



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE.**

MESTRANDO

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

ORIENTADOR

Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

CO-ORIENTADORA

Ms: Isabela Chagas Samico.

**Agosto/2000
Recife/PE**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE.**

**Dissertação apresentada ao colegiado do
Mestrado em Saúde Pública do
Departamento de Saúde Coletiva, para
obtenção do grau de Mestre, sob a
orientação do Prof. Dr. Eduardo Maia
Freese de Carvalho e Co-orientadora:
Dra. Isabela Chagas Samico.**

**Agosto/2000
Recife/PE**

C117a Cabral, Rômulo Wanderley de Lima.

Avaliação de serviço em saúde: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife/Rômulo Wanderley de Lima Cabral; Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho, Co-orientadora: Isabela Chagas Samico. – Recife, 2000.

122 f. : il., tabs., quadros.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - NESC/CpAM/FIOCRUZ, 2000.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Avaliação- serviços de saúde 2. Análise- estrutura e processo 3. Assistência pré-natal. 4. Gravidez na adolescência I. Carvalho, Eduardo Maia Freese (Orient.) II. Samico, Isabela Chagas (Co-orient.) III. Título.

CDU (2. ed.) 614.2

Biblio/NESC

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE.**

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

Banca examinadora:

**Agosto/2000
Recife/PE**

Dedico este trabalho

Aos meus pais , Weliton e Raimunda , que sempre me apoiaram, com segurança e sabedoria, e nesta ocasião mesmo com a distância me deram forças para enfrentar esta etapa da vida .

À Ana Lúcia, noiva, por está presente em todos os momentos, incentivando, apoiando e compartilhando as dificuldades e alegrias, e por compreender a minha ausência durante o desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado forças e paciência para superar todas as dificuldades.

Ao Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho pela sua orientação, incentivo, seriedade e apoio na condução e realização deste estudo.

À Dra. Isabela Chagas Samico pela inestimável colaboração e sobretudo pela sua orientação, competência, dedicação e paciência, ajudando-me em todas as etapas desta pesquisa, tornando possível o seu desenvolvimento e minha chegada até aqui.

A todas as adolescentes, profissionais e estagiárias que gentilmente aceitaram em participar deste estudo. E, em especial às enfermeiras do pré-natal e do planejamento familiar do ambulatório do PROSAD, Edilene e Rita, pela amizade, colaboração e incentivo.

À todos os professores do curso pelos ensinamentos, orientações, competência e espírito científico, sempre em busca da melhoria da qualidade do ensino e da assistência à saúde.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À todos que fazem a secretaria do Mestrado do NESC, pela ajuda durante todo o curso.

Aos colegas do Mestrado, Eduardo, Iraci, Henrique, Telma, Fábio, Regina, Cleide e Mariza pela convivência, amizade, apoio e incentivos durante essa curta jornada, mas com certeza muito importante para todos nós.

Aos amigos e a todos que, de algum modo, me apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTAS DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

LISTAS DE TABELAS E QUADROS

I – INTRODUÇÃO

- | | |
|---|-----|
| 1.1 - A saúde reprodutiva na adolescência. | 01. |
| 1.2 - Riscos e consequências da gravidez na adolescência. | 04. |
| 1.3 - Assistência integral à saúde do adolescente. | 07. |
| 1.4 - Contextualização da assistência pré-natal. | 11. |
| 1.5 - Avaliação da qualidade em serviços de saúde. | 16. |

II - OBJETIVOS

- | | |
|------------------------------|-----|
| 2.1 – Objetivo Geral. | 25. |
| 2.2 - Objetivos Específicos. | 25. |

III - SUJEITOS E MÉTODOS

- | | |
|---|-----|
| 3.1 – Desenho do estudo. | 26. |
| 3.2 – Unidade de análise. | 27. |
| 3.3 – População alvo e amostra. | 28. |
| 3.4 - Definição das variáveis. | 29. |
| 3.5 - Instrumentos e métodos para coleta dos dados. | 32. |
| 3.6 - Análise dos dados. | |

IV - RESULTADOS

4.1 - Caracterização do ambulatório de pré-natal.	36.
4.2 - Condições de eficiência do ambulatório de pré-natal.	38.
4.3 - Revisão de prontuários.	39.
4.4 - Perfil e percepções das adolescentes atendidas no pré-natal.	49.
4.5- Perfil e percepções dos profissionais.	59.
4.6 – Percepções das Estagiárias de Enfermagem.	64.

V – DISCUSSÃO.

5.1 - Análise das condições de eficiência do ambulatório de pré-natal.	68.
5.2 - Análise da revisão dos prontuários.	71.
5.3 - Apreciação do perfil e percepções das gestantes adolescentes.	73.
5.4 - Apreciação do perfil e percepções dos profissionais.	79.
5.5 - Apreciação das percepções das estagiárias de enfermagem.	83.

VI - CONCLUSÃO. 84.

VII - RECOMENDAÇÕES. 86.

VIII – LIMITAÇÕES DO ESTUDO. 89.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 90.

X - ANEXOS. 1 01.

RESUMO

Estudo avaliativo, de corte transversal, que teve como unidade de análise o serviço de assistência pré-natal específico para adolescentes do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). Como objetivos, buscou-se investigar a adequação da estrutura e das características organizacionais, a disponibilidade, capacitação e integração da equipe multiprofissional, o grau de concordância entre as atividades desenvolvidas e às programadas pelo PROSAD/MS e, o perfil e as percepções dos profissionais e das gestantes adolescentes. Utilizamos como estratégia metodológica, a avaliação normativa com várias fontes de coleta dos dados durante o período de setembro a novembro de 1999. Para a estimativa do grau de adequação da estrutura e do processo, aplicamos um instrumento composto por indicadores construídos a partir das proporções de pontos obtidos em relação ao número máximo esperado, cuja as faixas para análise foram: 0 - 39%: crítico (C); 40 - 79%: não satisfatório (NS) e 80% ou mais: aceitável (A). Para investigar o grau de concordância entre as atividades do pré-natal e aquelas programadas pelo PROSAD, realizamos a revisão de 130 prontuários das adolescentes que iniciaram o pré-natal em outubro e novembro de 1998, mediante um "checklist". E, para apreender o perfil e as percepções dos profissionais e das adolescentes, foram realizadas entrevistas com 50 adolescentes gestantes e todos os profissionais. Os resultados demonstraram que o serviço não atinge o nível de aceitabilidade, apresentando uma ponderação global de 70% (NS). Ao se analisar por área temática, a educação para a saúde foi a única com ponderação aceitável (80%). A ficha perinatal e o cartão da gestante seguem as normas do PROSAD. No entanto, foram identificados percentuais elevados de não notificação: dos resultados de exames tocoginecológicos (48,5%), das orientações das rotinas e atividades do pré-natal (56,2%), dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (56,9%) e dos encaminhamentos (26,9%). Houve maior predomínio de adolescentes na faixa etária de 17 a 19 anos (53,8%) e 60% eram residentes do Recife. Observou-se um baixo grau de escolaridade (66,1%) com 1º grau incompleto e (83,8%) das adolescentes encontrava-se sem companheiro fixo. A constatação da gravidez ocorreu com mais frequência no primeiro trimestre da gestação (81,5%) e (46,9%) apresentou três consultas durante a gestação. Apenas 18% confirmou a presença do mesmo profissional nas consultas. O pré-natal comportou-se como de baixo risco: 33,8% não referiu queixas e 56% não apresentou problemas de saúde. 80% das adolescentes considerou a consulta como boa. Quanto aos profissionais, constatou-se a presença de uma equipe multiprofissional articulada, atuando há

mais de cinco anos com essa clientela. Foram relatadas ainda as percepções e conhecimentos dos profissionais sobre a gravidez na adolescência, a assistência pré-natal, o PROSAD e a qualidade da assistência. Assim, evidenciou-se uma infra-estrutura inadequada com uma organização deficiente, ausência de objetivos e normas acessíveis e de informações dos dados produzidos no serviço, necessidade de profissionais de nível médio, capacitações teórico-práticas, reuniões periódicas e avaliações das atividades desenvolvidas. No entanto, apesar da distância existente entre o estabelecido pelo PROSAD/MS e o que vem sendo realizado, alguns pontos positivos foram ressaltados como a presença de uma equipe multiprofissional, a regularidade dos registros na pré-consulta, a rapidez para o agendamento da primeira consulta, a manutenção do acompanhamento e a prática de ações educativas.

ABSTRACT

This is a cross sectional and evaluation study having as purpose of analysis the outpatient department of the ante-natal care at the Integrated Health Care Adolescent Programme (PROSAD) of the Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). Its objectives were to investigate the adequacy between structure and organization characteristics, availability, training and integration of the multiprofessional team work, degree of concordance between developing activities and those established by the PROSAD/MS, the profile and perceptions of health professionals and pregnant adolescents. A normative evaluation was adopted as the methodological strategy and different sources of data collection were used during the period from september to november – 1999. In order to estimate the degree of adequacy between structure and process, a tool with indicators taken from proportions of points acquired in relation to expected maximum number was applied and its cut-off points are: 0-39%: critical (C); 40-79%: not satisfactory (NS); 80% or more: acceptable (A). To investigate the degree of concordance between the ante-natal care activities and those constituted by the PROSAD, a review of 130 medical records of adolescents who had started the ante-natal care in october and november – 1998 was undertaken through a checklist. To evaluate the profile and perceptions of health professionals and adolescents, interviews were carried out: 50 pregnant adolescents and all professionals. Results showed that the health service does not reach the acceptable degree: 70% (NS). When it was analysed by subject, the education for health was the unique being acceptable (80%). The perinatal record and the pregnancy card followed the guidelines established by the PROSAD/MS. However, it was identified high percentages of issues not been registered: results of tocogynecological exams (48.5%), counselling of guidelines and activities of the ante-natal care (56.2%), diagnosis and therapeutic procedures (56.9%) and referrals (26.9%). Most of adolescents were between 17 to 19 years old (53.8%) and 60% lived in Recife. There was a low degree of literacy (66.1%) with first degree unfinished and an elevated percentage of these adolescents had not a husband (83.8%). The diagnosis of pregnancy was known more frequently during the first three months (81.5%) and 46.9% presented three ante-natal care visits during pregnancy. Only 18% mentioned the presence of the same professional during the health care visits. The ante-natal care was considered of low risk: 33.8% of adolescents did not declare any complain and 56% did not have any health problem. The attendances were considered good by 80% of adolescents. Regarding the health professionals, it was

demonstrated a comprehensible multiprofessional team working for more than five years with this clientele. Besides, there were the health professionals' perceptions and knowledge about pregnancy in adolescent period, ante-natal care, PROSAD and quality of health care. Therefore, it was made clear an inadequate infra-structure and a defected organization, absence of objectives and norms accessible and informations of dies produced, need of health auxiliary workers and lack of trainings, regular meetings and evaluation of developing activities. Nevertheless, in spite of the range between what is established by the PROSAD/MS and what is being performed at the service, some positive aspects are pointed out: presence of a multiprofessional team work, regularity of records registered during the prior attendance, brevity to make an appointment for the first health visit, monitoring maintenance and practices of educational actions.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

(A) - Aceitável

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência adquirida

AIS – Ações Integradas de Saúde

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem Estar Familiar

(C) - Crítico

COMIN - Coordenação Materno Infantil

CISAM - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

CHECKLIST - Lista contendo itens para checagem

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DINSAMI - Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

DIU - Dispositivo intra uterino

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPI-INFO - Sistema de processamento, banco de dados e estatístico de epidemiologia para microcomputadores

HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco

MS - Ministério da Saúde

Nº ou n° - Números

NS - Não satisfatório

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente ou Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente

Rh – Fator Reshus

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SEASM – Serviço de Assistência a Saúde da Mulher

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPE - Universidade de Pernambuco

VDRL – Venereal Disease Reagent Lues

% - percentual

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** - Faixa etária das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998. CISAM, Recife. 39.
- Tabela 02** – Procedência das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro / novembro de 1998. CISAM, Recife. 40.
- Tabela 03** - Grau de instrução das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998. CISAM, Recife. 40.
- Tabela 04** - Estado civil das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro / novembro de 1998. CISAM, Recife. 41.
- Tabela 05** - Período da gravidez das adolescentes na primeira consulta de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/ novembro de 1998. CISAM, Recife. 41.
- Tabela 06** - Número de consultas realizadas pelas adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife. 42.
- Tabela 07** - Informações presentes e ausentes dos itens pesquisados na primeira consulta de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife. 43.
- Tabela 08** - Informações presentes e ausentes dos itens pesquisados nas consultas subsequentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife. 44.
- Tabela 09** - Principais queixas das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários - outubro/novembro de 1998 - CISAM, Recife. 45.
- Tabela 10** - Resultados dos exames ginecológicos das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 –CISAM, Recife. 46.

Tabela 11 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos realiza dos de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 – CISAM, Recife.	47.
Tabela 12 - Orientações realizadas de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 – CISAM, Recife.	47.
Tabela 13 - Encaminhamentos realizados de acordo com a revisão dos prontuários - outubro/novembro de 1998. CISAM, Recife.	48.
Tabela 14 - Características sócio-econômicas das adolescentes em acompanhamento no pré-natal - Setembro de 1999 – CISAM, Recife.	49.
Tabela 15 - Conhecimentos das adolescentes sobre a gravidez e o acesso ao pré-natal – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.	51.
Tabela 16 - Conhecimentos das adolescentes sobre os problemas na gestação – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.	53.
Tabela 17 – Percepção das adolescentes sobre a assistência pré-natal – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.	55.
Tabela 18 – Registros nos cartões das gestantes adolescentes de acordo com as consultas no pré-natal – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.	57.
Tabela 19 – Características dos profissionais quanto à capacitação e ao tempo de atuação na assistência às adolescentes e no ambulatório do PROSAD – outubro de 1999 – CISAM, Recife.	59.
Tabela 20 - Principais dificuldades citadas pelos profissionais referentes à assistência no Ambulatório do PROSAD- Outubro de 1999 - CISAM, Recife.	61.

