal de baixo risco, como o sulfato ferroso e o ácido fólico (BRASIL, 2012a).

Para Oliveira et al. (2013) a realização dos exames básicos durante o pré-natal é uma prática essencial para prevenir, identificar e corrigir as alterações que possam afetar a gestante e o bebê, assim como tratar enfermidades já existentes.

Nas falas dos participantes identifica-se que os exames das gestantes nas unidades do estudo não estavam sendo priorizados conforme recomendações do Ministério da Saúde e o desconhecimento da idade gestacional da gestante adolescente dificultava o planejamento e o desenvolvimento da assistência pré-natal.

A gente não tem um suporte bom da rede, a rede não funciona adequadamente, os exames demoram muito. Com relação ao ultrassom, agora está um caos, pois tu solicitas e a gestante chega ao final da gravidez sem ter feito. (PE9)

A gente tenta assim toda a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde, tudo, só que demora muito a questão do ultrassom e dos exames laboratoriais, tem épocas que demora mais de dois meses para conseguir, agora mesmo está demorando horrores. (PM3)

Essa requisição laranja seria para a gestante ter o exame mais rápido [...], não é tão rápido assim, demora em média um mês para os exames ficarem prontos, daí, se está com uma infecção urinária pode desencadear um trabalho de parto prematuro e aqui praticamente todas as gestantes têm infecção urinária. Outra coisa o ultrassom, está demorando horrores. (PE8)

Demora mais de um mês para conseguir marcar um exame, [...] ultrassom nem pensar [...] e tu precisas do ultrassom para saber a idade gestacional, porque às vezes a adolescente não sabe informar a data da última menstruação, porque ela levou três, quatro meses para descobrir que estava grávida. (PN14)

Observou-se que existem inoperância e morosidade com relação à marcação e realização dos exames. Ainda que a ultrassonografia obstétrica não seja um procedimento básico de rotina recomendado pelo Ministério da Saúde a todas as gestantes. Contudo, para a gestante adolescente é uma prática, muitas vezes, necessária para confirmação da idade gestacional, uma vez que este grupo em particular, além de iniciar o pré-natal tardiamente, na maioria das vezes não sabe precisar a data da última menstruação e consequentemente determinar a data provável do parto.

Dados semelhantes foram encontrados em dois estudos realizados em Fortaleza/CE, ao apontarem que os resultados dos exames de laboratório solicitados nas consultas de pré-natal demoraram até três meses para serem entregues às gestantes. Esta distância entre a data de solicitação e o recebimento do resultado implicou na detecção tardia de complicações que já poderiam ser tratadas. As gestantes destes estudos mostraram-se insatisfeitas com o atraso dos exames e assinalaram este fato como um aspecto negativo na assistência pré-natal recebida (GUERREIRO et al., 2012; ROCHA; SILVA, 2012).

Outro entrave destacado pelos profissionais foi a ausência da garantia dos serviços de referência e contrarreferência. Os encaminhamentos para o pré-natal de alto risco e serviços especializados eram gerenciados pela Central de Regulação do município, e identificou-se, por intermédio dos relatos dos profissionais, que este processo era demorado, chegando a levar meses para ser agendada uma consulta.

O encaminhamento para o alto risco é uma coisa ainda muito difícil de conseguir e eu preciso, porque gestante adolescente é um fator de risco [...] tu encaminhas e às vezes vais conseguir uma consulta três, quatro meses depois, então na verdade se contradiz o serviço. (PE1)

Não temos um serviço de acompanhamento de risco que comporte o número de gestantes adolescentes do município, às vezes esse número supera setecentas gestantes/ano. (PE5)

Quando a gente precisa de um atendimento especializado, acaba não tendo muitas vezes uma contrarreferência [...] isso atrapalha muito o nosso trabalho, porque a gente tem um vínculo com o usuário. (PM12)

A gente encaminha as pacientes para o alto risco ou outro serviço e não recebe o retorno, não recebe a contrarreferência [...] para saber o que está acontecendo e qual foi o desfecho. (PE13)

A gestante adolescente, pela imaturidade física e emocional, apresenta maior probabilidade para desenvolver complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, sendo esta uma das principais causas de óbito de adolescentes (UNICEF, 2011a). Salieta-se que a demora no agendamento dos serviços especializados pela Central de Regulação poderá contribuir significativamente na elevação dos índices de morbimortalidade materna e neonatal do município e desta maneira influenciar negativamente na qualidade da atenção pré-natal.

Com relação ao sistema de contrarreferência, os profissionais do estudo justificaram a inexistência do mesmo, apontando que as gestantes eram encaminhadas para os serviços especializados e o retorno dos encaminhamentos não acontecia, a UBS bem como seus profissionais não recebiam o registro documentado destes atendimentos. Os profissionais eram informados dos resultados somente por meio dos relatos das gestantes e de seus familiares. Nos discursos dos profissionais de saúde das UBS estudadas constatou-se que a contrarreferência era essencial para que eles pudessem dar continuidade à assistência integral à gestante adolescente.

A inexistência da contrarreferência também foi alarmante nos estudos realizados em Fortaleza/CE e Cuiabá/MT, nos quais as gestantes, na maioria das vezes, não recebiam o formulário de contrarreferência preenchido com as informações das intervenções realizadas nos serviços especializados. Além deste aspecto, as UBS obtinham informações sobre o atendimento referenciado somente quando as gestantes retornavam ou quando existia uma relação de amizade entre o profissional da atenção básica e o profissional do serviço especializado (GUERREIRO et al., 2012; NARCHI, 2010).

Outro aspecto observado no presente estudo foi a finalização do pré-natal na maternidade, que é tão importante quanto o cuidado dispensado à gestante durante a gestação. A Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, foi uma estratégia do Ministério da Saúde para complementar o PHPN e qualificar a atenção à saúde da mulher no processo reprodutivo. Dentre suas

diretrizes destacam-se o acolhimento com classificação de risco, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a criação do vínculo da gestante com a maternidade de referência para o parto e a garantia ao transporte seguro para a maternidade. Tais práticas têm por objetivo proporcionar à gestante mais tranquilidade e segurança no momento do parto (BRASIL, 2011a). No entanto, pode-se observar nas falas dos participantes que tais recomendações não correspondiam à realidade no município do estudo.

A maternidade tem que melhorar, às vezes tu fazes um pré-natal belíssimo [...] e elas ficam peregrinando de hospital em hospital para conseguirem ser atendidas [...], essa questão de não ter leito e fechar a maternidade [...] bom, em algum lugar elas têm que ser acolhidas, no meio da rua e na unidade é que elas não podem ganhar o filho. (PE9)

Eu acho que poderia melhorar o vínculo com as maternidades que a gente encaminha, por exemplo, se eu mandar a gestante para fazer um exame é difícil eles aceitarem de primeira, a maternidade sempre acha que a UBS tá errada, aí geralmente aquela gestante vai voltar aqui sem ter feito nada. (PM3)

Esse programa que foi lançado há uns dez anos, o PHPN, ele não funciona, [...] não existe auxílio-deslocamento e tampouco visita a maternidade. (PE10)

Outra coisa que eu acho que melhoraria a qualidade é a gestante já saber que hospital ela vai ser referenciada para ganhar o bebê. (PE15)

Percebe-se que os profissionais do estudo sentiam-se frustrados com relação aos desfechos do pré-natal nas maternidades; a falta de uma maternidade de referência, a ausência de uma visita prévia à maternidade para criação do vínculo e as falhas no acolhimento da gestante na hora do parto foram fatores que interferiram negativamente na qualidade do pré-natal.

O estudo de Narchi (2010) também destacou, como fatores desestruturantes para a continuidade da assistência pré-natal, a falta de vagas e garantia para o parto e pós-parto no hospital de referência. Dentre as queixas das gestantes estavam a carência de hospitais, serviços de referência e falta de garantia para que ocorresse a visita da gestante ao hospital de referência para o parto.

A burocratização do pré-natal igualmente foi identificada como um fator de fragilidade para uma assistência pré-natal de qualidade. Observa-se nos relatos dos profissionais que nas UBS do estudo a parte burocrática, de preenchimento dos documentos do pré-natal, era realizada pelo profissional que fazia o atendimento durante a consulta de pré-natal, para eles este tempo poderia ser dedicado ao cuidado das gestantes adolescentes.

O que atrapalha é a questão burocrática [...] acho que falta uma uniformização nesse processo de sistematização dos dados, a gente acaba tendo que preencher vários documentos com as mesmas informações, isso acaba dificultando o nosso atendimento. (PM12)

A questão do registro do pré-natal é uma coisa incoerente dentro da unidade básica, a informatização da unidade é extremamente necessária, tu registras na ficha espelho, registra na carteira da gestante, registra no prontuário e tu passas o tempo inteiro fazendo registro, aliás, o pré-natal, basicamente o que mais ocupa tempo da gente é o registro. (PE9)

Tu levas quase uma hora preenchendo papéis, este tempo tu poderias estar dedicando ao cuidado da gestante [...] então os papéis estão ficando acima do cuidado, isso é uma coisa que diminui a qualidade do pré-natal. (PE15)

Destaca-se que a duplicidade de informações nos documentos poderia ser evitada se o município implantasse um sistema de informação integrado, desta forma o registro do atendimento poderia ser realizado na UBS, nos laboratórios, nos serviços especializados e nas maternidades. Assim os profissionais de saúde teriam acesso às informações referentes ao atendimento da gestante nos três níveis de atenção à saúde. Além de diminuir a burocratização e agilizar as informações, este sistema poderia melhorar a qualidade das consultas, uma vez que o tempo gasto pelos profissionais de saúde com preenchimento de papéis poderia ser revertido em um cuidado mais singular que atendesse às necessidades específicas de cada gestante adolescente.

A influência das atividades burocráticas foi evidenciada em estudo realizado em Fortaleza/CE, no qual o registro também ficava a cargo do profissional que realizava a consulta de pré-natal, ou seja, o médico ou o enfermeiro. Além da sobrecarga profissional, gera sub-registro das informações, tanto por falta de tempo, como por desinteresse dos profissionais, o que pode contribuir para a discrepância dos indicadores de saúde do pré-natal reais e informados (ROCHA; SILVA, 2012).

Estudo desenvolvido na Bahia com profissionais que prestavam assistência pré-natal às gestantes adolescentes refere que, na prática, a atenção ofertada distanciava-se da perspectiva da integralidade, na medida em que os profissionais de saúde mantinham-se presos a protocolos institucionais, deixando de valorizar as relações de cuidado (MELO; COELHO, 2011).

Para que o PHPN perpassasse a barreira do discurso para uma prática efetiva, seria imprescindível que o sistema de saúde cumprisse o seu papel dentro do programa, disponibilizando área física adequada com equipamentos e instrumental, medicamentos, apoio laboratorial, sistema eficiente de referência e

contrarreferência e ferramentas de registro para monitoramento e avaliação da assistência pré-natal I(BRASIL, 2012a).