- Tabela 21** - Sugestões dos profissionais de saúde referentes à qualidade da assistência no Ambulatório do PROSAD - Outubro de 1999 - CISAM, Recife. 62.
- Tabela 22** - Percepções das estagiárias sobre o estágio e a supervisão no ambulatório de pré-natal - setembro de 1999 - CISAM, Recife. 64.
- Tabela 23** - Percepções das estagiárias sobre a estrutura física, equipamentos e materiais do ambulatório de pré-natal – setembro de 1999 – CISAM, Recife. 65.
- Tabela 24** - Percepções das estagiárias sobre os profissionais e a qualidade da assistência no ambulatório de pré-natal – setembro de 1999 - CISAM, Recife. 66.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 01** - Condições de eficiência do serviço de pré-natal para adolescentes de acordo com as diferentes áreas temáticas, setembro de 1999, CISAM, Recife. 38.
- QUADRO 02** – Sugestões das adolescentes para a melhoria na qualidade da assistência no ambulatório de pré-natal – Setembro de 1999 – CISAM, Recife 58.
- QUADRO 03** - Percepções dos profissionais quanto à gravidez na adolescência, à assistência pré-natal e ao PROSAD – Outubro de 1999 – CISAM, Recife. 63.

I - INTRODUÇÃO

1.1) A saúde reprodutiva na adolescência

A saúde do adolescente, em geral, e a gravidez na adolescência, em particular, assumiram lugar de destaque no campo da saúde pública desde o início dos anos 80, principalmente nos países mais desenvolvidos, gerando perspectivas diversas a partir de vários campos disciplinares, em especial a medicina, a epidemiologia e a psicologia social (Colli, 1988; Camarano, 1998).

Os limites desta fase não têm conceituação unânime. Para a Organização Mundial de Saúde/OMS (1989), a adolescência inicia-se aos 10 anos e termina ao se completarem 20 anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA/MS (1990) considera o período que transcorre dos 12 aos 18 anos de idade. Entretanto, é consenso que a adolescência é o período da vida que sucede a infância e se prolonga até a idade adulta. "Mas, meninas de baixo nível sócio-econômico, que necessitem trabalhar mais cedo, para sustentar-se e colaborar na manutenção da família, encerram este período da vida mais precocemente" (Vitiello, 1994).

O processo de crescimento e desenvolvimento é influenciado pelos fatores genéticos e ambientais, sendo que na adolescência se faz mais evidente a influência dos fatores hereditários, que são explicitados sob os mais diversos aspectos somáticos, como por exemplo: a época do início da puberdade; a idade da primeira menstruação (a menarca) e a intensidade de determinadas características sexuais. Dentre estes aspectos, tem sido observado, a partir do último século, um declínio na média de idade da menarca de aproximadamente quatro meses a cada década, levando as adolescentes à menstruarem cada vez mais cedo (Maakaroum, 1991; Neme, 1994).

A capacidade fisiológica para a excitação e para o prazer sexual surgem antes da puberdade, em ambos os sexos. Mas, é na adolescência que a sexualidade apresenta-se distinta, e é neste período que ocorre o despertar mais intenso para o prazer erótico e genital. Geralmente, as primeiras relações não são programadas e sim imprevisíveis. A sensação e o desejo surgem em momentos inesperados e os jovens acabam vivenciando sua iniciação sexual (Suplicy, 1995).

Segundo dados da pesquisa domiciliar, realizada pelo IBGE/UNICEF (1991), em cinco capitais brasileiras (Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Curitiba), a idade média da primeira relação sexual de 9.066 jovens entrevistados, na faixa etária de 15 a 24 anos foi de 16,7 anos para as mulheres e 15 anos para os homens. Já, Paiva et al. (1996), pesquisando o perfil psicossocial de 300 adolescentes grávidas, em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, encontrou uma média de idade por ocasião da primeira relação sexual de 14,3 anos, com limites de 13 a 18 anos de idade.

Com base nesses estudos, entre outros, constata-se que com o desenvolvimento puberal precoce e a ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais jovens e, conseqüentemente maior exposição ao risco de engravidar.

Muito se discute sobre qual é a época certa para a primeira relação sexual. De acordo com Takiuti (1990): Do ponto de vista físico, espera-se que ocorra pelo menos 02 anos após a menarca (primeira menstruação); do ponto de vista psicológico e social, sabemos que a primeira relação sexual na adolescência ocorre num momento de imaturidade, quando ainda não está definida a identidade da adolescente e, por conseguinte, não vivenciou situações próprias dessa faixa etária.

Uma combinação de fatores interagem para a ocorrência de gravidez nesta fase da vida: a puberdade precoce associada a mudanças na conduta sexual dos jovens; o apelo erótico excessivo veiculado pelos meios de comunicação; o despreparo e a preocupação tardia da família e da escola quanto ao diálogo e à transmissão de conhecimentos sobre a sexualidade das crianças; o fato de muitas adolescentes iniciarem as relações sexuais com medo de perder o namorado; o pouco conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e uma grande influência do pensamento mágico das jovens que sempre acham que com elas a gravidez não vai acontecer (Lippi, 1988; Takiuti, 1990 e Monteiro et al. 1995).

Diante destas circunstâncias é que precisam ser redimensionadas as propostas de conscientização e anticoncepção, pois é sabido que um dos fatores que mais preocupam em relação à atividade sexual dos jovens é o não uso de proteção contraceptiva na primeira relação sexual ou mesmo nas subseqüentes. Está claro que só informações não bastam, pois entre conhecer os métodos anticoncepcionais e usá-los adequadamente existe uma grande distância. Na verdade, os jovens dispõem hoje de contracepção eficaz, com poucos efeitos

colaterais ou contra-indicações absolutas, o que ainda não garante seu uso adequado (Boruchovitch, 1992; Suplicy, 1995).

Contudo, sabe-se que gerar e parir crianças requer não só um amadurecimento fisiológico, mas também todo um contexto que envolve aspectos psicológicos, financeiros e de suporte familiar para propiciar ao novo ser uma vida digna. Hoje observa-se que são altos os índices de gestantes adolescentes que ainda nem sequer deixaram as bonecas de pano, para trocá-las por crianças recém-nascidas (Cabral, 1998).

Estudos sobre a saúde reprodutiva de adolescentes mostram que a incidência de gravidez nesta faixa etária vem aumentando nas últimas décadas, em relação às mulheres adultas. Para se ter uma noção da realidade deste problema, foi publicado, pela Population Reference Bureau (1992), o resultado de pesquisas realizadas em nove países do continente americano, incluindo o Brasil. Esse estudo mostra que, na América do Sul, a cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, nascem entre 83 a 102 bebês por ano, sendo que a taxa é mais elevada nos países mais pobres. Na América Central, nascem, a cada ano, entre 99 e 139 crianças por 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (1996), *“vem aumentando a gravidez entre meninas com 13, 14 e 15 anos de idade. Em 1996, cerca de oito mil crianças, filhas de mães com menos de 15 anos, nasceram no Brasil. A incidência no país entre as adolescentes de 10 a 19 anos atinge uma média que varia de 18% a 26%, dependendo de cada região”*, o que nos mostra a importância do tema a ser abordado. Da mesma forma, o Ministério da Saúde (1996), afirma que *“ocorreu um aumento no número de partos realizados na faixa etária de 10 a 14 anos, entre 1993 e 1996, passando de 26.505 para 31.911 e, na faixa etária de 15 a 19 anos, no mesmo período, pulou de 611.608 para 675.839 partos”*.

O Estado de Pernambuco encontra-se em situação semelhante. “Dados estatísticos revelam que todos os dias, mais de cinco adolescentes tornam-se mães em Pernambuco” (Guerra, 1997). Quando analisamos dados referentes ao município de Recife, observamos que o número é bastante elevado, visto que, esta capital não foge do contexto epidemiológico do país. *“Do total de nascimentos de crianças de mulheres residentes em Recife, 27.553 em 1996, cerca de 6.474 recém-nascidos eram de mães adolescentes, o que equivale a 23,5% dos nascimentos* (Ministério da Saúde; SINASC, 1996; RECIFE; Secretaria Municipal de Saúde, 1997).

1.2) Riscos e consequências da gravidez na adolescência

A gravidez e a maternidade na adolescência adquiriram uma conotação de problema e risco a serem enfrentados. Alguns autores referem que a idade, isoladamente, não se constitui em fator de risco para a saúde das adolescentes e seus filhos (Maakaroum, 1991; Zhang e Chan, 1991). Outros admitem que as complicações biológicas para a mãe e filho são mais frequentes e de maior gravidade quando a gravidez ocorre no início da idade reprodutiva, quando o intervalo entre a primeira menstruação e a gravidez for menor que dois anos, em caso de gestações sucessivas com intervalos menores que dois anos e quando ocorrerem gestações múltiplas durante a adolescência. (BRASIL, MS 1991; Corrêa & Coates, 1993;).

Nogueira (1994) e Monteiro et al. (1998) concordam com os autores acima referidos e acrescentam que a combinação destes fatores e a interação com fatores sociais e ambientais como a baixa condição econômica, o baixo grau de instrução e habitação precária, entre outros, aumentam a probabilidade de um mau resultado durante a gravidez e/ou no parto.

Costa (1980) comparou 272 primíparas de 13, 14 e 15 anos com igual número de primíparas de 18, 19 e 20 anos que deram à luz na Maternidade Professor Monteiro de Morais (CISAM), no mesmo período, pareadas em relação à classe social, cor, estado civil e assistência pré-natal e observou uma maior ocorrência de partos cesarianos, prematuridade e de mortalidade neonatal no grupo de adolescentes de 13 a 15 anos.

De acordo com Vitiello (1988), Lippi (1988) e Monteiro et al. (1994 e 1998), os agravos e complicações mais frequentes durante a gestação e na hora do parto em adolescentes são: pré-eclâmpsia e eclâmpsia; trabalho de parto prematuro; desproporção céfalo-pélvica, distócias de progressão e lacerações do canal de parto. Verifica-se ainda, maior frequência de anemias e deficiências nutricionais maternas, recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e, conseqüentemente, o aumento da morbimortalidade materna e perinatal.

Monroy (1992) e Satin et al.(1994) mostraram que os riscos obstétricos encontrados em adolescentes americanas menores de 16 anos, fazem com que este grupo de gestantes constitua-se num grupo de risco para complicações obstétricas e neonatais e devem receber

atenção médica especial, tendo em vista que várias pesquisas apresentam uma maior frequência de complicações nesta faixa etária, assim como o estudo de Davis (1989) que encontrou uma incidência 60% maior de complicações na gravidez entre mães adolescentes com menos de 15 anos de idade do que entre aquelas maiores de 15 anos.

Takiuti et al. (1995) analisaram os eventos obstétricos ocorridos entre gestantes adolescentes e as compararam com um grupo de gestantes de mais de 20 anos, na Maternidade Escola de Vila Nova, na cidade de São Paulo. Os autores encontraram entre adolescentes uma maior ocorrência de eclâmpsia com uma incidência cerca de seis vezes maior do que entre as gestantes acima de 20 anos.

De acordo com dados da Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS, o maior impacto da gravidez na adolescência é psicossocial e se traduz em deserção escolar e baixa escolaridade, maior número de filhos, desemprego mais frequente, fracasso na relação com o parceiro (maior risco de separação, divórcio e abandono) e menor probabilidade de conseguir bons salários por toda vida, contribuindo para perpetuar o ciclo da pobreza (Romero et al. 1992).

Monroy (1992), refere que os riscos para os filhos de mães muito jovens persistem durante vários anos e apresenta o resultado de uma Enquete Mundial de Fecundidade proveniente de 40 países em desenvolvimento, onde os dados revelaram que as taxas de mortalidade entre as crianças de 1 a 2 anos são mais elevadas entre os filhos de mães adolescentes do que entre os de mães de 20 a 29 anos; em 13 dos quarenta países, as taxas de mortalidade foram pelo menos 20% mais altas.

As crianças nascidas de mães com menos de 15 anos tiveram uma probabilidade duas vezes maior de pesar menos de 2.500 g ao nascer e cerca de três vezes mais chances de morrer dentro dos primeiros vinte e oito dias de vida, do que as nascidas de mulheres mais velhas, de acordo com dados de pesquisadores norte-americanos (McAnarney & Hendee, 1989).

Com referência à prática de abortamentos, sabe-se que a maioria das gestações na adolescência não são planejadas e por conseguinte, grande parte passa a ser indesejada, levando muitas adolescentes a submeterem-se ao aborto, uma prática ilegal na maior parte dos países da América Latina, com exceção de Cuba. Nesses países, portanto, existe um

subregistro importante do número de abortos. As adolescentes que resolvem abortar, por sua vez, o fazem numa etapa avançada da gravidez, em situações inadequadas e recorrem a pessoas não capacitadas e que não cumprem com os mínimos requisitos técnicos de higiene e segurança (Monroy, 1992).

Rodrigues et al. (1995) informam que no Brasil estima-se que sejam realizados 05 milhões de abortos clandestinos por ano e um terço deles em adolescentes. Segundo Souza (1995), a nível mundial as adolescentes seriam responsáveis por 30% do total de casos de abortamento.

A mortalidade materna para as adolescentes está relacionada com a mortalidade materna geral. Quando as adolescentes recebem os cuidados apropriados, as taxas de mortalidade para esse grupo etário não são maiores do que para os outros grupos etários. Nos países que apresentam mortalidade materna alta, a mortalidade entre mães adolescentes é ainda maior; por outro lado, quando a mortalidade materna é baixa, a mortalidade entre adolescentes é menor do que a total (Correa & Ávila, 1991; Romero et al, 1992).