A partir dos dados discutidos nesta categoria, ressalta-se que, nas unidades de saúde pesquisadas, o vértice do Triângulo dos Serviços referente ao **sistema** foi avaliado como um entrave na melhoria da qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, uma vez que a infraestrutura, a garantia de referência e contrarreferência e os serviços específicos para o atendimento da gestante adolescente encontravam-se desarticulados e desestruturados.

5.2 Fragilidades nas Estratégias de Serviços para a Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente

Nesta categoria abordam-se os achados relacionados à dificuldade de captação precoce da gestante e, conseqüentemente, o início tardio do pré-natal, a baixa adesão às consultas e aos grupos de gestantes.

Quanto mais precoce for a inserção da gestante no programa de pré-natal, maiores serão as garantias de redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal(BRASIL, 2012a).

Nas narrativas dos profissionais de saúde das UBS do estudo identificou-se que existia preocupação em captar precocemente as gestantes adolescentes.

Se a gente conseguisse fazer essa captação precoce da gestante, com certeza melhoraria a qualidade, a gente poderia detectar precocemente várias situações e poderia encaminhar os tratamentos que resultariam numa gestação mais segura e com um bebê saudável. (PE6)

A captação precoce da gestante eu acho que tem que ser melhorada, a gente só consegue chegar à gestante precocemente pelo agente de saúde. (PE1)

A captação precoce da gestante adolescente é de extrema importância para que possamos detectar possíveis complicações pré-existentes. (PM7)

Quando elas nos procuram ou quando o agente comunitário consegue localizar essa gestante adolescente, ela já está com idade gestacional muito avançada. (PE4)

A gente tem uma grande dificuldade com a captação precoce antes dos 120 dias de gestação, especialmente da gestante adolescente. (PE5)

Percebe-se que os profissionais de saúde reconheciam que nas UBS estudadas existia a dificuldade de captar precocemente a gestante adolescente e que esta falha interfere na qualidade do pré-natal, uma vez que situações de risco podem ser

detectadas e prevenidas se a gestante adolescente iniciar o quanto antes o acompanhamento pré-natal.

O PHPN preconiza que a captação da gestante ocorra até os primeiros 120 dias de gestação. No entanto, esta não é uma meta fácil de ser atingida. A chegada no serviço de saúde pode estar associada a vários fatores, dentre eles a facilidade de acesso, a disponibilidade do teste rápido para confirmação da gravidez, o acolhimento na primeira consulta e o papel dos agentes comunitários de saúde como intermediadores das ações de saúde entre os profissionais e a comunidade (BRASIL, 2012a).

No Pará, estudo realizado com puérperas identificou que o ingresso tardio das gestantes no pré-natal estava relacionado às dificuldades de acesso ao serviço. Ter acesso ao serviço, conseguir agendar as consultas sem grandes demoras e obter a assistência desejada foram atributos referenciados para a melhoria da qualidade e satisfação das gestantes (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010). Na investigação de Rocha e Silva (2012) realizada em Fortaleza/CE, 6% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação; este indicador revela a ineficiência da captação precoce, fragilidades nas estratégias da assistência pré-natal de qualidade e até mesmo o desinteresse das gestantes em começar o pré-natal assim que a gravidez é descoberta.

No cenário internacional o panorama não é diferente. Na pesquisa realizada nos serviços públicos de Johannesburgo, na África do Sul, foi identificado que a maioria das mulheres iniciava o pré-natal tardiamente, e, mesmo com boa cobertura de pré-natal havia falhas no sistema operacional, pois as gestantes encontravam dificuldades em agendar as consultas. Identificou-se ainda que o pré-natal não começava quando a gravidez era descoberta e sim quando a gestante conseguia agendar a consulta, o que ocorria geralmente no terceiro mês de gestação (SOLARIN; PRETO, 2013).

Nessa linha de pensamento, o presente estudo identificou que as gestantes adolescentes iniciavam o pré-natal tardiamente, no entanto, o motivo, na maioria das vezes, não era a dificuldade de acesso, mas sim o fato de elas esconderem a gravidez da família. Neste contexto, nas narrativas dos profissionais identifica-se que as gestantes adolescentes apresentaram características específicas com relação à

aceitação da gravidez, que refletiram diretamente no acompanhamento e monitoramento da gestação.

Muitas chegam aqui já com cinco, seis meses de gravidez, porque escondeu da família todo o tempo. A gente tem uma preocupação como profissional de como vai se desenrolar essa gestação. (PE9)

Muitas delas vêm relatar que estão com atraso menstrual, que pode já estar grávida, e quando vem a iniciar o pré-natal já inicia com 20 semanas, vinte poucas semanas, já no segundo trimestre, o que baixa a qualidade deste atendimento. (PM2)

Quando a gestante adolescente chega na unidade de saúde é porque a menstruação dela já não vêm há um, dois, três meses [...] tirando aquele mês que ela tentou esconder da família. Aí, quando ela se vê realmente apresentando sinais e sintomas de gravidez é que ela consegue enxergar a realidade, aí é que ela procura a unidade de saúde. (PE5)

Acredita-se que iniciar precocemente as atividades de educação em saúde na escola, abordando temas relacionados à sexualidade e dando ênfase à importância do acompanhamento pré-natal, caso elas fiquem grávidas, seja uma estratégia positiva na captação precoce das gestantes adolescentes.

Salienta-se que captar a gestante e iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação são estratégias que poderão elevar os índices de qualidade da assistência pré-natal, pois tais práticas permitirão que a equipe de saúde utilize os métodos diagnósticos e terapêuticos para a prevenção das possíveis complicações na gestação.

A adesão ao pré-natal é uma importante estratégia do PHPN para o alcance do cuidado humanizado e de qualidade, pois ela garante o acompanhamento da gestante nas diferentes etapas da gestação (BRASIL, 2012a).

Nessa lógica, pesquisa realizada em João Pessoa/PB identificou que a adesão ao pré-natal permanecia em torno de 40%, ou seja, estava abaixo das seis consultas preconizadas pelo PHPN (SILVA, EP et al., 2013). No estudo desenvolvido em Fortaleza/CE, os resultados foram mais alarmantes, pois das gestantes cadastradas nas unidades de saúde 7,6% realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal. Ao associar os níveis de adesão às consultas de pré-natal às consultas de puerpério, o número de mulheres que obteve seguimento caiu para 1% (ROCHA; SILVA, 2012).

Para os profissionais de saúde participantes da investigação de Rocha e Silva (2012), o baixo percentual de adesão às consultas poderia estar relacionado à incompreensão da adolescente sobre a importância de acompanhamento pré-natal e

ausência de estímulo dos profissionais de saúde durante o pré-natal para que a gestante retornasse à unidade de saúde para a consulta de revisão puerperal.

No presente estudo, a adesão ao pré-natal ainda se encontrava com percentuais abaixo do desejado. Observa-se, na fala do profissional PM2, que as gestantes faltavam às consultas e não compareciam aos grupos de gestantes para serem empoderadas sobre os cuidados relativos à gravidez, parto, puerpério e os cuidados com o recém-nascido.

A gente tem muitas faltas nas consultas das gestantes, porque muitas não olham o acompanhamento do pré-natal como uma necessidade, a maioria vem por obrigação [...] aqui também é difícil conseguir que as gestantes aceitem o trabalho preventivo, a gente sente uma dificuldade enorme de convencê-las a participar do grupo de gestantes. (PM2)

Acredita-se ser imprescindível que a equipe de saúde desenvolva estratégias voltadas para as verdadeiras prioridades das gestantes adolescentes, faz-se necessário também que a equipe trabalhe em conjunto a fim de sensibilizar a gestante da real importância do acompanhamento pré-natal. Ademais, lembrá-las que o cuidado pré-natal não se encerra com o parto, que é de igual importância a consulta puerperal e de puericultura, uma vez que o índice de complicações e mortalidade materna e neonatal neste período também é acentuado.

Entretanto, um estudo realizado com gestantes na Bahia apontou a pouca divulgação das atividades pelos profissionais de saúde e o desestímulo à participação por parte de familiares como fatores limitantes para a participação das mulheres no grupo de gestantes (SILVA et al., 2014).

Nesta categoria, percebeu-se que nas UBS do estudo existiam fragilidades no vértice das **estratégias** do Triângulo dos Serviços. A dificuldade de captar precocemente a gestante adolescente, o início tardio do pré-natal e a baixa adesão às consultas e aos grupos de gestantes foram considerados obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

5.3 Limitações dos Profissionais de Saúde para a Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente

Dentre as limitações elencadas pelos participantes da pesquisa nas atividades da atenção pré-natal, destacam-se a falta de capacitação dos

profissionais de saúde e a desvalorização do enfermeiro nas atividades deste programa.

Eu vim para cá fazer pré-natal como todo mundo, não tem nenhum treinamento, não tem nenhuma capacitação para tu começares o atendimento em si. No início eu contei com a ajuda de uma colega que já fazia pré-natal e nas primeiras consultas ela me ajudava. (PE15)

Quando eu entrei para a estratégia de saúde da família eu não recebi treinamento, no início eu patinei bastante. Imagina tu chegar e alguém te dizer: “A partir de hoje tu vai fazer pré-natal.”. Eu não tinha experiência, eu não sabia como conduzir uma consulta de pré-natal. (PE1)

O que eu aprendi de pré-natal, foi sozinha, procurando, lendo [...] ninguém veio me explicar, tu que tens que buscar, tu que tens que investir [...] a rede não se preocupa com isso, tu não vê chamar médico, enfermeiro, técnico para fazer uma reciclagem. (PE9)

Estes depoimentos evidenciam que os profissionais de saúde não receberam nenhuma capacitação para atuarem na assistência pré-natal quando ingressaram no serviço e tampouco nos anos subsequentes. Para que eles pudessem atender as gestantes foi necessário recorrerem à literatura existente e nas primeiras consultas contaram com o auxílio de outros profissionais que já estavam no serviço para orientá-los e auxiliá-los.

Em contrapartida, as narrativas dos participantes apontam que os profissionais ingressantes no serviço pelo Programa Mais Médicos recebem Especialização em Saúde da Família.

Eu estou fazendo uma especialização em saúde da família em que o tema é exatamente em cima da qualidade do nosso pré-natal. (PM2)

Ele é do programa Mais Médico [...] eles sempre recebem qualificação [...] o programa tem uma especialização em que eles atuam dentro da unidade. (PE1)

Eu estou gostando muito de receber esta qualificação, ainda mais que é em uma área que eu me identifico muito, que é a saúde da mulher. (PM7)

O Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal seja realizado por profissionais de saúde capacitados para um cuidado de qualidade, com enfoque na assistência integral à saúde da mulher (ROCHA; SILVA, 2012). No entanto, destaca-se neste estudo que esta recomendação não é seguida para todos os profissionais ingressantes no serviço.

Sob este enfoque, outros estudos apresentaram resultados divergentes acerca da capacitação dos profissionais. A pesquisa realizada em dez Centros de Saúde da Família de Fortaleza/CE destaca que, em sete destes Centros, os profissionais recebiam capacitação para a utilização das normas de assistência pré-

natal, e nos outros três Centros os profissionais participaram de cursos de formação continuada (GONDIM et al., 2011). Da mesma forma, em Cuiabá/MT, 95% dos enfermeiros e 34% dos médicos receberam capacitação para atuarem no pré-natal (ARANTES; ALVARES; MARCON, 2014) e 34% dos enfermeiros da zona leste de São Paulo/SP também realizaram cursos de atualização ou de longa duração (NARCHI, 2010).

A capacitação e a qualificação para o atendimento pré-natal eram almeçadas pelos profissionais de saúde entrevistados. Tal situação ficou evidenciada, quando verbalizaram que esperavam que a Secretaria de Saúde valorizasse as necessidades deles que atuavam na atenção primária à saúde e que proporcionasse projetos de educação continuada que minimizassem as lacunas no conhecimento, investindo principalmente nos pontos deficitários.

Nós, enquanto profissionais, precisamos estar sempre nos atualizando [...] as capacitações oferecidas pela Secretaria poderiam aumentar na quantidade, isso eu acho que ajudaria muito na qualidade do atendimento. (PM2)

Ouvir o profissional da ponta, quais são as necessidades desse profissional? O que ele pensa que seria o ideal? Eu acho que tentar buscar quais são os pontos de falha prioritários. E investir no que realmente é necessário para a qualificação. (PE5)

Eu acho que falta capacitação e comprometimento dos profissionais, eu acho que, se a Secretaria nos convocasse mais, nos chamasse mais[,] isso melhoraria. (PE10)

Esses relatos demonstram que os profissionais de saúde reconheciam a necessidade de participar de capacitações e educação continuada, pois os protocolos de atendimento frequentemente possuem reformulações e atualizações. No entanto, os participantes da pesquisa mencionaram que a Secretaria de Saúde do município não solicitava a participação deles na construção de projetos de educação em saúde com o intuito de minimizar as falhas no atendimento ou corrigi-las.

Seguindo nesta perspectiva, percebe-se que os participantes reconheciam que a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes por alguns profissionais de saúde nas UBS deste estudo não correspondia às expectativas da gestante adolescente e do proposto no PHPN. Esta qualidade deficitária na assistência pode estar relacionada à ausência de uma política municipal que oriente a capacitação dos profissionais para a atenção pré-natal e a academia que

apresenta fragilidades na qualificação dos profissionais de saúde para a realidade do SUS.

Eu acho que ainda tem muita coisa a ser melhorada, principalmente em termos de capacitação de pessoal. A gente sabe que ainda tem profissionais que não estão capacitados para fazer um pré-natal adequado, porque, no momento em que a gente entra na prefeitura, não recebe capacitação nenhuma, então é apenas aquela formação que tu tens. (PE4)

Eu acho que o pré-natal deveria ter profissionais mais qualificados, tu não tens um médico que coloque a paciente numa mesa ginecológica para fazer uma revisão puerperal de fundamento, de avaliar a involução do útero. Isso não existe, é feito o pré-câncer e pronto. (PE10)

As declarações de PE4 e PE10 evidenciam que não havia uma rotina de atendimento nas UBS do estudo, uma vez que os profissionais de saúde desenvolviam suas atividades na atenção pré-natal de acordo com os conhecimentos adquiridos durante a vida acadêmica. Tais conhecimentos, por vezes, não davam suporte necessário ao cuidado qualificado e humanizado.

Não havia integração de trabalho entre as equipes, embora houvesse, quando necessário, uma boa colaboração entre os profissionais, cada equipe tinha o seu processo de trabalho. (Nota de Observação nº8, 20/02/15)

A qualificação dos profissionais que atuam na assistência pré-natal é de suma importância para a efetivação do PHPN. Cabe aos gestores implementarem estratégias de educação em saúde que instrumentalizemos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica a desenvolverem não apenas habilidades técnicas, mas também para serem comprometidos e responsáveis pelo cuidado à gestante adolescente.

Nesse sentido, estudo realizado com profissionais de saúde da ESF de Londrina/PR demonstrou que existe um consenso quanto à necessidade da implantação de um serviço sistematizado com capacitação de todos os profissionais, reestruturação de recursos materiais e humanos e inserção de outros profissionais para integrar as ações de saúde de adolescentes (FERRARI; THONSON; MELCHIOR, 2008).

Outra limitação evidenciada pelos profissionais de saúde na assistência pré-natal foi a desvalorização do enfermeiro. De acordo com as recomendações das políticas do Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser realizado pelo profissional enfermeiro, sendo-lhe autorizada tanto a solicitação de exames quanto a

prescrição de medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde pública (BRASIL, 2012a).

No entanto, nas unidades deste estudo esta recomendação não era realizada pelos profissionais enfermeiros, que desempenhavam as rotinas do pré-natal com consultas, solicitação de exames, prescrição dos medicamentos básicos preconizados pelo PHPN, o registro no cartão da gestante, na ficha de pré-natal, no Sis prenatal e no prontuário da gestante. Porém lhes era negado o direito de responsabilizarem-se pelo seu trabalho. Os depoimentos evidenciam o quanto os enfermeiros sentiam-se desrespeitados e desvalorizados pela Secretaria de Saúde do município.

A gente faz tudo na consulta [...], mas não existe aqui no município um protocolo que ampare a enfermeira [...] então isso desvaloriza o nosso trabalho. (PE6)

É um absurdo nos dias de hoje que o enfermeiro, sendo amparado legalmente para fazer o pré-natal de baixo risco, não possa solicitar os exames, não possa prescrever o sulfato ferroso e o ácido fólico para a gestante na rotina profilática. (PE9)

Analisando as narrativas percebe-se que esta limitação, além de desvalorizar o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, muitas vezes tornava-se um episódio constrangedor. Neste pensar, o enfermeiro, ao desempenhar seu trabalho, precisava solicitar ao médico que assinasse as prescrições e solicitações de exames realizadas por ele.

Isso é inadmissível, porque és tu que fazes e vai a assinatura e o carimbo de outro profissional [...] é desconfortável para o profissional que tem que carimbar o que tu fez e é extremamente desconfortável para nós, que fazemos um serviço que na verdade não é reconhecido. (PE9)

A maior dificuldade que eu encontro aqui é fazer a consulta, fazer a solicitação dos exames, fazer a prescrição e ter que parar tudo para ir atrás do médico para ele assinar e carimbar aquilo que foi tu que fizeste. (PE10)

Seguindo nesta linha de pensamento, percebe-se que em alguns casos esta situação torna-se ainda mais complicada. Como no município existe uma rotatividade de médicos na ESF, no período entre a saída de um e a chegada de outro médico, a equipe fica desamparada deste profissional. Nesta situação os enfermeiros assumem as atividades e precisam recorrer às outras equipes para conseguir assinaturas e carimbos dos profissionais médicos. Além da infração dos aspectos éticos legais do pré-natal, tal situação gera constrangimento do profissional frente à gestante, aos colegas da mesma profissão e de outras áreas afins.

Eu estou sem médico, então eu faço todas as coisas e aí, na hora de assinar, eu tenho que sair atrás de um médico de outra equipe para assinar as requisições. Isso é bem chato, tu teres de contar com a boa vontade dos outros médicos, enquanto isso a gestante fica lá esperando. (PE13)

Teve um caso em que eu fiz todo o encaminhamento para a maternidade, aí eu pedi para o profissional carimbar e ele disse: “Não, rasga isso aí.” [...] eu chamei a paciente e disse: fulana eu fiquei aqui meia hora te convencendo a ir à maternidade porque eu achei que tu deverias ir, mas eu não sou o médico, eu vim aqui, conversei com o profissional e ele acha que tu não deves ir, por isso estou falando aqui na frente dele [...], mesmo assim ela foi e acabou ganhando o bebê. (PE11)

Os enfermeiros das UBS, embora ressentidos com a situação constrangedora que lhes é imposta, continuam cumprindo o seu papel dentro da ESF no cuidado pré-natal à gestante adolescente. (Nota de Observação nº 23, 27/04/15)

No estudo realizado em Fortaleza/CE, os enfermeiros enfrentavam semelhantes dificuldades com relação à solicitação de exames e existia um acordo entre a maioria das equipes de o enfermeiro solicitar os exames e prescrever as medicações e o médico assinar e carimbar as receitas. Os enfermeiros tinham conhecimento de que o que estavam fazendo não era o procedimento correto, mas referiam estar pensando na agilidade do atendimento (GUERREIRO et al., 2012).

Já, em São Paulo/SP, desde 2007 existe um protocolo de atenção à saúde da mulher que garante aos enfermeiros o direito de desenvolverem suas atividades nas mais diversas situações, entre elas o pré-natal, e de se responsabilizarem por ele (NARCHI, 2010).

Enfatiza-se que o Ministério da Saúde e a Lei do Exercício Profissional, por intermédio do Decreto nº 94.406/87, garantem ao profissional enfermeiro o direito a acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde. Dentre as suas atribuições, está a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos padronizados para o programa de pré-natal, como o sulfato ferroso, o ácido fólico e os medicamentos para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a).

Ao aproximar esta discussão da nossa realidade, destaca-se que Rio Grande/RS, município vizinho a Pelotas, mesmo ainda não se encontrando no modelo de gestão plena da saúde, possui um protocolo de atenção à saúde da mulher desde 2007, o qual habilita o profissional enfermeiro a desempenhar inteiramente as atividades de pré-natal (RIO GRANDE, 2007).

Diante dessa premissa, é inaceitável que os enfermeiros da atenção básica do município do estudo, mesmo amparados legalmente para exercerem suas atividades na atenção pré-natal, permanecem submetidos a esta condição de desvalorização. Para que esta situação se regularize, seria necessário que a gestão de saúde (*sistema*) reavaliasse e legitimasse os protocolos do Ministério da Saúde no que diz respeito às atribuições dos profissionais de saúde na rede de atenção básica do município.

Os achados desta categoria identificaram limitações no vértice do Triângulo dos Serviços no que se refere às **pessoas**. A falta de capacitação dos profissionais de saúde por meio de educação continuada e a desvalorização do enfermeiro nas atividades do programa são fatores que se consideram ameaçadores à qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente.

Para que se alcance a qualidade nos serviços de atenção pré-natal é necessário valorizar os profissionais da atenção básica, fornecendo os subsídios necessários para que eles possam acompanhar a gestante adolescente durante toda a gestação com um pré-natal de qualidade.

6 Considerações Finais

Este estudo teve como tema de investigação a reflexão acerca do que nos distancia de alcançar a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, embora haja uma política de saúde direcionada para a humanização do pré-natal e nascimento há mais de uma década.