No Brasil, as complicações da gravidez, parto e puerpério são a 6^a causa de óbito entre as adolescentes, principalmente nas jovens de 10 a 16 anos de idade (BRASIL; MS, 1996).

São muitas as consequências da gravidez na adolescência, afetando vários aspectos da vida e do bem-estar das mulheres jovens, de seus filhos e de sua família. Contudo, os efeitos da baixa idade materna nos resultados obstétricos e neonatais são difíceis de separar das influências do nível sócio-econômico, da escolaridade da adolescente e da qualidade de suporte social a ela oferecido (McAnarney & Hendee, 1989).

A ocorrência de certas complicações como a pré-eclâmpsia, anemia, crescimento intra-uterino retardado e recém-nascido prematuro, podem ser explicadas também em decorrência da não procura ao pré-natal ou seu início tardio (no terceiro trimestre de gestação) por parte das adolescentes. (Maia Filho, 1991; Monteiro, 1998).

Isto tem preocupado as autoridades de saúde, pois a adolescência constitui um período onde os jovens encontram-se num processo de desenvolvimento e maturação corporal, com intensas modificações psicossociais, razão pela qual ainda encontram-se

cheios de incertezas, inseguranças e receios das situações que lhes afetam. No entanto, quando tais mudanças somam-se a uma gravidez precoce, acrescenta-se pesada carga emocional e social na vida da adolescente (Aberastury & Knobel, 1989).

Com isto, verificamos que, além da imaturidade biológica, as condições psicossociais também interferem de forma negativa sobre o desempenho obstétrico, nos resultados neonatais e perinatais. Do ponto de vista psicossocial, a adolescente grávida e seu feto são considerados pela Organização Mundial de Saúde como uma *gestação de risco*, decorrendo daí maior necessidade de um melhor acompanhamento pré-natal e de assistência hospitalar especializada (BRASIL; MS 1996).

Esses dados são os números oficiais do problema; acrescenta-se a eles as gestações que terminam em aborto por falta de informações e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e então teremos a questão da gravidez na adolescência com uma magnitude ainda maior, difícil de ser quantificada com exatidão, mostrando que estratégias eminentemente educativas e assistenciais coerentes com a realidade devem ser implementadas.

1.3) Assistência integral à saúde do adolescente

A partir da segunda metade da década de 80, a Organização Mundial de Saúde/OMS, o Fundo das Nações Unidas para Infância/UNICEF e o Ministério da Saúde/MS têm mostrado crescente interesse em relação à saúde na adolescência, através de pesquisas, publicações e elaboração de programas, principalmente no que se refere ao comportamento reprodutor da adolescente e às consequências biológicas e psicossociais provocadas pela gravidez, o aborto e as doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária (O.M.S./UNICEF, 1989).

No Brasil, a importância demográfica do grupo das adolescentes, que corresponde a 16.000.250 mil ou a 49,96% da população adolescente do país, conforme Censo Demográfico de 1991 e, sua vulnerabilidade aos agravos de saúde associada às questões econômicas e sociais, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente a esse grupo etário" (BRASIL; MS, 1993).

De acordo com a O.M.S/UNICEF (1989), o problema da gravidez e parto em jovens na puberdade e adolescência está atualmente agravado pelo rápido aumento do número de gestações, tanto desejadas quanto indesejadas e, principalmente, pelo elevado número de abortos e doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, a importância da saúde reprodutiva de adolescentes só passou a ser formalmente reconhecida pelas organizações de saúde a partir da Assembléia Mundial de Saúde em 1984, quando foi instituída uma resolução enfatizando a necessidade de maior maturidade antes de uma gravidez nesta fase da vida e onde foi incorporado o Programa de Saúde do Adolescente ao oitavo Projeto Geral de Trabalho da Organização Mundial de Saúde.

Desde 1985, vem sendo feitas recomendações para que os governos adotem providências no intuito de evitar a gravidez em adolescentes e insistam na educação sexual e no planejamento familiar de forma mais ampla e disponível aos jovens. “*A Conferência Internacional sobre Melhor Saúde para Mulheres e Crianças, em 1986, também já alertava para a realização de tais ações através destes programas*” (O.M.S /UNICEF, 1989).

Em 1989, o Ministério da Saúde, no Brasil, propôs sistematizar, no Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente/PROSAD, os cuidados com a saúde dos adolescentes, enfatizando a situação das mulheres frente aos riscos da gravidez, parto e do aborto na adolescência e suas implicações sob os aspectos biológicos, psicossociais e econômicos (BRASIL; MS, 1991).

Para amenizar esse problema, o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente-PROSAD tem privilegiado e incentivado a formação de equipes multidisciplinares para a atenção à saúde do(a) adolescente, principalmente as gestantes, com a concepção de que, “... os adolescentes devem ser assistidos por um programa de atenção integral que atenda suas necessidades biopsicossociais e, para isto, é necessário o atendimento por uma equipe composta por um grupo de profissionais: médico obstetra, enfermeiro, pediatra, psicólogo, odontólogo, nutricionista, assistente social e auxiliar de enfermagem que compartilham uma meta de saúde e objetivos comuns, determinados pela necessidade da comunidade” (BRASIL; MS, 1993).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (1996) define objetivos, diretrizes e estratégias para o PROSAD que têm a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vêm sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

De acordo com o Ministério da Saúde(1996), este Programa deverá ser executado dentro dos seguintes critérios básicos:

- A implantação do PROSAD deve ter como princípio básico a atenção integral com abordagem multiprofissional, através de um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra - referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência;
- Farão parte deste sistema hierarquizado as unidades do Sistema Único de Saúde e unidades de referência governamentais e não governamentais;
- O acesso do adolescente ao PROSAD ocorrerá preferencialmente através da rede de atenção primária com enfoque na promoção e prevenção da saúde;
- Os profissionais de saúde deverão ser sensibilizados e capacitados, visando a formação de equipes multiprofissionais voltadas para a atenção integral do adolescente;
- O cumprimento dos objetivos e diretrizes do PROSAD devem ser periodicamente avaliados qualitativa e quantitativamente, para possíveis redirecionamento das ações;
- Deverá ser implantado um sistema de informação e documentação com enfoque epidemiológico, dentro de um sistema nacional de saúde;
- O PROSAD deverá contemplar o incentivo à pesquisa clínica e participativa visando contribuir para o melhor conhecimento da realidade biopsicossocial do adolescente;

Para o alcance dessas diretrizes, foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- Normatizar as ações nas áreas prioritárias do Programa;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- Estimular a criação de um sistema de informação e documentação;
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucionais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal.

As atividades básicas dirigidas ao adolescente constituem um conjunto de ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Essas atividades são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a saúde do escolar, a saúde mental, a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção de acidentes e a abordagem da violência e maus tratos. Dentre as atividades direcionadas à saúde reprodutiva, o PROSAD normatiza e estabelece a assistência ao planejamento familiar; ao pré-natal, parto e puerpério; às doenças sexualmente transmissíveis e aos problemas ginecológicos. Estas ações devem seguir as diretrizes básicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM que, por sua vez, é subordinado ao Serviço de Assistência à Saúde da Mulher- SEASM e, conseqüentemente ao Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 1996).

1.4) Contextualização da assistência pré-natal

Historicamente, encontram-se as primeiras referências com relação ao aconselhamento durante as gestações nos livros hindus e nas publicações de Raynald (1570), Mauriceau (1668) e Smillie (1774), porém o verdadeiro acompanhamento só se verifica no início deste século, quando as enfermeiras da Associação de Enfermagem de Boston, pensando em contribuir com a saúde das gestantes, iniciaram visitas domiciliares a todas as gestantes registradas para o parto no Boston Lying-In Hospital. As visitas tiveram tanto sucesso que este princípio foi gradualmente aceito, culminando na atual concepção de pré-natal, onde há valorização do binômio materno-fetal (Neme, 1994; Leite, 1995).

A assistência a gestante encerra um dos pontos paradoxais da medicina moderna. Pouca medicina formal é necessária no caso da mulher normal cuja, gestação evolui normalmente. Por outro lado, as gestantes que apresentam elevado risco em relação à sua saúde e/ou a do feto requerem a aplicação da tecnologia científica apropriada (Chamberlain, 1995).

O pré-natal é considerado como área prioritária na atenção à saúde da mulher, dentre os muitos aspectos a que os serviços de saúde devem dar atenção quando se trata de zelar pelo bem-estar físico e psicossocial das mulheres, principalmente em se tratando de sua vida sexual, da concepção e da saúde reprodutiva. É formado por um conjunto de atividades, cuja finalidade é identificar, o mais precocemente possível, os riscos para o feto e para a mãe e, tem como objetivo primordial assegurar que toda gestação termine com o nascimento de um feto saudável sem prejuízo da saúde materna (BRASIL; MS, 1993). No entanto, de acordo com Nogueira (1994), Leite (1995) e Lima (1996), este tipo de assistência à saúde coletiva ainda apresenta-se como um grave problema no Brasil, tanto pela deficiente cobertura como pela sua baixa qualidade no atendimento.

Mas, sabe-se que, a qualidade dos cuidados prestados durante o período gestacional com a regularidade preconizada pelas ações programáticas têm, reconhecidamente um impacto significativo na saúde materno-fetal. Logo, a ausência ou a inadequação do pré-natal traz como consequência maiores possibilidades de complicações e morbimortalidade materna e perinatal. (Sales et al., 1994; Halpern et al., 1998). Entretanto, de acordo com Rezende (1991), a mortalidade perinatal é cinco vezes mais elevada nas pacientes que não realizam acompanhamento pré-natal.

Segundo o Ministério da Saúde (1996), para o desenvolvimento de um pré-natal efetivo o serviço de saúde deve oferecer e garantir as condições essenciais para uma assistência com qualidade, como: *“uma área física adequada; recursos humanos capacitados; captação precoce das gestantes; controle periódico e contínuo, equipamentos e instrumental básicos; Instrumentos de registro e estatística; medicamentos ; apoio laboratorial mínimo; sistema de referência e contra-referência e avaliações das ações realizadas”*.

A assistência pré-natal deve ter, fundamentalmente, caráter preventivo, porém sem negligenciar seu componente curativo. E, conforme afirma Neme (1994), um pré-natal de qualidade deve ter como objetivos:

- 1) Identificar associações mórbidas e tratá-las;
- 2) Garantir o estado geral da gestante ou melhorá-lo;
- 3) Prevenir a ocorrência de entidades específicas do período gestacional como a Doença Hipertensiva Específica da gestação (DHEG);
- 4) Propiciar adaptação perfeita do organismo materno às solicitações do ciclo grávido- puerperal;
- 5) Orientar hábitos de vida adequados à gestação;
- 6) Prover assistência psicológica com preparo para o parto, valorizando o parto transpelviano;
- 8) Orientar quanto à puericultura;
- 9) Dar atenção a todas as condições que possam trazer dano ao bem-estar fetal;

E, de acordo com as normas de atenção à saúde Integral do adolescente, relacionadas à assistência pré-natal, publicadas pelo Ministério da Saúde (1996); O conteúdo mínimo referente às ações educativas deverá incluir: *“Anatomia e fisiologia, Higiene pessoal, nutrição, relacionamento familiar, lazer, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, exames complementares, vacinação, assistência ao parto e ao puerpério, aleitamento, direitos e deveres legais e planejamento familiar”*.

A gestação é um fenômeno fisiológico com evolução favorável, na maioria dos casos sem intercorrências, porém um grupo de gestantes, com alguma peculiaridade ou doença pré-existente, tem maior probabilidade de ter uma evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Estas são as gestantes de alto risco que apresentam os chamados fatores de risco que são características ou circunstâncias que se associam à maior probabilidade do indivíduo sofrer dano à sua saúde (Rezende, 1991; Neme 1994).

Os principais fatores de risco na gravidez são: mulheres com idade nos extremos da vida reprodutiva, isto é, gestantes com idade menor que 18 anos ou acima de 36 anos, diabetes, hipertensão, cardiopatia, tabagismo e alcoolismo, moradia sem saneamento básico, assistência pré-natal deficiente, baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar. Por conseguinte, o grupo de alto risco necessitará de melhor acompanhamento, num nível de maior complexidade, em segundo ou até terceiro nível, com pessoal e equipamentos mais especializados. Assim, o acompanhamento pré-natal de uma gestante de baixo risco será diferente da de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de pessoal que presta a assistência (BRASIL; MS, 1996).

No entanto, os pesquisadores no assunto são unânimes em afirmar que “... *a falta ou a inadequada assistência pré-natal e ao parto são os principais fatores que contribuem para os maiores índices de intercorrências clínicas e obstétricas apresentadas pelas gestantes adolescentes*” (Vitiello, 1988; Rezende, 1991; Neme 1994; Monteiro et al, 1998).

O Ministério da Saúde (1998) ressalta que, dependendo de cada região do país, uma média de 35% das gestantes não realizam uma assistência pré-natal adequada com um mínimo de consultas e exames necessários a um bom desenvolvimento gestacional. No ano de 1996, foram realizadas no Brasil 3,5 milhões de consultas pré-natal, o que representou uma média de 127,4 consultas para cada 100 partos, representando pouco mais de uma consulta para cada parto, quando, no mínimo, preconiza-se a realização de seis consultas pré-natal durante a gestação .