Tendo em vista as recomendações do PHPN, foi traçado, como objetivo central deste estudo: avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal que está sendo ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS. Para atingir este objetivo utilizou-se o referencial teórico da qualidade centrado no Triângulo dos Serviços de Albrecht, o qual consta de três elementos importantes: o sistema, as estratégias, e as pessoas; assim os serviços de saúde necessitam estar organizados e preparados para acolher a gestante adolescente, fornecendo a estrutura e os subsídios necessários para que os profissionais de saúde possam acompanhá-la durante toda a gestação com um pré-natal de qualidade.

Embora tenha sido pouco utilizado pelos pesquisadores na avaliação da qualidade dos serviços em instituições de saúde, o Triângulo dos Serviços foi congruente com a proposta deste estudo, pois permitiu a avaliação não somente da conduta dos profissionais, mas também possibilitou conhecer a estrutura do sistema e as estratégias de serviços realizadas para a gestante adolescente. Além destes aspectos o referencial apresentou consonância com as práticas de cuidado desenvolvidas na enfermagem.

A oportunidade de avaliar essa realidade, a partir dos participantes do estudo, mostrou que a **tese de que a qualidade na atenção pré-natal da gestante adolescente é influenciada por inúmeros obstáculos relacionados ao sistema, às estratégias e às pessoas na rede de atenção à saúde** foi confirmada.

No entanto, nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas pôde-se perceber que existiam obstáculos para atingir a qualidade da atenção pré-natal, uma vez que os três elementos do Triângulo dos Serviços (sistema, estratégias e pessoas) não estavam integrados e articulados.

Ao considerar o sistema visualizou-se que existiam inadequações na estrutura física: faltavam materiais específicos para a consulta de pré-natal e os espaços destinados às consultas eram insuficientes para atender as demandas da unidade, este fator limitava o atendimento das equipes de ESF e ao mesmo tempo não contemplava as intercorrências decorrentes da gravidez; igualmente não havia um espaço destinado às atividades de educação em saúde, estas eram realizadas na sala de espera, na sala dos agentes de saúde e até mesmo fora da UBS; havia ausência de espaços reservados e acolhedores nas UBS, comprometendo a adesão das gestantes adolescentes nas consultas e aos grupos de gestantes e, conseqüentemente, contribuindo para a diminuição da qualidade da atenção pré-natal.

Além desses aspectos, medicamentos básicos de uso rotineiro recomendados pelo PHPN a serem utilizados durante o pré-natal, como: o sulfato ferroso, ácido fólico e medicamentos para o tratamento das intercorrências do ciclo gravídico puerperal, estavam faltando nas UBS pesquisadas.

Havia inoperância e morosidade na marcação e realização dos exames, os serviços de apoio não priorizavam os exames das gestantes, que chegavam a levar meses para serem realizados. O sistema de referência encontrava-se desarticulado, e inexistia o sistema de contrarreferência, além da demora para encaminhamento da gestante aos serviços especializados. Os profissionais da atenção básica não recebiam o retorno do serviço ao qual a gestante fora encaminhada, as informações sobre o tratamento eram repassadas pelas gestantes ou seus familiares.

As diretrizes da Rede Cegonha têm como prioridade assegurar às mulheres uma rede de cuidados fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, garantindo um pré-natal de qualidade com desfecho seguro para a mãe e seu filho. No entanto, neste estudo o acolhimento da gestante adolescente nas maternidades era deficitário, não havia uma maternidade de referência e tampouco a visita para a criação do vínculo da gestante com a maternidade. Também não era garantido o transporte seguro nas intercorrências e muitas vezes na hora do parto as gestantes ficavam peregrinando de hospital em hospital em busca de atendimento. Tais resultados nos induzem a relativizar que a Rede Cegonha não se encontrava instalada no município.

O serviço de pré-natal nas UBS do estudo era burocratizado, os profissionais de saúde utilizavam parte do tempo da consulta preenchendo documentos que, muitas vezes, somente duplicavam informações, ao passo que o cuidado à gestante ficava comprometido em função do tempo.

Estes entraves nos levam a crer que nas UBS pesquisadas o sistema de saúde não se encontrava estruturado e organizado para garantir de forma eficiente a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde. Visto sob este aspecto torna-se imprescindível que o sistema de saúde cumpra seu papel dentro do PHPN, disponibilizando a estrutura adequada e os subsídios necessários para que os profissionais possam realizar um pré-natal de qualidade para as gestantes adolescentes.

Em relação às estratégias detectaram-se dificuldades na captação precoce, as gestantes adolescentes das UBS do estudo apresentavam características específicas. Geralmente só procuravam a UBS quando os sintomas de gravidez já se encontram instalados, o que ocorria em torno do segundo trimestre de gestação. Em consequência desses aspectos, as gestantes adolescentes iniciavam o pré-natal tardiamente, o que inviabilizava, muitas vezes, a detecção de intercorrências precocemente.

Outro aspecto que merece ser destacado é a baixa participação às consultas e grupos de gestantes. A gestante adolescente faltava às consultas porque apresentava dificuldade de entendimento no que diz respeito à importância do acompanhamento pré-natal. No entanto, constatou-se que, apesar de as gestantes adolescentes começarem o pré-natal tardiamente, eram elas que mais procuravam a UBS para sanar dúvidas e quem mais participava dos grupos de gestantes.

Acredita-se que, para superar as fragilidades apontadas acima, seja necessário esforço conjunto entre a gestão de saúde do município, a equipe de saúde e as gestantes adolescentes, para traçarem estratégias que atendam às expectativas e às necessidades das gestantes adolescentes e assim legitimem o PHPN, buscando não só minimizar as fragilidades, mas também consolidar os pontos positivos.

No que tange às pessoas, os profissionais de saúde não recebiam capacitação para atuarem na ESF ao ingressarem no serviço de atenção básica do município, e a experiência na saúde coletiva limitava-se à vida acadêmica. Desse

modo, para minimizar esta limitação os profissionais contavam com o auxílio dos mais experientes da unidade e lançavam mão da literatura disponível. Em contrapartida, os profissionais que ingressaram no serviço pelo Programa Mais Médicos estavam recebendo uma Especialização em Saúde da Família.

Ainda com relação às pessoas, no município não existia um protocolo de atendimento ao pré-natal que garantisse ao enfermeiro o desenvolvimento de suas atribuições dentro do programa de pré-natal de baixo risco. Esta situação gerava desconforto e mal-estar entre os profissionais, uma vez que o enfermeiro desenvolvia suas atividades, mas não lhe era permitido assinar por elas, ao mesmo tempo em que o médico tinha que responsabilizar-se pelas atividades executadas pelo enfermeiro.

Estas limitações refletiram diretamente na qualidade da atenção pré-natal às gestantes adolescentes, portanto, torna-se imprescindível que a gestão disponibilize aos profissionais recursos necessários para o acompanhamento gestacional ser realizado com um pré-natal de qualidade. Além deste aspecto, é indispensável que a Secretaria de Saúde do município promova espaços de discussão para avaliação de protocolos de atenção à saúde e assim consolide um protocolo de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Também é necessária uma ampla discussão com a gestão a respeito das atribuições do enfermeiro dentro do SUS e no contexto da Estratégia de Saúde da Família, para que estes profissionais desempenhem suas atividades com autonomia.

Destaca-se que no município do estudo ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar a melhoria da qualidade da atenção pré-natal que o Ministério da Saúde almeja, pois os três elementos do triângulo que deveriam garantir a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, além de estarem desarticulados, encontravam-se desorganizados e desestruturados.

Acredita-se que os achados deste estudo possam oferecer uma avaliação na perspectiva dos profissionais de saúde, sobre a qualidade da atenção pré-natal que está sendo desenvolvida pelo sistema público de saúde do município.

Espera-se que estes resultados ofereçam subsídios para que a gestão municipal possa avaliar a qualidade da atenção pré-natal oferecida à gestante adolescente nos serviços e dessa maneira direcionar a formulação de estratégias

que possibilitem a melhoria na qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente.

No que tange à qualidade da atenção pré-natal dispensada à gestante adolescente, o **pressuposto** deste estudo de que *a atenção pré-natal prestada à gestante adolescente não cumpre seu papel no cuidado humanizado e de qualidade* foi **confirmado**. Este resultado reforça a proposta de reflexão sobre a lacuna que existe entre o PHPN e as práticas de cuidado pré-natal que estavam sendo proporcionadas às gestantes adolescentes nas unidades básicas de saúde do município.

O presente estudo teve como limitação ser efetivado em três unidades básicas de saúde, portanto não poderá ser generalizado como avaliação da qualidade da atenção pré-natal ofertada às gestantes adolescentes do município.

Assim, não se tem a pretensão de julgar esgotada esta temática, ao contrário os resultados pontuados poderão ser úteis para aprofundar e instigar novas investigações, bem como reflexões sobre a construção de uma proposta de trabalho que venha (re) organizar os serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas dos profissionais de saúde e das gestantes adolescentes.

Ao finalizar este estudo e baseando-se no Triângulo de Albrecht e seus vértices apontam-se como sugestões para a **qualificação da atenção pré-natal às gestantes adolescentes: O sistema– de saúde** realizar adequações na estrutura física das UBS levando em consideração a demanda do serviço; evitar a falta de medicamentos essenciais para uso na gestação, organizando cronograma de licitações para compra dos mesmos; aperfeiçoar o acesso à rede de atenção à saúde a nível secundário a fim de que as gestantes realizem exames e obtenham os resultados em tempo hábil; fortalecer o sistema de referência e contrarreferência para que ocorra a adequada atenção à gestante adolescente; – **de educação** (nível fundamental) proporcione oficinas de capacitação e educação permanente para instrumentalizar os professores a realizarem atividades com adolescentes na prevenção das vulnerabilidades nesta etapa da vida; (nível superior) as unidades acadêmicas realizem atividades de avaliação curricular para adequar a formação dos profissionais de saúde a fim de atender as demandas da realidade do SUS; **nas estratégias** seja implantado protocolo de atenção à saúde da mulher sistematizando o prontuário eletrônico em rede; sejam realizadas atividades de prevenção das

vulnerabilidades da adolescência nas escolas; que **as pessoas:** (profissionais de saúde) recebam capacitação e educação permanente para atuarem na ESF desenvolvendo uma atenção no pré-natal com qualidade; assim como (professores da academia) organizem os currículos na implementação da qualificação dos profissionais de saúde para a realidade do SUS.

Referências¹⁰

ALBRECHT, Karl. **A única coisa que importa**: trazendo o poder do cliente para o centro de sua empresa. Tradução Nivaldo Montingelli Jr. 6.ed. São Paulo: Pioneira, 1999. 222 p.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos Serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. Tradução Antonio Zoratto Sanvicente. 6. reimpr da 1.ed. de 1992. São Paulo: Pioneira, 2002. 254 p.

ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. **Serviço ao cliente**: a reinvenção da gestão do atendimento ao cliente. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2002. 342 p.

ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo. **A Enfermeira no Contexto da Educação Sexual dos Adolescentes e o Olhar da Família**. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

ALMEIDA, I. S.; RODRIGUES, D. ;SIMÕES, S. M. F. O adolescer...um vir a ser. **Rev.Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 24-28, 2007.

ALVES, J.E.D.; CORREA, S. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil**: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: ABEP, Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo, ABEP/UNFPA, Campinas, 2009. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo15/Cairo15_3alvescorrea.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2014.

AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.; ARAUJO, M.J. et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L; et al.(Org.) **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006. p. 309-360.

ARANTES, R.B.; ALVARES. A.S.; PAULA, A.C.; et al.Assistência pré-natal na estratégia saúde da família.**CiencCuidSaude**. V.13, n.2, p.245-254, abr./jun. 2014.

¹⁰UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Vice-Reitoria. Coordenação de Bibliotecas. **Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos**. Pelotas, 2013. Revisão técnica de Aline Herbstrith Batista, Carmen Lúcia Lobo Giusti e Elionara Giovana Rech. Disponível em:<<http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

ARAÚJO, E.C. **Gravidez na adolescência**: uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas ao exercício da sexualidade da adolescência. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/gravidez-na-adolescencia-uma-das-ocorrencias-mais-preocupantes-relacionadas-ao-exercicio-da-sexualidade-da-adolescencia-1346198.html>>. Acesso em: 07abr. 2013.

BARBOSA, Leonar Tiago. **Fatores que afetam a satisfação de pacientes em serviços de saúde: um estudo em setor ambulatorial de hospital**. 2004. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2004.

BARROS, Sonia Maria Oliveira (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – Guia para a Prática Assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, n. 38, p. 479-487, 2004.

BERGAMASCHI, S.F.F.; PRAÇA, N.S. Vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **RevEscEnferm – USP**, São Paulo, v. 42, n.3, p. 454-460, 2008.

BLOSSIERS, C. *Interacción entre el personal de salud y las jóvene Embarazadas durante el control prenatal: Um estudio cualitativo*. **Rev Peru MedExpSalud Publica**. v. 27, n.3, p. 337-44, 2010.

BOUZAS, I. ; MIRANDA, A.T. Gravidez na Adolescência. **Rev Adolescência & Saúde**. v. 1, n.1, p. 27-30, mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. **Programa de Assistência Integral de Saúde à Mulher**- bases programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, p.17-21. mar. 1986.

_____. **Decreto 94.406**, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. 1987.

_____. Constituição Federal, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. p. 13563.1990.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 19 set. 1990 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): MS; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**/ Ministério da saúde, Secretaria executiva. Brasília. Ministério da Saúde. 2001 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento** / Ministério da saúde, Secretaria executiva - Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e**

saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 56p. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 242 p. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: 2010a. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_saude_brasil_web.pdf>. Acesso em :jun 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília:Seção 1,27 Jun.2011a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012a.

_____. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 29 jul.2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1.ed. 1.reimp. Brasília. Ministério da saúde, 2013.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro nacional de Estabelecimentos de saúde**. DATASUS. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes_Unidades.asp?VMun=431440&VCompetencia=201405|22/05/2014>. Acesso em: 23 de mai. 2014.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013.

CAMASMIE, Ana Tereza. **Narrativas de Histórias Pessoais: um caminho de compreensão de si mesmo à luz do pensamento de Hannah Arendt**. 2007. 115p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2007.

CARVALHO V.C.P.; ARAÚJO T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Pernambuco, v.7, n.3, p. 309-317, 2007.

CASTRO, M.E.; MOURA, M.A.V.; SILVA, L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. Rene**.v.11, n. esp., p. 72-81, 2010.

CAVALCANTI, P.C.S; GURGEL JUNIOR, G.D; VASCONCELOS, A.L.R.; et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S.S.; DEI SCHIRÓ, E.D.B. et al. Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, jan./mar. 2010.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P. et al.. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 177-186, 2007.

COELHO, C.C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, E.B.S.; CALVO, M.C.M.; COELHO, C.C. (Org.). **Saúde da Mulher: um desafio em construção** Florianópolis, UFSC, 2006.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº. 311/2007**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, 08 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7263§ionID=34>>. Acesso em: 20 out. 2010.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; LAMMERS, C. *Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross sectional Study*. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 192, n. 2, p. 342-349, fev. 2005.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.14, n. 4, p.1073-1083, 2009.

COSTA, C.S.C.; VILA, V.S.C.; RODRIGUES, F.M. et al.. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.15, n.2, p. 516-522, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

COYNE, C.A; D'ONOFRIO, B.M. *Some (but not much) progress toward understanding teenage childbearing: a review of research from the past decade*. **Adv Child Dev Behav**. n. 42, p.113-152, 2012.

CORSO, Roberto. Satisfação de Clientes em um Posto De Serviços: um Estudo na Serra Gaúcha. 2004. 111f. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v.20, n.45, p.123-131, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em: 14 de maio 2013.

DONABEDIAN, A. *The quality of care: how can it be assessed?* **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sept. 1988.

DUARTE, S.J.H; ANDRADE, S.M.O. O Significado do Pré-natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

DUGGAN,R.; ADEJUMO,S. *Adolescent clients' perceptions of maternity care in KwaZulu-Natal, South Africa.* **Women Birth.Jornal da Australian College.**v.25, n.4, p. 62-7, Dec. 2012.

DUNN, P.M. *Adolphe Pinard (1844-1934) of Paris and intrauterine paediatric care.* **Arch Dis Child Fetal Neonatal.** v. 91, n.3, p. 231-232, maio 2006.

FERRARI, R. A. P., THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interfacecomun. Saúde educ.** v. 12, n. 25, p. 387- 400, abr.-jun. 2008.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FREITAS, G.L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. v.11, n. 2, p. 424 – 428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

FIOCRUZ. Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. Indicadores de atenção preventiva. Ind030204 - **Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe.** Rio de Janeiro: 2012. Disponível em:<<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind30204-20120130.pdf>>.Acesso em: 15 de fev. 2014.

GALLETA, Marco Aurélio. **Como surgiu o pré-natal?** Obstetrícia out. 2000. Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br/palavra%20dos%20especialistas/obst-10-00htm>>. Acesso em: 20 de mar. 2014.

GIGANTE, D.P.; BARROS, F.C.; VELEDA, R.; et al. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl.2, p. 42-50, 2008.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.216 p.

GIONESI, Irineu.; CORRÊA, Luiz Henrique. **Administração estratégica de serviços**. São Paulo. Atlas, 1994. 233p.

GONDIM, A.P.S.; MARTINS, C.H.F.M.; LIMA, M.B.; et al. Análise estrutural da atenção pré-natal e do serviço de farmácia em uma região do município de Fortaleza – CE. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2011; 24(4): 296-305.

GONÇALVES, R.C.; FALEIRO, J.H; MALAFAIA, G. Educação Sexual no Contexto Familiar e Escolar: Impasses e Desafios. **HOLOS**, v. 29, n. 5, p. 251- 263, 2013.

GOSS, K.P. Trajetórias militantes: análise de entrevistas narrativas com professores e integrantes do Movimento Negro. In: Wivian Weller, Nicolle Pfaff (Org.) **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 223-238.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing gerenciamento e serviços**. 6 ed. Rio de Janeiro. Campos, 1993.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME rev. min. Enferm**, v.16, n.3, p. 315-323, jul.-set. 2012.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; VIEIRA, N.F.C.; et al. Gravidez na Adolescência: Tendência na Produção Científica de Enfermagem. **Revista Enferm. Esc Anna Nery**, v.12, n. 4, p. 799-805, dez. 2008.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E.M.L; BOZON, M.; et al.(org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006. 536p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <WWW.censo.2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 17 jul. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Brasil e Síntese de Indicadores 2013**. Disponível em: <WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia/imprensa/ppts/00000018883109232014310415410583.pdf>. Acesso em: 27 set. 2014.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: Martin W. Bauer, George Gaskell (Org.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11.ed. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes. 2013. p. 90-113.

JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI NETO, José. **Business e Tecnologia**. Autores e Conceitos Imprescindíveis. Ed. 1. Editora Publifolha. 2001. 192 p.

JUNQUEIRA, V. Controle social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão. In: _____. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo. Páginas & Letras Editora e Gráfica. 2008. p.155-163.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, sup.1, p. 1533-1541, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>> Acesso em: 14 mai. 2013.

LEVANDOWSKI, D. C., PICCININI, C. A., LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.25, p. 251-263, 2008.

LIMA, C.T.B.; FELICIANO, K.V.O.; CARVALHO, M. F.S.; et al. Percepções e práticas de adolescentes. **Rev. Bras. Matern. Infant.** Recife, v.4, n. 1, p. 71-83, jan./mar. 2004.

MAGALHÃES, R. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. **Rev. Adolescência & Saúde**. v. 4, n.1, p. 23-32, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 315p.

MARTINELLI, K.G; SANTOS NETO, E.T.; GAMA, S.G.N.; et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, L.M.P.; ARANTES, L.S. Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município Dourados-MG/Brasil. **Rev. Nursing**. São Paulo, v. 13,n. 152, p. 39-47, jan. 2011.

MAYRING, Ph. *Qualitative inhaltsanalyse*. *Forun Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [online] v.1, n.2, 2000. Disponível em: <http://qualitative-research.net/fqs-teste/2-00/2-00_mayring-d.htm>. Acesso em: 23 mai. 2015.

_____. **Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken**. BeltzVerlag, Weinheim 1983, 11.ed. Auflage, Beltz, UTB, Weinheim. 2010. 144p.

MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciências e Saúde coletiva**. v.16, n. 5, p. 2549-2558, maio 2011.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENESES, C. R. A. **Gravidez na adolescência: sempre indesejada?** 2008.126f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; SCOCHI, C. G. S.; et al. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto Contexto-Enferm.** [online]. v.18, n. 4, p. 773-80, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/20.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

MONTEIRO, Rita Fernanda Corrêa. **Atenção ao pré-natal na adolescência**. 2011. 92f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2011.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M.V.O.; et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a Descoberta da Gravidez. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.4, n. 2, p. 312-320, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 20 mar.2014.

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo. **RevEscEnferm USP**. v. 44, n. 2, p. 266-273. 2010.

NASCIMENTO, M.G.; XAVIER, P.F.; SÁ, S.M. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saude**.v. 8, n. 4, p. 41-47. 2011.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24, n.8, p.1859-1868. 2008.

OLIVEIRA, Flávia Seles. **Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo**. 2012. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

OLIVEIRA, E.M.S.; PINTO, S.M.S.; OLIVEIRA, S.G.S.; et al.. A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado à adolescentes no ciclo gravídico-puerperal. **Adolesc Saude**. v. 6, n. 2, p.13-18, 2009.