Com base nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - PNAD realizada pelo IBGE em 1996, verifica-se um total de 1.346.045 habitantes no município de Recife. Tendo em vista que a população de baixa renda, isto é, a que tem rendimentos inferiores a 2,5 salários mínimos representa, aproximadamente, 66% do total da população

de municípios com mais de duzentos mil habitantes, chega-se ao número de 888.389 habitantes. Por meio de informações obtidas no manual do Ministério da Saúde - *Orientação para Organização de Centros de Saúde: Planejamento Local (1993)* - calcula-se que a população de gestantes encontra-se em torno de quatro por cento de uma dada população. Portanto, pode-se estimar que há uma média de 35.535 gestantes de baixa renda em Recife por ano. Considerando que uma média de 8.350 são adolescentes e que os três serviços que desenvolve assistência pré-natal específica para adolescentes (O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM; o Instituto Materno Infantil de Pernambuco-IMIP e o Hospital Agamenon Magalhães), atendem a uma média de 3.600 gestantes adolescentes por ano, constata-se uma grande deficiência de cobertura, mesmo quando consideramos somente a demanda da capital.

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde/PNDS, constatou-se que 13,9% das mães de crianças menores de cinco anos no Brasil, em 1996, não havia recebido atendimento pré-natal, sendo esta ausência maior na região Nordeste, 25,6%. E, nas áreas rurais, a situação é mais grave, uma vez que 30,8% das mães não tiveram atendimento pré-natal, embora a cobertura tenha melhorado nas últimas décadas, pois em 1980, este percentual era de 53% (BRASIL/BEMFAM, 1997).

Dessa forma, torna-se evidente a grande escassez de serviços específicos para adolescentes em Recife, com profissionais sensibilizados e treinados para acompanhar esta clientela, pois constatamos a assistência de pré-natal com equipe multidisciplinar apenas nas três instituições citadas acima, tendo em vista que, somente no município de Recife, em média 8.350 adolescentes engravidam todo ano, ficando evidente que as mulheres e, principalmente as adolescentes, ainda não são contempladas com programas e serviços adequados para assistência à saúde reprodutiva.

Em 1995, foi realizada uma avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM e do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente/PROSAD nas unidades municipais de referência de todas as Diretorias de Saúde de Pernambuco, pelo Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado, e, os resultados mostraram, em todo estado, um baixo grau de implantação das ações programáticas propostas. E, das ações consideradas implantadas, o pré-natal apresentou apenas 10,9% de implantação das atividades avaliadas (PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado, 1996).

Além da deficiência de vagas nos serviços de pré-natal para adolescentes das instituições de referência, constata-se que nenhuma unidade básica de saúde da rede municipal oferece esse tipo de atenção (RECIFE- Secretaria Municipal de Saúde, 1997), fazendo com que o cotidiano dessas gestantes se torne uma peregrinação por postos de saúde e hospitais à procura de uma vaga para consulta e/ou para dar à luz. Essa situação estressante muitas vezes ocorre durante o trabalho de parto, gerando um risco desnecessário a um episódio que poderia ocorrer sem complicações.

Todo esse descaso com a assistência à mulher e à adolescente é inaceitável quando se sabe que cerca de 200.000 adolescentes abortam todo ano e que os altos índices de mortalidade materna observados no Brasil o colocam em igualdade com os países socialmente mais atrasados do mundo, tendo em vista que o risco de uma mulher morrer pelas complicações da gravidez ou parto, no Brasil, é de 1 para cada 130 casos, onde o índice ideal, pelos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 1 para cada 3 mil casos (Nascimento, 1998).

O direito do adolescente à saúde é consagrado como um dos direitos humanos básicos, tanto no âmbito dos instrumentos internacionais quanto no âmbito da legislação brasileira. Trata-se, no entanto, de direitos que demanda para sua efetiva fruição, da implantação de serviços, programas e políticas públicas; o que implica um complexo conjunto de considerações sobre o papel do Estado e da sociedade na garantia de tal direito (Piovesan, 1997).

O acesso e a garantia do acompanhamento pré-natal é um indicador chave para a avaliação do grau em que a saúde, “como direito de todos e dever do Estado estabelecidos pela Constituição Federal de 1988”, se encontra no Brasil. Entretanto, o artigo 227 do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA é taxativo ao tornar um dever do Estado e da sociedade civil garantir a prioridade de atendimento às necessidades dessa população. E, mais especificamente, o artigo 11º assegura o atendimento médico à criança e ao adolescente através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (ECA/MS, 1990).

A garantia deste serviço e seus adequados procedimentos devem ser estendidos à parcela da população ainda não beneficiada. Mas, enquanto o Ministério da Saúde propõe

os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Adolescente (PAISM e PROSAD), elaborados sob a ótica da universalização e integralidade à mulher e à adolescente, municípios como Recife, e tantos outros, ainda encontram-se na contra mão destas propostas, verificando-se dificuldades na concretização de ações básicas de saúde.

Contudo, além das reivindicações por um acesso ampliado à assistência pré-natal, torna-se necessário questionar e investigar a qualidade dos serviços e seu real impacto na saúde das gestantes adolescentes e seus recém-nascidos.

1.5) Avaliação da qualidade em serviços de saúde

Os primeiros estudos contemporâneos apresentados na literatura versando sobre avaliação do ensino e das práticas em saúde foram: o relatório Flexner (1910), o trabalho de Codman (1916) e o famoso estudo do Colégio Americano de Cirurgiões realizado no final da segunda década deste século. No primeiro estudo, o autor ao avaliar a educação médica, atenta para a necessidade de controle do exercício profissional e denuncia as precárias condições da prática médica. Também seguindo as mesmas determinações, o segundo trabalho, apresentou uma proposta metodológica de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. E sob a influência do trabalho de Codman, o terceiro estudo registra que entre os 800 hospitais examinados, menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade. Como consequência destes estudos, criou-se em 1928 a base para a formação da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (Reis et al.,1990, Leite, 1995).

Embora questionamentos a respeito dos benefícios das intervenções em saúde sejam bastante antigos, é possível tomar a década de 50 como marco inicial da consolidação da avaliação dos serviços enquanto objeto de investigação científica, dentro do movimento mundial que estabeleceu os serviços de saúde como 'campo' científico. Este movimento teve como principais provocadores a grande expansão dos serviços de saúde, o rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, os enormes custos das novas técnicas e a crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde (Nemes, 1995).

O novo campo científico resultante de limites pouco nítidos e denominado, no início dos anos 50, nos E.U.A., de "investigações sobre atenção médica" teve seus objetos criados a partir da necessidade de se obter conhecimento mais acurado acerca das várias formas de organização da atenção à saúde, bem como acerca da efetividade, eficiência e idoneidade dos serviços (Silver, 1992). As primeiras investigações foram baseadas, predominantemente, na utilização de métodos epidemiológicos e na avaliação de procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Os mecanismos de avaliação caracterizaram-se pela investigação do custo-benefício, pela atuação dos profissionais e através da opinião dos usuários. Estes mecanismos se desenvolveram lentamente, isso porque esta área de estudo nunca foi considerada como aspecto essencial (Donabedian, 1988; Sala, 1993).

A progressiva institucionalização da assistência à saúde determinou um redirecionamento nas abordagens avaliatórias. Recentemente, as investigações sobre os serviços acumularam-se e tornaram-se mais complexas, agregando-se aos primeiros estudos referenciais de outras disciplinas científicas (Nemes, 1995). A avaliação passou a ser, de certo modo, "profissionalizada", adotando uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos. No continente americano, associações como a American Evaluation Association e a Canadian Evaluation Society contribuíram muito para esse movimento (Hartz et al., 1997).

No decorrer dos anos 70 a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs. O Período de implantação dos grandes programas, baseados no seguro médico, estava terminado. A diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que, por isso, uma acessibilidade suficiente de todos a serviços de qualidade seja questionada (idem. 1997).

No Brasil, a partir dos anos 80, com a falência financeira e política da Previdência Social começou-se a discutir sobre novas políticas de saúde e a reorganização dos programas e serviços de saúde. Consequentemente, foram estabelecidas as Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), os princípios da reforma sanitária que foram ressaltados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o Sistema Único e Descentralizado de Saúde- SUDS (1987) e finalmente o Sistema Único de Saúde- SUS (1990) aprovado na Constituição Federal de 1988. Neste contexto, a avaliação da qualidade dos serviços passa

a ter relevância. Como consequência, foi criado o Grupo de Trabalho da “Qualidade da Assistência à Saúde” pelo Ministério da Saúde, cuja função principal era a “proposição de políticas, a formulação de diretrizes e a elaboração de normas de âmbito nacional que assegurassem a qualidade da assistência à saúde” (Leite, 1995; BRASIL; MS, 1998).

Nas últimas décadas, as discussões sobre avaliação da atenção à saúde têm-se baseado nos estudos de Donabedian (1978; 1982; 1988), Chen & Rossi (1983), Vuori (1991) e Novaes (1991), sendo estes mais direcionados à qualidade da prática médica. Atualmente, têm surgido muitos trabalhos voltados para a qualidade dos programas e serviços de saúde, envolvendo os aspectos técnicos, humanos, organizacionais e suas relações com o contexto político e sócio-econômico em que estão inseridos. Estes são baseados nos estudos de Yin (1984); Patton (1986); da Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (1987); Denis & Champagne (1990); Contandriopoulos (1992) e no Brasil, nos estudos de Campos (1988); Costa et al. (1989); Sala (1993) e Hartz (1993; 1997), entre outros.

Por conseguinte, o termo avaliação possui inúmeras definições e poderíamos até dizer que cada avaliador constrói a sua. No entanto, de acordo com Cantandriopoulos et al. (1992), *“avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e de normas através da pesquisa normativa”. Na avaliação normativa, julga-se a intervenção verificando se os recursos empregados, a organização (estrutura) e os serviços ou bens (processo) estão sendo produzidos de modo adequado para atingir os resultados e se os resultados obtidos correspondem aos esperados de acordo com critérios e normas pré-estabelecidas”.*

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. E, dessa forma ela é caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços (bens e atividades); efeitos e o contexto, e pode ser uma técnica, um tratamento, uma prática, um serviço, um programa, uma organização ou uma política. Entretanto, é preciso sabermos que os objetivos de uma avaliação são numerosos e podem ser explícitos

e implícitos, consensuais e conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por um e são de quatro tipos: - Ajudar ao planejamento e à elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), - Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo), - Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida (objetivo somativo) e - Contribuir ao progresso dos conhecimentos, à elaboração teórica (objetivo fundamental) (Hartz et al, 1997).

Para Donabedian (1988), a avaliação da qualidade traz, em seu bojo, dificuldades que necessitam ser definidas previamente. A primeira se refere ao que se considera por qualidade em saúde. Esta dificuldade parte do princípio de que o que é "ótimo" para o indivíduo pode não ser para outro ou para a coletividade. A segunda está no que se pretende avaliar. Na avaliação técnica dos profissionais, o autor fala em dois componentes da qualidade da performance profissional: o técnico e a relação interpessoal. E a terceira dificuldade está em como medir a qualidade. Os conceitos de qualidade devem ser traduzidos em representações mais concretas, capazes de ter algum grau de quantificação para a construção de escalas de valores.

Antes de avaliarmos a qualidade de um serviço, é necessário estabelecermos a definição do que vem a ser qualidade. Donabedian (1982) levanta uma série de questões sobre os elementos que compõem a qualidade na saúde e a define como: *“aquele tipo de assistência que se espera possa proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda a sua complexidade”*. E, para esse mesmo autor a noção de qualidade tem dois componentes básicos: a definição e medida do estado de saúde e das mudanças ou diferenças deste estado; e a especificação do cuidado médico associado com qualquer resultado relativo a um estado de saúde. (Donabedian, 1982)

Mas, o que é qualidade na atenção à saúde? Muitos avaliadores e profissionais que prestam os cuidados de saúde tendem a usar a definição de qualidade como *“a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente ou a comunidade”*. No entanto, o caso não é tão simples assim; qualidade tem muitas facetas e diferentes autores empregam significados distintos para este termo. Atualmente, o termo qualidade compreende um grande espectro de características desejáveis de cuidados e estas incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica (Vuori, 1991).

É óbvio que, desconhecendo-se as características e o desempenho dos serviços, não se pode estabelecer as modificações consistentes e desejadas, necessárias para a melhoria da qualidade. Entretanto, é evidente a impossibilidade de avaliar-se exaustivamente, em todas as dimensões possíveis, a qualidade da atenção à saúde, o que exige uma cuidadosa seleção das unidades de análise (Hartz et al., 1997).

Em nosso meio, têm surgido vários trabalhos enfocando a avaliação da qualidade na assistência materno-infantil. Apesar das ações preconizadas nestes atendimentos serem potencialmente redutoras dos agravos e da morte do binômio mãe-filho, na prática verificamos a deficiência destas ações e índices de morbimortalidade ainda elevados. Deste modo, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde permitirá com maior exatidão determinar os problemas encontrados e, assim, propor soluções concretas e relacionadas com a realidade existente (Carvalho, 1996; Costa & Cardoso, 1996).

Donabedian (1988) ressalta que: “...a melhor estratégia para a avaliação da qualidade é a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (estrutura - processo e resultados)...”. A ESTRUTURA indica os atributos do "local" onde os cuidados são prestados, tendo como parâmetros, recursos humanos e materiais e a estrutura organizacional. O PROCESSO apresenta-se pelo o que é realmente feito em termos dos cuidados prestados, através do processo de elaboração do diagnóstico, implementação do tratamento e recomendação. O RESULTADO refere-se ao efeito dos cuidados sobre o estado de saúde individual e coletivo, avaliando também o grau de satisfação do paciente com a atenção recebida.

Estes três tipos de abordagem, para avaliação da qualidade, são possíveis devido à probabilidade de que a melhoria em um influencie a melhoria do outro, como um encadeamento. O fundamento da abordagem estrutural consiste em que boas pré-condições têm maior possibilidade de produzir um processo adequado de cuidados e um resultado favorável do que pré-condições básicas precárias. O embasamento da abordagem de processo é: "se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido" e finalmente, o fundamento da abordagem de resultado passa pelo desenvolvimento de indicadores do nível de saúde e pela medida da satisfação do paciente (Vuori, 1991).

Sala (1993) vai mais além que Donabedian (1988) e define os enfoques da avaliação de qualidade dos serviços em cinco linhas de aproximação. A primeira procura avaliar “cobertura” (quantidade da população que efetivamente tem acesso ao serviço) e “capacidade resolutive” (população que teve efetivamente acesso ao serviço e que aí teve seu problema resolvido). A segunda linha refere-se à “organização do trabalho” ou do “serviço de saúde” e considera a estrutura que dá suporte às ações de saúde. Corresponde ao primeiro item estrutura - da abordagem proposta por Donabedian (1988). A terceira é referente ao “processo de atendimento”. Considera-se aí o cuidado recebido, seja em termos de eficácia, seja em termos de adequação a um padrão previamente definido, tomado a partir da utilização de instrumentos diagnósticos e terapêuticos ou a partir dos diagnósticos realizados. É a mesma avaliação do processo citada por Donabedian (1988). A quarta linha refere-se à avaliação em termos de, “custo”, ou seja, a análise da relação custo-benefício. Na quinta linha, Sala (1993) considera os resultados finais do atendimento e avalia o “impacto” que o programa produziu na população. Equivale à avaliação do resultado, na concepção de Donabedian (1988), que, segundo esse autor, tem sido utilizado freqüentemente como indicador de qualidade.

Poucos trabalhos sobre avaliação de qualidade em serviços de saúde são feitos nos países pobres, cuja preocupação maior tem sido com a expansão dos serviços para populações mais isoladas, inclusive no Brasil. Segundo pesquisa feita por Forsberg et al. (1992) no medline de 1980 a 1991, apenas seis trabalhos sobre qualidade dos cuidados de saúde haviam sido desenvolvidos nestes países. Em 1986, no Brasil, foi realizada uma avaliação dos serviços de saúde materno-infantis pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (DINSAMI/MS), com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), nos Estados do Pará, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e no Distrito Federal. Este trabalho limitou-se a avaliar somente a estrutura e teve como objetivos testar e validar o modelo proposto pela OPAS, chamado “Condições de Eficiência” e oferecer às instituições participantes, subsídios que permitiriam propor estratégias para melhorar seus serviços. Este modelo enfoca os seguintes aspectos: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, normas e procedimentos, programação e administração, educação em saúde e participação comunitária.

Segundo Forsberg et al.(1992) um dos trabalhos pioneiros na avaliação de qualidade, analisando-se o “processo”, foi conduzido em Moçambique em 1987, sobre manejo da diarreia nos serviços de saúde. Outros, utilizando método semelhante, foram desenvolvidos na Jamaica por Walker et al. (1988) e no Brasil por Sperotto et al. (1990).

O uso dos “resultados” como critério para estimar a qualidade da atenção médica oferece vantagens e desvantagens. Segundo a OPAS/OMS (1992), as vantagens são: - questiona-se pouco a validade; - os resultados tendem a ser bastante concretos e sujeitos a uma medição mais precisa. E algumas desvantagens: - muitos outros fatores podem influir sobre o resultado, além da condição médica; - em alguns casos é preciso que transcorram anos, antes que os resultados pertinentes sejam evidentes; - a medição de alguns resultados, que não foram definidos com precisão, pode ser difícil, como atitude e satisfação dos pacientes, deficiências e reabilitação física.

Para Donabedian (1990), na medição da qualidade dos cuidados de saúde, existem diferentes critérios, onde abordaremos sobre dois: - No primeiro, define-se previamente padrões para estrutura, processos e resultados, compara-se os casos com esse "ideal" e analisa o grau de concordância entre o encontrado e o "ideal". Esse processo é denominado como critério explícito e utiliza-se um "checklist" para produzir avaliações mais precisas com baixo custo. O segundo, depende do julgamento de especialistas e está baseado no conhecimento pessoal e na experiência para julgar o “bom” do processo ou de seu resultado, é denominado de critério implícito. É custoso e impreciso pela falta de normas para quantificação

O critério explícito "checklist" é construído através de um conjunto de atributos estruturais e organizacionais considerados “mínimo obrigatório” para a acreditação dos diversos níveis de assistência e tipos de serviços. Foi utilizado em estudo desenvolvido por Garner et al. (1990), em Papua New Guinea, com o objetivo de medir o nível de cuidado e avaliar a capacidade de cada centro de desempenhar certas tarefas clínicas. E também, pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (DINSAMI/MS), na avaliação dos serviços de saúde materno-infantis de cinco Estados do Brasil com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Outro método que fornece dados para a avaliação do processo e resultado dos serviços de saúde, é chamado de "método dos traçadores". Foi desenvolvido por Kessner et al. (1973), onde propõe que a avaliação seja restrita a certos "episódios representativos" das responsabilidades do sistema de assistência à saúde. Para a escolha dos "traçadores representativos" deve-se considerar a prevalência do problema, a facilidade do diagnóstico e a disponibilidade de tecnologia para a prevenção e/ou tratamento.

Este método foi utilizado, no Brasil, por Hartz (1993) em estudo realizado no Rio Grande do Norte, tendo como traçadores da qualidade da assistência às crianças, o manejo dos casos de diarreia e das infecções respiratórias agudas e por Samico (1994) no ambulatório de pediatria do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, usando como traçadores os casos de desnutrição, anemia, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, tuberculose e atividades de puericultura como o aleitamento materno, vacinação e acompanhamento do crescimento.

Outra forma, muito antiga, também utilizada para avaliação da qualidade que utiliza registros médicos é a "Auditoria". Sua expansão na área de saúde ocorreu com o crescimento dos seguros médicos e a seguridade social, o que levou a uma necessidade de avaliar os serviços, racionalizar os custos. e resguardar os profissionais das ações judiciais. (Reis et al, 1990). A auditoria é necessária para assegurar a qualidade do cuidado e existem três formas de se fazer uma auditoria das atividades profissionais. São elas: a) interna e externa, b) administrativa e c) por revisão de casos ou estatística (Donabedian, 1988) .

No entanto, Novick et al. (1976) apresenta algumas limitações a esses dois últimos métodos, decorrente da dependência dos registros clínicos, visto que há falhas no preenchimento das fichas, na maioria das vezes incompletas, com omissão de dados importantes.

Há críticas para cada tipo de análises apresentadas acima. Por isso Donabedian (1988) considera que o melhor é incluir, em qualquer sistema de avaliação, elementos da estrutura, do processo e dos resultados. Isso permite que a deficiência em uma análise seja suplementada em outra.

No nosso trabalho, a ênfase concentrar-se-á na análise da ESTRUTURA - como requisito para um melhor desempenho do profissional, verificando as conformações físicas e a disponibilidade dos recursos humanos e dos insumos básicos para o desenvolvimento de suas funções e, conseqüentemente no PROCESSO - que avaliará a capacidade técnica e de integração dos profissionais que assistem as adolescentes no ambulatório de pré-natal do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM.

A opção por avaliar a qualidade da atenção baseada na ESTRUTURA e PROCESSO sustenta-se na constatação de que o interesse não está no poder da tecnologia empregada na assistência para alcançar os resultados previstos, mas na determinação do que agora se conhece como "boa" assistência à saúde. Nesses termos, as estimativas se fundamentam em considerações como: a organização dos serviços, suporte básico para a atenção, grau de adequação, integridade das informações obtidas, entre outras (Hartz et al., 1997).

Em geral, as condições inadequadas de acompanhamento em torno dos processos de gravidez, parto e puerpério podem gerar dificuldades generalizadas e obstáculos à saúde da mãe e do bebê. Entretanto, esse estudo justifica-se pela importância da assistência às adolescentes na prevenção de abortamentos, intercorrências e complicações durante o período gravídico e pela necessidade de se implementar um serviço de forma efetiva, que produza impacto sobre a morbimortalidade das adolescentes e seus conceitos, mesmo sabendo-se que a maior efetividade na saúde dessas jovens está na melhoria das condições econômicas e sociais da população.

No interior desta problemática, ressaltamos a motivação para o desenvolvimento deste estudo a partir da necessidade de estabelecer uma apreciação da qualidade da assistência do serviço de pré-natal para adolescentes do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM de acordo com as normas do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente - PROSAD, tendo em vista que em Recife como em todo o país, há uma grande deficiência deste serviço e que o número de adolescentes grávidas vem aumentando a cada ano. E finalmente, pelo fato dessa instituição possuir um ambulatório específico para esta clientela, seguindo as normas do PROSAD, atendendo a uma grande demanda de adolescentes, chegando a ser um centro de referência para o Recife e região metropolitana.

II - OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Avaliar o serviço de pré-natal do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente-PROSAD no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM durante o período de outubro de 1998 a novembro de 1999.

2.2 - Objetivos específicos

- ↘ Investigar a adequação da estrutura e das características organizacionais do pré-natal para adolescentes no CISAM de acordo com as normas do PROSAD.
- ↘ Analisar a disponibilidade, capacitação e integração da equipe de saúde para a assistência às adolescentes no pré-natal do CISAM.
- ↘ Investigar o grau de concordância entre as atividades desenvolvidas (processo) no pré-natal de adolescentes do CISAM e as programadas pelo PROSAD.
- ↘ Conhecer o perfil e as percepções das gestantes adolescentes em relação à estrutura e à assistência recebida no pré-natal do CISAM.
- ↘ Conhecer o perfil e as percepções dos profissionais que assistem a esta clientela em relação à estrutura e à assistência oferecida no pré-natal do CISAM.

III - SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 - Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, de corte transversal, tendo em vista que “... *esse tipo de estudo pode ser utilizado para observar e compreender os aspectos da utilização dos programas e serviços de saúde, visando o planejamento de novas ações, a decisão da alocação de recursos, sua adequação e, conseqüentemente, a otimização dos seus resultados*” (Ebrahim e Sullivan, 1996). Por conseguinte, utilizamos como estratégia metodológica a avaliação normativa, onde avaliamos os recursos empregados, a organização (estrutura) e os serviços ou bens produzidos (processo), com critérios e normas correspondentes.

Todas as avaliações normativas se apoiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Este tipo de avaliação corresponde às funções de controle e de acompanhamento das ações assim como aos programas de garantia de qualidade. (Clemenhagen & Champagne, 1986).

De acordo com Sala (1993), neste modelo há a necessidade de se articular o estudo da estrutura com o processo, dado que os elementos da estrutura definem, em parte, as formas como se procede ao cuidado em saúde e o processo, uma vez realizado em conformidade com o conhecimento técnico-normativo, leva à inferência de um resultado satisfatório.

A opção por trabalhar com a avaliação da estrutura e do processo decorre não somente das dificuldades inerentes à avaliação de resultados finais, mas, principalmente, pela possibilidade mais concreta que visualiza-se na análise da adequação da organização do serviço de saúde, em termos de recursos materiais, humanos, programação e do processo de atendimento de acordo com um padrão de assistência previamente definido (Schraiber et al., 1993).

3.2 – Unidade de análise:

A pesquisa tem como cenário o ambulatório de pré-natal para adolescentes do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM, instituição pública que compõe o Sistema Único de Saúde- SUS e mantém convênio com a Universidade de Pernambuco–UPE. É uma unidade de referência para o atendimento primário e secundário em Ginecologia e Obstetrícia, localizada no bairro da Encruzilhada. Atende à população da cidade do Recife e Região Metropolitana, predominantemente de baixa renda e desenvolve atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, oferecendo estágios práticos para alunos de graduação nas áreas de Medicina e Enfermagem e a nível de pós-graduação através da Residência Médica de ginecologia/obstetrícia e pediatria além do Mestrado em ginecologia e obstetrícia.

Estabelecemos o CISAM como unidade de análise em virtude desta ser a única instituição em Recife a possuir um ambulatório de ginecologia e obstetrícia específico para adolescentes, que vem, desde o ano de 1994, prestando assistência multidisciplinar de pré-natal, planejamento familiar, serviço social, acompanhamento psicológico, ginecológico, às doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer cérvico-uterino, buscando seguir as diretrizes e objetivos do PROSAD, programa subordinado à Coordenação Materno-Infantil (COMIN) do Ministério da Saúde e, em decorrência do ambulatório de pré-natal nunca ter sido objeto de um estudo avaliativo que conseqüentemente, possa subsidiar o planejamento e a organização da assistência e torná-la mais efetiva.

O ambulatório de pré-natal funciona diariamente das 12:00h às 17:00h nas instalações físicas do dispensário que é um serviço onde portadores de tuberculose e hanseníase são atendidos no horário da manhã. Possui uma estrutura constituída por uma sala de espera, uma sala de recepção, dois consultórios, uma sala para palestra e atividades em grupo, além de dois consultórios para o atendimento de psicologia e de assistência social e dois sanitários. O arquivo funciona no ambulatório de pediatria para toda a instituição, isto é, os ambulatórios da mulher, de adolescentes, de pediatria e a maternidade.

3.3 - População alvo e amostra

Constituem-se em população desse estudo: As adolescentes gestantes atendidas no pré-natal, residentes em Recife e região metropolitana, a equipe multiprofissional que assiste a esta clientela e as (os) estagiárias (os) de enfermagem que atendem no pré-natal.

No pré-natal ocorrem cerca de 15 consultas por dia, resultando numa média de 300 atendimentos de adolescentes gestantes por mês, destas cerca de 72 são de primeira consulta. Para a pesquisa, selecionamos uma amostra não probabilística de 22% das 228 usuárias que foram atendidas e que já realizaram duas ou mais consultas. A partir daí, realizamos uma amostragem intencional ou por seleção racional onde entrevistamos 50 adolescentes que compareceram ao serviço de pré-natal durante o mês de setembro de 1999.

De acordo com Polit & Hungler (1995), “a amostra não probabilística deriva-se do fato de que nem todos os sujeitos na população possuem uma oportunidade de serem incluídos na amostra. E na amostragem intencional ou por seleção racional o pesquisador pode selecionar os sujeitos tidos como característicos da população em questão, ou particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas”.