OLIVEIRA, R.L.A.; FONSECA, C.R.B.; CARVALHAES, M.A.B.L.;et al. *Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care*.**Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. mar.-abr. 2013 21(2):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013**. Nova Iorque. Versão portuguesa publicada por UNRIC. [Internet]; 2013. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/mdg/MDG-PT-2013.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

OSIS, M.J.M.D.Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PADILHA, M. A. S; HYPÓLITO, A.M; SOARES, M.C; et al.As representações sociais das mães adolescentes acerca da educação.Ciênc. Enferm. [online]. v.20, n.3, p. 33-42, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300004&lang=pt>. Acesso em: 12 dez.2014.

PAIM, J.A. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In:_____. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008.p.547-573.

PANTOJA, A.L.N. Análise Socio-Antropológica da Gravidez/Maternidade na Adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 335-343, 2003.

PANTOJA, F.C; BUCHER, J.S.N.F; QUEIROZ, C.H. Adolescentes Grávidas: Vivências de uma Nova Realidade. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 27, n. 3, p. 510-521, 2007.

PAULUS, J.A; CORDONI J.L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006.

PEIXOTO, C.R; FREITAS, L.V.; TELES, L.M.R.; et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr/jun. 2011.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; VALSECCHI, E. A. S. S.O vivenciar da gravidez na adolescência. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002.

PELOTAS. **Plano Municipal de Saúde 2003-2004**. Prefeitura Municipal de Pelotas (RS); Secretaria Municipal de Saúde – Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

_____. Prefeitura Municipal de Pelotas. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009**. 2007 <<http://www.pelotas.com.br/bancodedados/>> Acesso em 24 de fevereiro de 2014.

_____. Portal da Prefeitura Municipal de Pelotas. **Dados Gerais**. 2014. <www.pelotas.rs.gov.br/cidade/dados-gerais.php> Acesso em 24 de fevereiro de 2014.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Cepsc / IMS / Uerj / **Abrasco**. 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

RASIA, I.C.R.B; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**[online]. v.8, n. 4, p. 401-410, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/05.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

RIO GRANDE. Prefeitura de Rio Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher. Rio Grande. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública. Política de Humanização da Assistência à Saúde. HumanizaSaúde. Manual da Humanização. 2005. Disponível em:<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>. Acesso em: 16 de jul. 2014.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciências e Saúde coletiva**. v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v.8, n.6, p.96-101, Nov./ dez. 2000.

ROCHA, L.C.; MINERVINO, C.A. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. **Rev.Pediatrica Moderna**. V. 44, n. 6, dez. 2008.

ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C.Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza. **RevBrasPromoç Saúde**. v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

RODRIGUES, R.M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**. Revista do Hospital da Criança Maria Pia. v. 19, n. 3, pp. 201, 2010.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SABROZA, A.R.;LEAL,M.C.; GAMA, S.G. N.; et al. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil- 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**. n.1, p.111-120. 2004.

SANTOS, K. A. Gravidez na adolescência contextualizada: intenções reprodutivas compreensão em uma favela brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 28, n. 4, abr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 jun. 2014.

SANTOS, D.R.; MARASCHIN. M.S.; CALDEIRA, S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. **Rev.CiencCuid Saúde**. v. 6, n.4, p.479-485, 2007.

SANTOS, M.A.S.,; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M.R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciências e saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, mar. 2012.

SARTI, T.D.; CAMPOS, C.E.A; ZANDONADE, E.; et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

SEIBERT, S.L.; GOMES, M.L.; VARGENS, O.M.C. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm.** v. 12, n.4, p. 758-64. dez. 2008.

SERRUYA SJ, LAGO TDG, CECATTI JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **RevBras Saúde MaternInfant**.v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVA, Arivalda Bezerra. **Fatores da satisfação, fidelidade e recomendação em serviços de saúde: estudo em setor ambulatorial de hospital**. 2007. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN. 2007.

SILVA E.P.; LIMA, R.T.; FERREIRA, N.L.S; et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37 jan. / mar. 2013.

SILVA, Renata Cunha. **Operacionalização da política de atenção ao parto humanizado em adolescentes**. 2011. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2011.

SILVA, R.C., SOARES, M.C., JARDIM, V.M.R.; et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-36, Jul./Set. 2013.

SIMON, Adrino Luis Heck. **A dinâmica de uso da terra e sua interferência na morfohidrografia da bacia do Arroio Santa Bárbara - Pelotas (RS)**. 2007. 185f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Rio Claro: Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista. 2007.

SIMÕES, A.L.A.; RODRIGUES, F.R.; TAVARES, D.M.S.; et al. A Humanização na Saúde: enfoque na atenção primária. **Texto e Contexto enferm**, Florianópolis. Jul/set. v.16, n. 3, p. 439- 444, 2007.

SOLARIN, I., PRETO, V. *They Told Me to Come Back”: Women’s Antenatal Care Booking Experience in Inner-City Johannesburg*. **MaternChild Health J.** v.17, n.2 p. 359-367, fev. 2013.

SOUZA, I. F. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Adolesc. Latinoam**.v. 3, n. 2, nov. 2002.

SOUZA, Tamara Oliveira. **Medição da satisfação e fidelidade do cliente: um estudo com pacientes de clínica particular**. 2004.107f. Dissertação (Mestrado em Ciências) programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2004.

SOUZA, M.L.; BURGARDT, D.; FERREIRA, L.A.P.; et al. Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **RevEscEnferm**. v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010.

SOUZA, Aspasia Basília Gesteira. **Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido**. Aspásia Basile Gesteira de Souza(Org.) São Paulo: Martinari, 2011. 230p

SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. Construção Social da demanda em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.

STRUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Situação da População Mundial 2013. **Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unfpa/swp_2013.pdf>. Acesso em: 12 de out.2014.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011.182p.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância - Adolescência uma fase de oportunidades**. 2011a. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L.T. ; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde de adolescentes sem pré-natal e puerpério. **Esc. Anna Nery** [online]. v.16, n. 2, p. 312-319, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/15.pdf>>. Acesso em 18 ago.2014.

XIMENES NETO, F.R.G.; DIAS, M.S.A.; ROCHA, J. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 60, n.3, p. 279-285, 2007.

XIMENES NETO, F.R.G.; MARQUES, M.S.; ROCHA, J. Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. **Rev. Enfermeria Global**. n.12, fev. 2008.

XIMENES NETO, F.R.G.; LEITE, J.L.; FULY, P.S.C, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev.BrasEnferm.** Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.

YAZAKI, L. M. Maternidades sucessivas em adolescentes no Estado de São Paulo. **Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. 2008. Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1170.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

WHO.World Health Organization.**HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HVI**.2013. Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitzteram/10665/95119/1/WHO HIV 2013.126_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitzteram/10665/95119/1/WHO_HIV_2013.126_eng.pdf?ua=1)> Acesso em: 06 jun. 2014.

Apêndices

Apêndice A

Artigo de Revisão

Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente: revisão integrativa

Quality of prenatal care to pregnant adolescent: integrative review

Calidad de la atención prenatal a la adolescente embarazada: revisión integradora

Renata Cunha da Silva. Enfermeira. Mestre. Doutoranda. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: renatacunhabebe@gmail.com

Sonia Maria KönzgenMeincke. Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: meinckesmk@gmail.com

Resumo

Pesquisas que avaliam a atenção dispensada à gestante adolescente vêm se tornando relevantes para que os serviços de saúde estejam organizados e preparados, fornecendo subsídios para que os profissionais de saúde desenvolvam um pré-natal de qualidade. O objetivo desta revisão integrativa foi identificar a produção científica sobre a qualidade do pré-natal às gestantes adolescentes. A amostra foi constituída por 19 publicações. Os resultados evidenciaram que há muitos percalços a serem contornados para que a atenção pré-natal seja qualificada, como a desvinculação do modelo biomédico, a implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o engajamento dos profissionais de saúde em ações que qualifiquem o cuidado pré-natal.

Descritores: Cuidado Pré-natal; Gravidez na Adolescência; Profissional da Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal se constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências do

ciclo gravídico puerperal, bem como oferecer informações sobre a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido⁽¹⁾.

Embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal, ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, à falta de vínculo entre pré-natal e parto, às taxas de mortalidade materna e perinatal, assim como à falta de informação e orientações às gestantes⁽²⁾.

O cuidado humanizado e a qualidade da atenção no que diz respeito à atenção obstétrica e neonatal é um tema de crescente interesse por parte de pesquisadores na última década, entretanto esta forma de cuidado ainda encontra grandes obstáculos⁽³⁾. Percebe-se que a atenção pré-natal é o primeiro passo para uma assistência humanizada e de qualidade, sendo considerada o início de todo o processo de nascer saudável. Esta assistência abrange um conjunto de ações e cuidados que, se utilizados adequadamente, previnem as complicações e diminuem os riscos, permitindo que mãe e filho vivenciem a gestação, o parto e o puerpério com segurança e tranquilidade.

Concernente à gravidez na adolescência, esta necessita de uma assistência pré-natal diferenciada, uma vez que corresponde à mulheres em fase de transição e novos aprendizados. Dessa maneira, é importante que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que estão em contato constante com a comunidade, estejam atentos a esta parcela da população⁽⁴⁾.

A atenção humanizada no pré-natal de adolescentes depende do fornecimento dos recursos necessários, da organização dos procedimentos, evitando-se intervenções desnecessárias e garantindo-se privacidade e autonomia para a adolescente e sua família frente às decisões sobre as condutas a serem seguidas⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, torna-se relevante que os serviços de saúde estejam organizados e preparados para acolher gestantes adolescentes, fornecendo subsídios para que os profissionais de saúde possam acompanhá-las em um pré-natal de qualidade. Ademais, que sejam fornecidas informações sobre o momento do parto, para que a adolescente possa vivenciar este evento com segurança.

Diante do exposto, a questão norteadora que embasou esta revisão integrativa da literatura foi “Qual a produção científica acerca da qualidade da

atenção pré-natal dispensada às gestantes adolescentes?”. Portanto, objetiva-se identificar a produção científica sobre a qualidade do pré-natal para as gestantes adolescentes.

MÉTODO

Este estudo constitui-se de uma Revisão Integrativa da literatura. Embora os métodos de condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos.

Neste estudo optamos pelo método que utiliza as etapas de seleção do tema e da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão dos estudos avaliados, extração de conteúdo das publicações de pesquisa, análise dos dados, avaliação e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Além desses aspectos, este método tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, possibilitando apontar lacunas no conhecimento e a síntese de múltiplos estudos publicados, permitindo conclusões gerais a respeito do assunto⁽⁶⁾.

No primeiro momento, com o objetivo de conhecer as produções da pós-graduação nacional sobre o tema, foi realizada uma busca junto ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nesta busca foram encontradas vinte e uma dissertações de mestrado e oito teses de doutorado. Após a leitura dos resumos, identificou-se que treze dissertações de mestrado e cinco teses de doutorado não estavam relacionadas ao foco do estudo, sendo assim descartados. Ao final da leitura na íntegra dos estudos restantes, foram selecionadas as três dissertações de mestrado que respondiam aos objetivos deste estudo.

Após o reconhecimento do panorama em nível nacional da pós-graduação, partiu-se então para a busca nas bases de dados internacionais. Primeiramente foram definidos os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Posteriormente, realizaram-se as buscas nas bases de dados referenciais: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED/MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios de inclusão foram: estudos publicados no período de 2004 a 2014, considerando ainda estudos com seres humanos, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que possuísem seu resumo disponível para leitura.

Esta busca se realizou em duas etapas: a primeira etapa nos meses de agosto e setembro de 2013, e a segunda etapa no mês de fevereiro de 2014, utilizando os seguintes descritores combinados com o operador booleano *and*: *prenatal care*, *health personnel* e *pregnancy in adolescence* e *quality*.

Durante o processo de busca foram identificados 291 artigos com os descritores supracitados, sendo 172 artigos na LILACS e 119 artigos na PUBMED/MEDLINE, dos quais 57 apresentaram resumos compatíveis com a temática do projeto. Após leitura criteriosa na íntegra dos 57 estudos selecionados, foi realizada a busca das referências de cada um dos estudos; nesta etapa foram selecionados mais quatro estudos. Ao final da etapa de leitura dos 61 estudos selecionados, foram eliminados 45 estudos que não respondiam aos objetivos do estudo. Após a realização de todas as etapas foram considerados relevantes para este estudo 16 artigos e três dissertações de mestrado.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos será feita de forma descritiva, para possibilitar ao leitor aplicar os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliação dos estudos pesquisados foi elaborada uma tabela de revisão integrativa com as seguintes informações: título, autor, periódico, tipo de pesquisa, ano de publicação e país da publicação.

Tabela 1. Síntese dos estudos revisão incluídos na revisão integrativa. CAPES, LILACS, PubMed/MEDLINE, 2004 a 2014.

N	Título/Autor/Periódico/Ano	Tipo de Pesquisa	País
I	They Told Me to Come Back”: Women’s Antenatal Care Booking Experience in Inner-City Johannesburg.Solarin I, Preto V. Matern Child Health J. 2013.	Quantitativo Descritivo Transversal	África do Sul
II	Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Silva EP, et al. Rev. Bras. Saúde	Transversal Analítico Descritivo	Brasil

	Matern. Infant. 2013.		
III	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand I CP. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013.	Qualitativo Descritivo	Brasil
IV	Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. Vilarinho IM, Nogueira IT, NagahamaEEI. Rev. Esc. AnnaNery [online]. 2012.	Avaliativo Transversal	Brasil
V	A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante distanciamento e aproximação de uma prática integral e humanizada. Santos MMA, Saunders C, Baião MR. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2012.	Qualitativo Interpretativo	Brasil
VI	O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. Reme- Rev. Min Enferm. 2012	Qualitativo Descritivo	Brasil
VII	Adolescent clients' perceptions of maternity care in KwaZulu-Natal, South Africa. Duggan R, Adejumo S. Women Birth Jornal da Australian College. 2012.	Qualitativo	África do Sul
VIII	Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. Oliveira F S. Dissertação Mestrado- FURG. 2012.	Quantitativo	Brasil
IX	Atenção pré-natal na adolescência. Monteiro RFC. Dissertação Mestrado-UFPEL. 2011.	Quantitativo Descritivo	Brasil
X	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. Peixoto CR, et al. Rev. enferm. UERJ. 2011.	Quantitativo Transversal Descritivo	Brasil
XI	Integralidade e cuidado a grávidas	Qualitativo	Brasil

	adolescentes na Atenção Básica. Melo MCP, Coelho EA. Rev. Ciências e Saúde coletiva. 2011.	Descritivo	
XII	Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município Dourados-MG/Brasil. Martins LMP, Arantes LS. Rev. Nursing. 2011.	Qualitativo	Brasil
XIII	Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: Un estudio cualitativo. Blossiers C. Rev. Peru Med Exp Salud Publica. 2010.	Qualitativo	Peru
XIV	Impacto da implantação da estratégia de saúde da família na cobertura do pré-natal no município de Bagé: Uma análise de dados secundários. Soares JAR. Dissertação Mestrado – UFPEL. 2010.	Quantitativo Descritivo Transversal	Brasil
XV	O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Parada CML, Tonete V L P. Rev. Interface Comun. Saúde Educ. 2008.	Qualitativo	Brasil
XVI	Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Rev. Interface Comun. Saúde Educ. 2008.	Qualitativo Quantitativo Descritivo	Brasil
XVII	Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. Gage, A.J. Rev. Soc. Sci. Med. 2007.	Qualitativo	EUA
XVIII	Prenatal care: the patient's perspective. Leithner K, Assem Hilger E, Fischer M F, et al. Rev. Prenat Diagn. 2006.	Qualitativo	Áustria
XIX	A visão de puérperas adolescentes acerca da atenção pré-natal. Daltoso D, Almeida AM, Panobianco MS. Rev. Enferm. UERJ. 2005.	Quantitativo Descritivo	Brasil

Dentre os 19 estudos selecionados, 14(73,7%) foram publicados em periódicos brasileiros e cinco (26,3%), em estrangeiros. Em relação ao idioma das publicações, 14(73,7%) eram em português, quatro (21%), em inglês e um (5,3%), em espanhol. Dentre os estudos elencados, 14 foram realizados no Brasil, dois na África do Sul, um no Peru, um em Mali e um na Áustria.

No que se refere aos objetivos propostos pelos estudos, averiguou-se que 14 estudos apresentavam como finalidade a avaliação da qualidade da atenção pré-natal nos serviços públicos de saúde, procurando conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e buscando compreender o processo de trabalho no pré-natal, explorando ainda a interação entre os profissionais de saúde e as mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Cabe ressaltar que os estudos realizados no Brasil estão distribuídos nas mais variadas regiões do país. Este achado aponta que existe uma preocupação por parte dos pesquisadores brasileiros em produzir conhecimento sobre o tema, no intuito de gerar subsídios para uma reflexão acerca da qualidade dos serviços prestados durante o pré-natal às gestantes adolescentes.

A influência do modelo biomédico na qualidade da atenção pré-natal

Santos, Sauders e Baião em seu estudo apontaram a predominância da dimensão biomédica sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência. Os profissionais não aproveitam o espaço da consulta para a construção de significados individuais e coletivos sobre a gestação e maternidade na adolescência, esta conduta é uma interferência negativa para a prática de cuidado integral e humanizado⁽⁷⁾.

Estudos identificaram que muitos profissionais ainda mantêm o modelo biomédico, e até mesmo os que recebem capacitação para trabalharem na rede de atenção à saúde não mudam o modelo de atenção devido à sua formação acadêmica ter sido orientada nos padrões hegemônicos. Os profissionais conservam ações tecnicistas, cumprindo rotinas e protocolos institucionais, deixando, muitas vezes, que estes se sobreponham às reais necessidades das gestantes, sendo que ainda não existe interação e vínculo com as usuárias e para muitos o atendimento médico encerra-se na consulta⁽⁸⁻⁹⁻¹⁰⁾.

A consulta deve ser aproveitada como espaço de construção de conhecimentos e significados individuais e coletivos sobre a gestação e a maternidade⁽¹¹⁾. Outras pesquisas enfatizam a importância das relações interpessoais e a essencialidade da qualidade técnica do atendimento na percepção de que a mulher é o sujeito da atenção e como tal deve participar efetivamente. Na maioria das vezes as ações educativas não são valorizadas pelos profissionais e as gestantes, por desconhecerem seus direitos, acabam não recebendo as informações durante o pré-natal^(7, 12-13-14).

No entanto, estudos confirmam que alguns profissionais não utilizam linguagem adequada para que a gestante possa entender o que o profissional está informando, faltam-lhes habilidade e qualidade na comunicação. Existe, também, uma diferenciação de gênero, médicos do sexo masculino não olham para as gestantes, evitam o diálogo e dão maior ênfase ao registro dos achados clínicos, enquanto que os profissionais do sexo feminino transmitem mais tranquilidade e confiança durante o tratamento^(9, 14, 15-16).

Obstáculos para a qualidade da atenção pré-natal

Como obstáculos para o pré-natal de qualidade, os estudos destacaram a demora no resultado dos exames, ausência de referência e contrarreferência, dificuldade dos enfermeiros em interpretar os exames e identificar fatores de risco na gestação. Além desses aspectos, retratam a falta de trabalho em equipe, baixa adesão ao PHPN, deficiência de orientações sobre o trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com o RN e aleitamento materno, baixa adesão à consulta puerperal e a carência de visita domiciliar para resgatar a ausência na consulta puerperal⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾.

Há indícios de melhora na atenção pré-natal, principalmente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios, com o aumento na proporção de gestantes que compareceram ao pré-natal, realizaram exames de laboratório trimestral e compareceram no mínimo a seis consultas. O agendamento de consultas e o atendimento prioritário nas intercorrências, igualmente, são destacados como facilitadores para melhoria do cuidado pré-natal⁽⁸⁻¹¹⁻¹⁸⁾.

No entanto, estudos demonstraram que existem dificuldades estruturais e organizacionais nos serviços de saúde que dificultam e até mesmo impedem o desenvolvimento de uma atenção pré-natal humanizada e de qualidade. Dentre as

dificuldades encontradas destacaram-se a escassez de serviços de saúde disponíveis, dificuldade de acesso, demora no agendamento das consultas, tempo de espera para consulta, espaços sem privacidade e conforto. Também, a carência de materiais e instrumentos básicos para o atendimento, como mesa ginecológica, material para coleta de citopatológico e métodos contraceptivos foram apontados^(7, 13-16-18-20- 21-22-23-24).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão possibilitou evidenciar que, na produção científica para a qualidade do pré-natal, há muitos percalços a serem contornados, como a desvinculação do modelo biomédico, a implementação do PHPN e o engajamento dos profissionais de saúde. Observa-se que existe um consenso por parte dos profissionais de saúde de que é necessária a implantação de um serviço de saúde sistematizado com capacitação e qualificação do pré-natal.

Espera-se, a partir dos dados evidenciados neste estudo, despertar nos profissionais de saúde novas possibilidades para a construção de uma proposta de trabalho que venha (re)organizar os serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas das gestantes adolescentes. Ao mesmo tempo, é imprescindível discutir as lacunas existentes em todas as esferas do governo.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes Neto FRG, Leite JL, FulyPSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(5):595-602.
2. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 [acesso em: 17 mar 2014];15(2):516-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>
3. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001.199p.
4. Souza ML, Burgardt D, Ferreira LAP, Bub MBC, Monticelli M, Lentz HE. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):318-23.
5. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006. 56p.