Nesta amostra a busca da representatividade foi de interesse limitado, pois o objetivo da pesquisa não é o de analisar os efeitos da assistência pré-natal sobre as adolescentes gestantes (resultados finais), mas sim algumas peculiaridades desta, como suas características e percepções. Segundo Contandriopoulos et al. (1994), “este tipo de amostra visa aumentar a utilidade da informação e esta deve ser interrompida quando se tornar redundante. Entretanto, quanto mais homogênea for a população alvo, menos necessário será o uso de uma grande amostra”.

Em seguida, através de um “checklist” revisamos todos os 130 prontuários das adolescentes gestantes que iniciaram o pré-natal nos meses de outubro e novembro de 1998. Este período foi escolhido com a finalidade de obter fichas das gestantes que já tivessem concluído o pré-natal ou com o maior número de consultas para podermos acompanhar todo o processo da assistência pré-natal.

Posteriormente, aplicamos questionários para o conjunto da equipe de profissionais diretamente envolvidos com a assistência às adolescentes no PROSAD, constituída por uma obstetra, duas ginecologistas, duas clínicas, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social, três auxiliares de enfermagem e uma auxiliar administrativa, bem como, a onze graduandas do 8º período de enfermagem que estagiaram neste serviço durante o mês de outubro de 1999.

3.4 - Definição das variáveis do estudo

As variáveis foram selecionadas e definidas tendo por base os critérios, normas e rotinas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e implementadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente-PROSAD (BRASIL, MS, 2000), descritas a seguir:

3.4.1) Quanto à estrutura do ambulatório de pré-natal:

- a) **Área física:** Ambiente adequado ao inter-relacionamento da equipe de saúde com a gestante adolescente, mantendo uma área com, no mínimo, uma sala de espera, uma recepção, consultórios estruturados com privacidade, uma sala ampla para reuniões e palestras, arquivo, instalações sanitárias para funcionários e para os usuários.
- b) **Equipamentos e material básico:** Os insumos mínimos necessários para o atendimento adequado são: a) materiais permanentes - (mesas clínica e ginecológica, cadeiras, armário, escadinha, balança, estetoscópio clínico e de Pinard, esfigmomanômetro, termômetro, sonar, gases, espéculos, foco luminoso, antissépticos, fita métrica, pinças, etc.), b) materiais de consumo - (espátulas e lâminas para Papanicolau, preservativos, luvas, lápis, papéis, apagador, grampos, envelopes, fichas, tintas, etc.), c) materiais específicos- São os instrumentos de registro e estatística como: prontuário multiprofissional, fichas para documentação, acompanhamento e sistematização da assistência, cartão da gestante e d) materiais instrucionais (folhetos, cartazes, kits demonstrativos e materiais áudio-visuais).
- c) **Medicamentos básicos:** São as medicações essenciais (anti-anêmicos, cremes vaginais, vitaminas, anti-eméticos, analgésicos, antibióticos e diuréticos) que a unidade de saúde deve manter para suprimento das necessidades da assistência à mulher grávida .

d) Apoio laboratorial e outros exames complementares: As unidades de saúde devem ter um laboratório capacitado ou acesso a um laboratório que garanta a realização dos seguintes exames: tipagem sanguínea – (grupo e fator Rh), sorologia para sífilis - (VDRL), sumário de urina, urocultura, hemograma completo, citologia oncótica e parasitológico. E como outros exames complementares como, a Ultrassonografia pélvica, o teste de tolerância à glicose e a sorologia para HIV.

3.4.2) Quanto às atividades desenvolvidas na assistência pré-natal:

a) Primeira consulta: Deve ser bem detalhada. É essencial a obtenção de uma avaliação cuidadosa e completa da gestante, anotando-se suas queixas, os antecedentes familiares, pessoais e gineco-obstétricos, todo o exame clínico/obstétrico, a solicitação de exames laboratoriais complementares, orientações e encaminhamentos.

b) Agendamento: É a marcação de consultas, reuniões e palestras de preferência com facilidade e com atenção para os casos de urgência e de final de gestação.

c) Consultas subsequentes: São agendadas de acordo com a idade gestacional. Até a 28ª semana de gestação, as consultas são marcadas para 30 dias, passam a ser quinzenais até a 36ª semana e até o trabalho de parto devem ser semanais. O prenatalista deve sempre registrar a cada consulta na ficha de evoluções, todos os procedimentos realizados, os resultados dos exames, as orientações, encaminhamentos e remarcar as próximas consultas.

d) Exames físico/obstétrico: Convém realizar exame físico e obstétrico relevante, pesquisando a estatura, o peso, a pressão arterial, ausculta cardíco-pulmonar, pesquisa de anemia, edemas em membros inferiores, exames de mamas, vulva e perfil vaginal, palpação abdominal, altura de fundo uterino e ausculta fetal.

e) Ações educativas e preventivas: Os assuntos mínimos para informações das adolescentes devem incluir orientações sobre: nutrição, higiene pessoal, doenças sexualmente transmissíveis, trabalho de parto, nascimento, puerpério, amamentação, exames complementares, relacionamento familiar, sexualidade, prevenção de gravidez recorrente e cuidados com o recém-nascido.

- f) Diagnóstico e condutas nas queixas mais frequentes durante a gestação:** As necessidades de saúde das gestantes de baixo risco são resolvidas com procedimentos simples pelo nível primário de saúde. As do grupo de risco requerem assistência mais especializada. A maioria das queixas diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos. No entanto, as queixas mais frequentes são: náuseas, vômitos e tonturas, falta de ar, pirose, fraquezas e desmaios, dor abdominal, cólicas, corrimento vaginal, dificuldade para urinar, dor nas mamas e lombar, cefaléia, varizes, cãimbras e estrias.
- g) Sistema de referência e contra-referência:** É a garantia da referência formal para todas as usuárias, de modo a possibilitar seu acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme a necessidade de cada caso, e assegurar o retorno das usuárias ao serviço de origem para o seguimento da sua assistência.
- h) Encaminhamentos:** Os encaminhamentos necessários e importantes para a promoção de uma assistência pré-natal integrada são: citologia oncótica, vacina antitetânica, assistência odontológica, grupos de gestantes, palestras e clínicas especializadas (psicóloga, assistente social, nutricionista, ginecologista, herbeatra).

3.4.3) Quanto aos recursos humanos:

- a) Qualificação profissional:** A equipe multiprofissional deve ser composta por profissionais habilitados em suas respectivas especialidades e interessados para utilização das normas e rotinas da assistência integral às adolescentes de acordo com suas competências, respeitando-se as funções dos demais.
- b) Treinamento no programa:** Atenção especial deve ser dada ao treinamento, capacitação e educação continuada da equipe para a abordagem biopsicossocial na gestação não programada, onde faz-se necessária decisiva ação educativa, valorizando a gestação e a prevenção de complicações.
- c) Disponibilidade e adesão às normas e procedimentos:** Os profissionais devem dedicar-se no mínimo 16h semanais para o desenvolvimento de atividades assistenciais e

educativas, cumprindo todas as normas técnicas e rotinas da assistência integral à saúde da adolescente de acordo com o PROSAD/Ministério da Saúde.

d) Registro dos Dados: Os dados dos atendimentos individuais, em grupo e das palestras devem ser registrados e computados sistematicamente para fins de registro de produção e informações.

e) Envolvimento multiprofissional: É desejável que a equipe seja a mais completa possível e que atue de forma integrada para o planejamento das atividades e o desenvolvimento dos atendimentos em nível individual (consultas e encaminhamentos), bem como a participação em grupos e reuniões multiprofissionais com as adolescentes.

3.5 - Instrumentos e métodos para coleta dos dados:

Para a coleta dos dados, obtivemos a permissão da direção e da comissão de ética da instituição (CISAM). Consultamos todos os sujeitos envolvidos, antes esclarecendo-os sobre o estudo proposto, respeitando a disponibilidade, as decisões e a liberdade em participar ou não da pesquisa, tendo a preocupação em manter a privacidade da imagem dos participantes, garantindo a confidencialidade das informações. Foi obtido consentimento da comissão de ética da instituição formulado por escrito (anexo -01). Com relação aos participantes, foi solicitado consentimento verbal.

Para a estimativa do grau de adequação da estrutura e do processo assistencial do ambulatório de pré-natal às normas programáticas, aplicamos um instrumento de avaliação (anexo 02), construído a partir de dois instrumentos de avaliação e adaptado aos nossos objetivos, contendo 85 questões estruturadas com indicadores que cobrem as seguintes áreas temáticas: tipo de estabelecimento, estrutura física, recursos materiais e humanos, normas e procedimentos de atenção pré-natal, programação, administração e ações educativas.

O primeiro instrumento no qual nos baseamos, estima as “Condições de Eficiência da Atenção Materno-Infantil”, destinado aos diferentes tipos de cuidados ambulatoriais e hospitalares. Foi elaborado por peritos da Organização Panamericana de Saúde - OPAS

juntamente com a Organização Mundial de Saúde-OMS (1987), utilizando-se uma técnica de Delphes, onde escolheram mais de uma centena de indicadores e sua relativa ponderação para a estrutura organizacional e administrativa. *“Este tipo de análise assegura uma validade de conteúdo favorável à pesquisa, cobrindo todos os aspectos julgados importantes para a atuação de um serviço de assistência materno-Infantil, levando em conta, ao mesmo tempo, as restrições próprias de cada um”* (Hartz et al 1995).

O segundo instrumento foi elaborado pela equipe da Divisão de Saúde da Mulher e Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para avaliação do grau de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente- PROSAD em todas as regionais de saúde do Estado, composto por vinte e nove questões, referentes aos registros de dados, recursos humanos e materiais e às ações desenvolvidas. (Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 1996).

As entrevistas com as gestantes adolescentes foram realizadas pelo próprio pesquisador, onde diariamente eram entrevistadas em torno de cinco usuárias que compareciam ao setor com duas ou mais consultas no pré-natal, entendendo-se que para terem condições de responder aos nossos questionamentos de forma satisfatória, as adolescentes necessitariam de um conhecimento mínimo do atendimento e da rotina do serviço. O instrumento para entrevista (anexo-03), foi composto por 25 questões estruturadas, onde abordamos algumas características pessoais das adolescentes, suas percepções relacionadas à gravidez e sobre as consultas como: acessibilidade, atendimentos, orientações recebidas, aceitabilidade e sugestões para melhorar a assistência pré-natal.

Com a equipe multiprofissional envolvida no atendimento das adolescentes, utilizamos questionários auto-aplicáveis, com perguntas abertas e fechadas (anexo-04), abordando a qualificação profissional, suas percepções sobre a gravidez nesta faixa etária, a assistência pré-natal em Recife e no CISAM, o conteúdo teórico-prático do PROSAD, a satisfação com o serviço, a oportunidade para aperfeiçoamento e sugestões para a melhoria do serviço. Com as graduandas de enfermagem que estagiaram no pré-natal, aplicamos questionários (anexo-05), indagando sobre a oportunidade de treinamento/ aprendizagem, sobre a supervisão do estágio, a estrutura do serviço, os equipamentos e materiais, a integração e capacidade dos profissionais e a qualidade da assistência às adolescentes.

Como medida complementar, realizamos a revisão dos prontuários utilizando um “checklist” com 51 itens (anexo 06), elaborado com as normas mínimas para a assistência pré-natal de baixo e de alto risco de acordo com o PROSAD e o Ministério da Saúde, com a finalidade de constatar se todos os procedimentos realizados nas consultas foram adequadamente registrados nestes documentos, tendo em vista que “este tipo de estudo necessita de uma coleta de dados diversificada que abranja, simultaneamente, elementos quantitativos e qualitativos referentes à organização do serviço e ao modo de intervenção a que se propõem os subprogramas, envolvendo os diferentes níveis de explicação do fenômeno a ser analisado e a relação entre o conteúdo programado e o estabelecido na realidade” (Hartz, et. al. 1997).

3.6 - Análise dos dados

Os dados quantitativos foram digitados pelo autor nos bancos de dados específicos de acordo com cada instrumento e analisados utilizando-se o programa EPI-INFO versão 6.04. Inicialmente, agrupamos alguns dados e em seguida construímos tabelas com distribuições de frequência para análises univariadas. Para análise dos dados qualitativos, realizamos recortes temáticos e determinamos categorias das respostas mais frequentes e/ou representativas.

Neste contexto, é importante considerar a informação obtida dos sujeitos envolvidos o que, com grande frequência, não é facilmente quantificada já que implica em se obter dados sócio-antropológicos. Assim, uma abordagem qualitativa em conjunto com informações quantitativas confiáveis torna o processo avaliativo mais significativo (WHO apud Samico, 1995).

O processo analítico foi realizado comparando-se o grau de adequação entre o que vem sendo desenvolvido na atenção à adolescentes e o que está estabelecido como normas pelo Ministério da Saúde através do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente-PROSAD.

Para a classificação das condições de eficiência do serviço, atribuímos as proporções de pontos obtidos em relação ao número máximo esperado (fixado no instrumento de avaliação), permitindo classificá-lo de acordo com as áreas temáticas e em sua globalidade. Os limites para a classificação se enunciam da seguinte forma: Crítico (C) para os valores de 0 a 39%; Não-satisfatório (NS) para os valores de 40 a 79% e aceitável (A) para 80% e mais (OPAS/OMS, 1987).

Na análise do processo assistencial, além do instrumento de avaliação de eficiência, centramos a atenção nas atividades de documentação dos profissionais, mediante pesquisa nos prontuários, juntamente com as entrevistas e questionários, o que nos forneceu subsídios para a apreciação dos registros, das condutas diagnósticas e terapêuticas tomadas e da continuidade da assistência.

IV - RESULTADOS

4.1 – Caracterização do ambulatório de pré-natal

O ambulatório de Assistência Integral à Saúde do adolescente é um estabelecimento estadual que atende os níveis primário e secundário de atenção à saúde e é integrado ao Ambulatório de Assistência à Saúde da Mulher do CISAM. A assistência pré-natal é uma das várias especialidades que esta unidade oferece às adolescentes.

O atendimento específico para as usuárias de 12 a 19 anos com algumas especialidades médicas teve seu início em 1994, quando o serviço passou a priorizar o atendimento a esta faixa etária, em virtude do grande aumento de adolescentes grávidas e portadoras de doenças sexualmente transmissíveis e época em que a Secretaria Estadual de Saúde começou a implantar o PROSAD no Estado de Pernambuco. Mas, apesar de todo esse tempo, não existem relatórios ou avaliações sobre o serviço.

No ambulatório do PROSAD são realizadas em torno de 55 consultas diariamente em todas as especialidades. No pré-natal ocorrem em média 15 consultas por dia, resultando em 300 atendimentos de gestantes por mês. A marcação das consultas para o pré-natal ocorre com um mês de antecedência, obedecendo à demanda espontânea. Existe uma quota estipulada previamente para cada profissional de 10 atendimentos, mas o número de gestantes atendidas é variável. Quando a adolescente não consegue marcar a consulta, ela é orientada a comparecer ao ambulatório em qualquer dia da semana, aguardar uma desistência e ocupar a vaga para a consulta.

O fluxo de atividades dos auxiliares de enfermagem no setor é iniciado com a distribuição das autorizações para a abertura de novos prontuários, recebimento dos cartões das usuárias marcadas para o dia e dos prontuários vindos do arquivo, preenchimento das vagas das adolescentes que faltaram, aferição de peso, pressão e altura das adolescentes que vão para a consulta de pré-natal, entrega dos resultados da citologia oncótica, organização dos consultórios antes e após as consultas, distribuição dos prontuários nos consultórios, marcação das consultas subsequentes, abertura dos apazamentos e encaminhamento ao arquivo, coleta de material citológico, administração de medicações de acordo com as

prescrições, fornecimento de orientações e informações às adolescentes, controle do estoque de materiais de consumo diário, elaboração de pedido de material junto à enfermeira, encaminhamentos de materiais permanentes para o conserto, controle, sob protocolo, de materiais para central de materiais esterelizados.

O acompanhamento das adolescentes no *pré-natal* é realizado por uma enfermeira, pelas estagiárias de enfermagem do 8º período de segunda a sexta-feira e por uma médica (obstetra) nas terças, quintas e sextas-feiras. A primeira consulta é realizada pela enfermeira que as encaminha para a assistente social e para a psicóloga. A segunda consulta é realizada tanto pela enfermeira como pela médica. No entanto, as pacientes que apresentam alguma associação mórbida e/ou alterações que possam interferir no desenvolvimento da gestação, classificadas como gravidez de risco de acordo com os critérios do Ministério da Saúde, passam a ser acompanhadas exclusivamente pelo profissional médico.

As atividades educativas oferecidas consistem em grupos de gestantes e palestras onde são abordadas noções de anatomia dos órgãos sexuais, apresentação de todos os métodos contraceptivos, enfatizando as indicações e contra-indicações de cada um deles, orientações sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, nutrição, higiene, os sinais e sintomas que precedem o trabalho de parto, importância da amamentação e dos cuidados com o recém-nascido. O grupo de gestantes é acompanhado pela psicóloga e as palestras são proferidas pela enfermeira e/ou pela assistente social e são realizadas duas vezes por semana antes das consultas.

Esporadicamente, ocorrem treinamentos e capacitações para os profissionais sob a coordenação da Secretaria de Saúde do Estado juntamente com o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros -CISAM. Entretanto, identificamos dois fatores que interferem na continuidade da assistência, quais sejam, a não existência de fichas específicas para a avaliação bio-psico-social, pois os registros são feitos na mesma folha de evolução e de livros de registros permanentes em cada setor com as anotações dos atendimentos e atividades desenvolvidas por cada profissional.

4.2 - Condições de eficiência do ambulatório de pré-natal:

As “condições de eficiência” delineadas no Quadro 01, mostram que o ambulatório de pré-natal para adolescentes não atinge o nível desejado de aceitabilidade com uma ponderação média de 70% em sua globalidade. No entanto, das áreas temáticas investigadas, a única que apresenta 80% de ponderação é a “educação para saúde”, tida como aceitável pela OPAS/OMS, (1987).

É importante destacar os baixos percentuais obtidos na “programação e administração”, tendo em vista que as ponderações não favoráveis foram devido à falta de programação das metas e atividades, à falta de avaliação periódica e por não consolidar e avaliar os dados de informação. Outro destaque a ser ressaltado é a ponderação mínima aceitável obtida com as atividades educativas, principalmente as palestras e os grupos de gestantes.

QUADRO 01 - Condições de eficiência do serviço de pré-natal para adolescentes de acordo com as diferentes áreas temáticas, setembro de 1999, CISAM, Recife.

TIPO DE SERVIÇO: ÁREAS TEMÁTICAS	AMBULATÓRIO DE PRÉ- NATAL			
	PONTOS ESTABELECIDOS		PONTOS OBTIDOS	
	Nº	%	Nº	%
I - PLANTA FÍSICA	120	100	80	66,6
II - RECURSOS MATERIAIS	230	100	160	69,5
III – RECURSOS HUMANOS	150	100	110	73,3
VI – NORMAS E PROCEDIMENTOS	300	100	220	73,3
V – PROGRAMAÇÃO/ ADMINISTRAÇÃO	100	100	50	50,0
VI – EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	100	100	80	80,0
TOTAL	1000	100	700	70,0

LEGENDA (%)

0% - 39% = Crítico

40% - 79% = insatisfatório

80% e + = Aceitável

4.3 - Revisão de Prontuários.

Em relação aos resultados da revisão (checklist) dos 130 prontuários das adolescentes que iniciaram o pré-natal no CISAM em outubro e novembro de 1998, as tabelas de 01 a 04 apresentam os dados sócio-econômicos que caracterizam o perfil das adolescentes assistidas no CISAM.

O grupo pesquisado apresentou uma idade média de 17 anos e a faixa etária que conteve maior proporção com 70 adolescentes foi a de 17 a 19 anos, chegando a um percentual de 53,8%, de acordo com a Tabela - 01.

TABELA 01 - Faixa etária das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998. CISAM, Recife.

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
- 13 a 16 anos	60	46,2%
- 17 a 19 anos	70	53,8%
- Total	130	100,0%

Quanto à procedência das adolescentes, verificamos na Tabela - 02 que o maior percentual foi procedente da cidade do Recife com 60% da população investigada. No entanto, ressaltamos que entre a região metropolitana, o município de Olinda apresentou um contingente de 31,6% das usuárias assistidas no ambulatório de pré-natal, fato que pode ser justificado pela posição muito próxima de vários bairros deste município com o bairro da Encruzilhada onde encontra-se a instituição.

TABELA 02 – Procedência das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro / novembro de 1998. CISAM, Recife.

PROCEDÊNCIA	Nº	%
- Interior	03	2,3%
- Região Metropolitana	49	37,7%
- Recife	78	60,0%
- Total	130	100,0%

Com relação ao grau de instrução, 66,1% das adolescentes estavam com 1º grau incompleto, como mostra a Tabela 03. Entretanto, outro fato que merece atenção é o percentual de 26,2% de adolescentes analfabetas.

TABELA 03 - Grau de instrução das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro / novembro de 1998. CISAM, Recife.

GRAU DE INSTRUÇÃO	Nº	%
- Analfabetas	34	26,2%
- 1º grau incompleto	86	66,1%
- 1º grau completo	04	3,1%
- 2º grau incompleto	02	1,5%
- Sem registro	04	3,1%
- Total	130	100,0%

Quanto ao estado civil, a grande maioria, 83.8%, conforme apresenta a Tabela - 04, estava sem companheiro fixo durante sua admissão no pré-natal. Entretanto, vale salientar que estes dados foram coletados mediante informações contidas nos cadastros dos prontuários e através dos registros da assistente social no momento da primeira consulta.

TABELA 04 - Estado civil das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro / novembro de 1998. CISAM, Recife.

ESTADO CIVIL	Nº	%
- Sem companheiro	109	83,8%
- Com companheiro	17	13,1%
- Sem registro	04	3,1%
- Total	130	100.0%

A tabela - 05 apresenta a época de início do pré-natal, onde observamos que 81,5% das adolescentes estavam no primeiro trimestre de gravidez, sendo que destas, 33,8% estavam no segundo mês e 47,7% no terceiro mês de gravidez. É importante comentar que nesta população, nenhuma adolescente iniciou o pré-natal no terceiro trimestre de gravidez. No que diz respeito ao número de consultas realizadas, a Tabela -06 mostra que 46,9%, quase a metade das adolescentes, realizaram até 03 consultas de pré-natal.

TABELA 05 - Período da gravidez das adolescentes na primeira consulta de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/ novembro de 1998. CISAM, Recife.

PERÍODO DA GRAVIDEZ NA PRIMEIRA CONSULTA	Nº	%
- 2º mês	44	33,8%
- 3º mês	62	47,7%
- 4º mês	19	14,6%
- 5º mês	05	3,9%
- Total	130	100,0%

TABELA 06 - Número de consultas realizadas pelas adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife.

NÚMERO DE CONSULTAS	Nº	%
- 01 a 03	61	46,9%
- 04 a 06	60	46,1%
- Mais de 06	09	7,0%
- Total	130	100,0%

De acordo com a Tabela – 07, foram estabelecidos 22 itens e procedimentos mínimos necessários que devem ser realizados durante a primeira consulta e registrados na ficha perinatal. Desse modo, após a checagem em todos os prontuários, observamos que alguns itens apresentaram-se com alta frequência de **informações ausentes** como o toque vaginal com 93,1%, o exame especular com 92,3%, as queixas das usuárias com 46,2%, a solicitação da citologia oncológica com 38,5%, a data provável do parto com 30,0% e a data da última menstruação com 26,2%.

TABELA 07 - Informações presentes e ausentes dos itens pesquisados na primeira consulta de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife.

ITENS	Presentes		Ausentes	
	Nº	%	Nº	%
- Nome completo.	121	93,1%	09	6,9%
- Endereço e idade.	123	94,6%	07	5,4%
- Data da 1ª consulta.	118	90,8%	12	9,2%
- Queixas.	70	53,8%	60	46,2%
- Antecedentes mórbidos familiares.	121	93,1%	09	6,9%
- Antecedentes mórbidos pessoais e gineco-obstétricos.	127	97,7%	03	2,3%
- Filhos vivos, mortos e abortos	126	96,9%	04	3,1%
- Exame de Mamas.	115	88,5%	15	11,5%
- Toque vaginal.	09	6,9%	121	93,1%
- Exame especular.	10	7,7%	120	92,3%
- Solicitação da citologia oncótica.	80	61,5%	50	38,5%
- Data da última menstruação.	96	73,8%	34	26,2%
- Data provável do parto.	91	70,0%	39	30,0%
- Encaminhamento para vacina.	103	79,2%	27	20,8%
- Registro de vícios.	114	87,8%	16	12,3%
- Solicitação de exames de rotina.	126	96,9%	04	3,1%
- Peso e pressão arterial	129	99,2%	01	0,8%
- Idade gestacional .	113	86,9%	17	13,1%
- Altura de fundo uterino.	97	74,6%	33	25,4%

Da mesma forma, na Tabela - 08 foram estabelecidos 13 itens e procedimentos mínimos necessários quanto às consultas subsequentes de pré-natal, onde constatamos vários itens com percentuais relativamente elevados de **informações ausentes** nas fichas de evolução, como é o caso da prescrição do sulfato ferroso com 34,6%, a solicitação da ultrassonografia com 25,4%, o exame obstétrico com 24,6%, (considerando a falta de um ou dos dois procedimentos obrigatórios), os exames de sangue como o grupo sanguíneo e hemograma com 21,5%, o teste para sífilis (V.D.R.L) e o sumário de urina com 20,8%.

TABELA 08 - Informações presentes e ausentes dos itens pesquisados nas consultas subsequentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro a novembro de 1998. CISAM, Recife.

ÍTEM	Presentes		Ausentes	
	Nº	%	Nº	%
- Datas das consultas	120	92,3%	10	7,7%
- Idade Gestacional	113	86,9%	17	13,1%
- Curva de Peso e pressão arterial	120	92,3%	10	7,7%
- Altura de Fundo Uterino	112	86,2%	18	13,8%
- Ausculta Batimentos Córdio-fetais	111	85,4%	19	14,6%
- Grupo sanguíneo/ fator- RH	102	78,5%	28	21,5%
- Hemograma	102	78,5%	28	21,5%
- V.D.R.L (teste p/ sífilis)	103	79,2%	27	20,8%
- Sumário de Urina	103	79,2%	27	20,8%
- Exame Obstétrico *	98	75,4%	32	24,6%
- Ultrassonografias solicitadas	97	74,6%	33	25,4%
- Prescrição do sulfato Ferroso	85	65,4%	45	34,6%

* É essencial a realização do exame de mamas, palpação abdominal e quando necessário, exame especular e o toque vaginal.

Na consulta de pré-natal, assim como em qualquer consulta médica ou de enfermagem, é de suma importância as anotações da evolução da paciente, dos procedimentos realizados, dos resultados dos exames, das orientações, dos encaminhamentos e a marcação da próxima consulta, para que, desta forma, seja garantida a continuidade da assistência. Neste caso, a tabela 09 mostra que, em relação à distribuição das queixas das adolescentes de acordo com as evoluções nos prontuários, verificamos que o maior percentual, 33,8%, foi para aquelas que não referiram queixas nas consultas. Entretanto, outra constatação relevante apresentada nesta tabela é a grande variedade de queixas, confirmando o que a literatura refere em relação às queixas mais frequentes num pré-natal de baixo risco.