6. MendesKDS, SilveiraRCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008;17(4):758-64.
- 7.Santos MAS, Saunders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. [Ciênc. saúde coletiva. 2012](#);17(3):775-86.
- 8.Cabral FB, Hirt LM, Van Der SandI CP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013;47(2):281-87.
- 9.Duggan R, Adejumo S. Adolescent clients' perceptions of maternity care in KwaZulu-Natal, South Africa. WomenBirth. Jornal da AustralianCollege. 2012;25(4):62-7.
10. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: Ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface- Comunic.saúde, Educ. 2008; 12(25):387- 400.
- 11.Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013;13(1):29-37.
- 12.Martins LMP, Arantes LS. Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município Dourados-MG/Brasil. Nursing. 2011;13(152):39-47.
13. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. REME rev. min. Enferm. 2012;16(3):315-23.
14. Parada CML, ToneteVLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2008; 12(24): 35-46.
- 15.Daltoso D, Almeida AM, Panobiano MS. A visão de puérperas adolescentes acerca da atenção pré-natal. [Rev. enferm. UERJ](#). 2005;13(1):83-9.
16. Leithner K, Assem-Hilger E, Fischer-M K, LöfflerSH, Thien R, PonocnySE. Prenatal care: the patient's perspective. PrenatDiagn. 2006;26(10):931-37.
- 17.Blossiers, C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: Um estudio cualitativo. Rev Peru MedExpSalud Publica. 2010;27(3):337-44.

18. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(2):286-91.
19. Monteiro RFC. Atenção ao pré-natal na adolescência [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas / UFPEL; 2011. 92f.
17. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde de adolescentes sem pré-natal e puerpério. *Esc. Anna Nery*. 2013;16(2):312-19.
20. Soares JAR. Impacto da implantação da estratégia de saúde da família na cobertura do pré-natal no município de Bagé: Uma análise de dados secundários [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas/UFPeL;2010. 67f.
21. Gage AJ. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Soc.Sci.Med*. 2007;65(8):1666-82.
22. Solarinl, Preto V. "They Told Me to Come Back": Women's Antenatal Care Booking Experience in Inner-City Johannesburg. *MaternChild Health J*. 2013;17(2):359-67.
23. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(5):2549-58.
24. Oliveira FS. Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, rio Grande do Sul: um estudo avaliativo [Dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande/ FURG; 2012. 131f.



Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezada (o) _____

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada **Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal que está sendo ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS. PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que prestam cuidado de atenção pré-natal à gestante adolescente. Os resultados serão usados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista será gravada com seu consentimento e você responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas que porventura lhe causarem desconforto poderão não ser respondidas ou respondidas em parte, sem prejuízo.

BENEFÍCIOS: Os benefícios por sua participação no estudo serão as informações e troca de conhecimentos entre os participantes e os pesquisadores para a construção de uma proposta de trabalho que venha (re)organizar os serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas das gestantes adolescentes.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: A sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. Os pesquisadores responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias, ficando uma em meu poder e a outra, com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Ciente disto, eu _____ aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 2014

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora: Enf.^a Dda. Renata Cunha da Silva

E-mail: renatacunhabebe@gmail.com Telefone: (53)99821652

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Sonia Maria Könzgen Meincke

E-mail: meinckesmk@gmail.com Telefone: (53)91304691



Apêndice C

Roteiro de Observação Segundo Critérios do PHPN



**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado**

Pesquisa: “Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde”

Orientadora: Dr.^a Sonia Maria Könzgen Meincke

Orientanda: Dda. Renata Cunha da Silva

UBS:

Data: __/__/____.

RECURSOS HUMANOS			
	Sim	Não	Quantos
Médico			
Enfermeiro			
Pessoal de Apoio (Assistente Social, Nutricionista, Dentista)			
RECURSOS FÍSICOS			
Sala de espera			
Sala de Armazenamento de Materiais e Medicamentos			
Banheiro(s)			
Consultório(s)			
Iluminação consultórios			
Privacidade Consultórios			
RECURSOS MATERIAIS			
Mesa e Cadeiras para Entrevista			
Mesa Ginecológica			
Escada de dois degraus			
Foco de Luz			

Balança Antropométrica (adulto)			
Esfignomanômetro			
Estetoscópio Clínico			
Estetoscópio de Pinard			
Fita Métrica Flexível e Inelástica			
Espéculos			
Pinça de Cheron			
Material para Coleta de Exame Colpocitopatológico			
Gestograma ou Disco Obstétrico			
Sonar Doppler			
PROCEDIMENTOS			
Realização Mínima de 6 Consultas			
Realização de uma Consulta no Puerpério			
ABO-Rh na 1ª Consulta			
VDRL na 1ª Consulta e 30ª Semana			
Exame de Urinana 1ª Consulta e 30ª Semana			
Glicemia de Jejum na 1ª Consulta e 30ª Semana			
HB/HT na 1ª Consulta			
Oferta de Testagem anti-HIV			
Aplicação de Vacina Antitetânica			
Realização de Atividades Educativas			
Classificação de Risco Gestacional			
Garantia às Gestantes Classificadas como de Risco, Atendimento e Acesso a Unidade de Referência para Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar à Gestação de Alto Risco.			

Observações:



Apêndice D

Diário de Campo



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado

Pesquisa: “Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde”

Orientadora: Dr.^a Sonia Maria Könzgen Meincke

Orientanda: Dda Renata Cunha da Silva

Data ____ / ____ / ____ Hora: ____ Duração da Entrevista: ____

Local

Diário de campo

[illegible]



Apêndice E

Instrumento Entrevista Profissionais



**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado**

Pesquisa: “Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde”

Orientadora: Dr.^a Sonia Maria Könzgen Meincke

Orientanda: Dda Renata Cunha da Silva

Data: ____/____/____

Número da Entrevista:

Código:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de formação:

Tempo em que trabalha na Atenção Básica:

Tempo em que trabalha no pré-natal da UBS:

Tipo de contrato de trabalho (Concurso, CLT, Contrato temporário, entre outros):

Duração da Entrevista:

Entrevistador:

Questão norteadora

1-Conte-me como é o seu cotidiano de trabalho na atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

Anexos

Anexo A



Carta de autorização à Secretaria Municipal de Saúde



Ilma Sra. AritaBergmann
M.D. Secretária Municipal de Saúde

Pelotas, 04 de NOVEMBRO de 2014.

Prezada Senhora

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio desta, solicitar a V. S^a. a autorização para desenvolver pesquisa junto as Unidades Básicas de Saúde do município para construção de minha Tese de Doutorado.

A pesquisa intitulada: **Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente** é requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências, área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Tal investigação tem como objetivo geral Analisar a qualidade da atenção no pré-natal de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Pelotas-RS.

Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90, 91 e artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos, colocamo-nos ao seu dispor para quaisquer esclarecimentos.

Dda. Enf^a Renata Cunha da Silva
Pesquisadora

Prof^a Dra Enf^a Sonia Maria Könzgen Meincke
Orientadora

Contato: E-mail: renatacunhabebe@gmail.com (53)99821652 / (53)33050315
E-mail: meinckesmk@gmail.com (53)91304691 / (53)32782678

Ciente. De acordo Data 08/11/14

Arita Bergmann
Secretária Municipal de
Saúde

Anexo B

Parecer Comitê de Ética

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente"

Pesquisador: Renata Cunha da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38638214.9.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 874.638

Data da Relatoria: 16/11/2014

Apresentação do Projeto:

A adolescência é uma etapa bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano. No entanto, quando associado à gravidez, transforma-se em um momento em que as redes de apoio (família, comunidade, escola e serviço de saúde) devem intervir. Sendo necessário manter diálogo aberto, esclarecendo as dúvidas e orientando estes jovens de uma forma clara sobre a prevenção não somente da gravidez precoce, mas também dos riscos aos quais estão expostos (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

Acredita-se ser por meio da prevenção que este grupo da população irá passar por esta fase do ciclo vital com segurança e bem estar, tornando-se adultos mais saudáveis, satisfeitos e felizes.

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para compreender as singularidades das adolescentes, respeitando suas origens, suas culturas e suas escolhas. Neste sentido, Santos, Maraschin e Caldeira (2007) destacam a relevância de estabelecer de uma relação de cuidado humanizado, individualizado e de qualidade para esta população.

A gestante adolescente possui as mesmas necessidades e direitos de atenção que a mulher na idade adulta, no entanto, apresenta maturidade emocional e alterações fisiológicas diferentes. Na gravidez precoce, a adolescente depara-se com alterações corporais que podem comprometer sua autoimagem e autoestima, quadro que pode ser agravado pela insegurança gerada por inexperiência e imaturidade que muitas adolescentes grávidas apresentam com relação ao cuidado

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 874.638

com o bebê (OLIVEIRA et al., 2009). A presente proposta assume relevância no cenário atual dos serviços de atenção à saúde da mulher, visto que há uma política de saúde direcionada para a humanização do pré-natal e nascimento há mais de uma década.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Objetivo: Analisar a qualidade da atenção no pré-natal de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Pelotas-RS.

Objetivos Específicos

Verificar a conformação do sistema de Saúde (UBS) para o atendimento à gestante adolescente.

Investigar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde às gestantes adolescentes durante o pré-natal.

Identificar as práticas dos profissionais de saúde na atenção pré-natal às gestantes adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista será gravada com seu consentimento e você responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas que porventura lhe causarem desconforto poderão não ser respondidas ou respondidas em parte, sem prejuízo.

BENEFÍCIOS: Os benefícios por sua participação no estudo serão as informações e troca de conhecimentos entre os participantes e os pesquisadores para a construção de uma proposta de trabalho que venha (re)organizar os serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas das gestantes adolescentes.

O projeto está de acordo a resolução 466/12, portanto não apresenta riscos aos participantes e os benefícios apresentados são descritos para os mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, pois busca responder uma demanda dos

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 874.638

serviços de saúde na perspectiva da humanização do atendimento prestado a população que busca estes serviços. Considerando que o Sistema Único de Saúde, possui uma Política Nacional de Humanização que necessita avançar na qualidade, este projeto poderá servir de auxílio ao descrever uma realidade através da Atenção Primária a Saúde foco da re orientação das redes e regiões de saúde no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto- adequado.

Cronograma- adequado.

Orçamento- adequado

TCLE- adequado.

Carta de Anuência- adequado.

Recomendações:

Recomenda-se na divulgação de dados um resumo executivo para divulgação dos mesmos em meios de comunicação (jornal) da localidade do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta apresenta qualificada para pesquisa com seres humanos, apresentou todos os itens adequados para a avaliação deste comitê de ética.

Situação do Parecer:

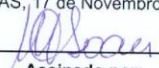
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 17 de Novembro de 2014


Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br