TABELA 09 - Principais queixas das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários - outubro/ novembro de 1998 - CISAM, Recife.

QUEIXAS REFERIDAS	Nº	%
- Sem Queixas.	44	33.8%
- Dor em baixo ventre	16	12.3%
- Corrimento vaginal branco	16	12.3%
- Sem notificação	14	10.8%
- Queimação no estômago	09	6.9%
- Cefaléia e câimbras	09	6,9%
- Dor e ardor ao urinar	05	3.8%
- Tonturas, edemas nos membros inferiores.	04	3.1%
- Tonturas, náuseas e vômitos	03	2.3%
- Dores e edemas em membros inferiores	02	1.5%
- Dores lombares	02	1.5%
- Prisão de ventre e falta de apetite	02	1.5%
- Perda de água pela vagina	02	1,5%
- Verrugas na vulva e sangramento vaginal	02	1,5%
Total	130	100.0%

Analisando-se as tabelas 10, 11 e 12 em relação à distribuição dos resultados dos exames ginecológicos, dos procedimentos diagnósticos/terapêuticos e das orientações, observa-se que há uma concordância entre elas, tendo em vista que os maiores percentuais, 48,5%, 56,9% e 56,2% foram respectivamente para os prontuários que não apresentaram notificação das atividades desenvolvidas nas consultas de pré-natal. Mesmo assim, os resultados de exames anotados que apresentaram-se mais frequentes na tabela 10, referem-se aos de colo uterino com mácula e secreção vaginal com 16,2%. Já na tabela 11, em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a prescrição dos cremes vaginais atingiram um percentual de 26,9%. E quanto às orientações, 13,8% foi para as recomendações nutricionais (dieta e ingesta hídrica) de acordo com a tabela 12.

TABELA 10 - Resultados dos exames ginecológicos das adolescentes de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 – CISAM, Recife.

RESULTADOS DOS EXAMES	Nº	%
Sem notificação	63	48.5%
Colo uterino com mácula e secreção vaginal.	21	16.2%
Colo uterino normal com secreção vaginal branca	19	14.6%
Exame ginecológico normal.	10	7,7%
Colo não visualizado com secreção vaginal em grande quantidade.	10	7,7%
Presença de condilomatose em vulva.	03	2.3%
Cultura vaginal com fungos.	02	1.5%
Se negou a realizar o exame ginecológico.	02	1.5%
Total	130	100,0%

TABELA 11 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 – CISAM, Recife.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS	Nº	%
- Sem notificação.	74	56.9%
- Prescrição de cremes vaginais.	35	26.9%
- Solicitação de exame anti-HIV.	06	4.6%
- Solicitação urocultura e prescrição de anti-emético.	06	4,6%
- Prescrição de ampicilina e analgésico.	03	2.3%
- Prescrição de penicilina e benzoato de benzila	02	1.5%
- Prescrição de ácido-tricloroacético	01	0.8%
- Prescrição de ceftriaxona e anti-ácido	01	0.8%
- Realização de biópsia do colo uterino	01	0.8%
- Solicitação de glicemia e prescrição de sabultamol	01	0.8%
- Total	130	100.0%

TABELA 12 - Orientações realizadas de acordo com a revisão dos prontuários – outubro/novembro de 1998 – CISAM, Recife.

ORIENTAÇÕES REALIZADAS	Nº	%
- Sem notificação	73	56.2%
- Dieta e ingesta hídrica	18	13.8%
- Trabalho de parto e planejamento familiar.	16	12.3%
- Dieta e amamentação	08	6.2%
- Dieta, exames de rotina e imunização.	07	5.4%
- Prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas	05	3.8%
- Pré-natal, dieta, higiene e citologia oncológica	03	2.3%
- Total	130	100.0%

Finalmente, os dados referentes à tabela 13 afirmam que os encaminhamentos mais realizados, com 47,7%, foram para imunização, citologia oncótica e exames de rotina como os de sangue, urina e fezes. Porém, um fato a ser comentado é o grande número de prontuários encontrados sem anotações de encaminhamentos, apresentando um percentual de 26.9%.

TABELA 13 - Encaminhamentos realizados de acordo com a revisão dos prontuários - outubro/novembro de 1998. CISAM, Recife.

ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS	Nº	%
- Imunização, citologia oncótica e exames de rotina	62	47.7%
- Sem encaminhamento	35	26.9%
- Dermatologia	10	7.7%
- Gestação de alto risco e colposcopia	10	7.7%
- Serviço social e exames de rotina	06	4.6%
- Psicóloga e exames de rotina	05	3.9%
- Odontologia e maternidade	02	1.5%
- Total	130	100.0%

4.4 – Perfil e percepções das adolescentes atendidas no pré-natal

Para apresentação dos resultados das entrevistas com as adolescentes, agrupamos as características, conhecimentos e percepções em (05) cinco tabelas de acordo com as categorias: sócio-econômica, conhecimentos sobre a gravidez e o acesso ao pré-natal, conhecimentos sobre sinais e sintomas que indicam complicações na gravidez, conhecimentos sobre a assistência pré-natal e registros nos cartões das gestantes adolescentes. Por fim, apresentamos as sugestões sobre a estrutura física, materiais e equipamentos e o atendimento dos profissionais no pré-natal.

Analisando-se a Tabela -14, verificamos que 72% das adolescentes entrevistadas pertencem à faixa etária de 17 a 19 anos com uma média de idade de 17 anos. Quanto ao grau de instrução, uma expressiva maioria de 88% se encontrava com o 1º grau incompleto. Porém, é preciso ressaltar que destas, 45% ainda estavam estudando e 55% referiram ter interrompido os estudos por causa da gravidez. Com relação ao estado civil, 60% afirmaram estar com companheiro fixo, igual percentual para aquelas que confirmaram ser procedentes da cidade do Recife e quanto ao número de gravidez, 72% eram primigestas, isto é, encontravam-se na primeira gestação.

TABELA 14 - Características sócio-econômicas das adolescentes em acompanhamento no pré-natal - Setembro de 1999 - CISAM, Recife.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
1) Faixa Etária:		
- 10 a 16 anos	14	28,0%
- 17 a 19 anos	36	72,0%
-----	-----	-----
- Total	50	100.0%
-----	-----	-----

2) Grau de Instrução:		
- 1º grau incompleto	44	88,0%
- 1º grau completo	03	6,0%
- 2º grau completo	03	6,0%
- Total	50	100,0%
3) Estado Civil:		
- Com companheiro	30	60,0%
- Sem companheiro	20	40,0%
- Total	50	100,0%
4) Procedência:		
- Recife	30	60,0%
- Área Metropolitana	20	40,0%
- Total	50	100,0%
5) Número de Gravidez:		
- Primeira gestação	36	72,0%
- Segunda gestação	09	18,0%
- Terceira gestação	05	10,0%
- Total	50	100,0%

Na tabela - 15, onde foram distribuídos os conhecimentos relacionados ao início da gravidez e o acesso ao pré-natal, constatamos que 68% das adolescentes descobriram que estavam grávidas no 2º mês de gestação. Quando questionadas de como foram informadas sobre o pré-natal do CISAM, 98% responderam que foi por intermédio de familiares e/ou amigos e 96% confirmaram que este serviço foi a primeira escolha para realizarem o pré-natal, 62% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gravidez.

Com relação à marcação da consulta inicial, 90% das entrevistadas conseguiram marcar na primeira vez que compareceram ao ambulatório e quanto ao tempo de espera para serem consultadas, 44% afirmaram que esperaram mais de duas horas e 34% mais de três horas para o atendimento.

**TABELA 15 - Conhecimentos das adolescentes sobre a gravidez e o acesso ao pré-natal
– Setembro de 1999 - CISAM, Recife.**

CONHECIMENTOS	Nº	%
1) Período em que descobriu a Gravidez:		
- 1º Mês de gravidez	02	4.0%
- 2º Mês de gravidez	34	68.0%
- 3º Mês de gravidez	09	18.0%
- 4º Mês de gravidez	04	8.0%
- 5º Mês de gravidez	01	2.0%
- Total	50	100.0%
2) Conhecimento sobre o pré-natal do CISAM:		
- Por intermédio de familiares e/ou amigos	49	98.0%
- Encaminhada por outro profissional-	01	2.0%
- Total	50	100.0%
3) O CISAM como primeira escolha:		
- Sim	48	96.0%
- Não	02	4.0%
- Total	50	100.0%
4) Período em que iniciou o pré-natal:		
- 1º trimestre de gravidez	31	62.0%
- 2º trimestre de gravidez	19	38.0%
- Total	50	100.0%

5) Vindas ao serviço para agendar a primeira consulta:		
- uma vez	45	90.0%
- duas vezes	03	6.0%
- mais de duas vezes	02	4.0%
- Total	50	100.0%
6) Tempo de espera para ser atendida:		
- De uma a duas horas	11	22.0%
- Mais de duas horas	22	44.0%
- Mais de três horas	17	34.0%
- Total	50	100,0%

As informações sobre os problemas ocorridos durante a gravidez estão descritas na Tabela – 16, onde destacamos um percentual de 56% de entrevistadas que afirmaram não ter apresentado nenhum problema de saúde na gravidez até o momento da pesquisa, porém observa-se uma frequência representativa de 30% de adolescentes que referiram anemia. No segundo tópico da mesma tabela, evidenciamos que 37% das adolescentes referiram que não lembravam dos sinais e sintomas que indicam possíveis complicações na gravidez. Contudo, destacamos o conhecimento de 27,4% das entrevistadas em relação ao sangramento vaginal.

TABELA 16 - Conhecimentos das adolescentes sobre os problemas na gestação – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.

CONHECIMENTOS	Nº	%
1) Problemas na gestação:		
- Nenhum problema	28	56,0%
- Anemia	15	30,0%
- Sangramento vaginal	03	6,0%
- Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez	03	6,0%
- Doença Sexualmente Transmissível	01	2,0%

- Total	50	100,0%
2) Sinais e sintomas que indicam complicação na gravidez:		
- Não lembra	27	37,0%
- Sangramento vaginal	20	27,4%
- Pressão alta e edemas nas pernas	09	12,4%
- Perda de água pela vagina	07	9,6%
- Doença sexualmente transmissível	03	4,1%
- Anemia e Infecção	03	4,1%
- Dor em baixo ventre	02	2,7%
- Não ter passagem no parto	02	2,7%

- Total	73 *	100,0%

* Houve mais de uma resposta por entrevista.

Os dados apresentados na Tabela - 17 revelam as percepções das adolescentes sobre a assistência pré-natal. Inicialmente, observamos que 38% realizaram de duas a três consultas, percentual igual ao das adolescentes que estavam com quatro a cinco consultas. Apenas 18% das adolescentes referiram ser sempre o mesmo pré-natalista em todas as consultas. Na mesma tabela, verificamos que todas as gestantes entrevistadas realizaram os exames de rotina no início do pré-natal. Conseqüentemente, foi perguntado se os pré-natalistas tinham explicado estes resultados e 88% afirmaram que sim. Destas, 59,1% disseram que receberam a informação de que os exames estavam normais. 70% das adolescentes afirmaram ter assistido às palestras do pré-natal. E, em relação às orientações abordadas nas consultas, as mais citadas foram sobre o aleitamento materno com 74% das afirmativas e sobre os sinais e sintomas das complicações na gravidez, com 36 %.

Com base nas percepções das adolescentes a respeito da qualidade das consultas no pré-natal, 80% julgaram-na como boa. Quando questionadas sobre o porque consideraram a consulta como boa, encontramos como respostas que é pelo fato de serem bem atendidas e receberem orientações. Já as que consideraram-na regular, argumentaram que é devido à demora para serem atendidas, consultas rápidas e troca de profissionais nas consultas. Ainda, nesta tabela, são apresentadas as percepções das adolescentes sobre a importância de realizar o pré-natal, com um percentual de 60% para aquelas que atribuíram a importância dessa assistência ao cuidado com a saúde do feto e da mãe, a realização de exames e as orientações.

TABELA 17 – Percepção das adolescentes sobre a assistência pré-natal – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.

PERCEPÇÕES	Nº	%
1) Número de consultas realizadas:		
- Duas a três	19	38.0%
- Quatro a cinco	19	38.0%
- Seis (6) ou mais	12	24.0%

- Total	50	100.0%
2) Profissional que atende no pré-natal:		
- Às vezes muda	33	66.0%
- Sempre o mesmo	09	18.0%
- Nunca é o mesmo	08	16.0%

- Total	50	100.0%
3) Exames realizados no início do pré- natal:		
- Sim	50	100.0%

- Total	50	100.0%
4) Explicação, por parte dos profissionais, sobre os resultados dos exames:		
- Sim	44	88.0%
- Não	06	12.0%

- Total	50	100.0%
5) Informações fornecidas sobre os resultados dos exames:		
- Exames normais	26	59.1%
- Apresentando anemia	07	15.9%
- Apresentando anemia e vermes	06	13.6%
- Apresentando vermes	04	9.1%
- Infecção urinária	01	2.3%

- Total	44*	100.0%

* Total referente à resposta “sim” do item 04

6) Comparecimento às palestras no pré-natal:				
- Sim		35		70.0%
- Não		15		30.0%
<hr/>				
- Total		50		100.0%
<hr/>				
7) Orientações abordadas nas consultas.	Sim	Não	Sim	Não
- Aleitamento materno.	37	13	74.0%	26.0%
- Sinais/sintomas de complicações na Gravidez.	18	32	36.0%	64.0%
- Sinais e sintomas do parto.	16	34	32.0%	68.0%
- Atividade sexual na gravidez.	07	43	14.0%	86.0%
- Importância do pré-natal.	07	43	14.0%	86.0%
- Orientação higieno-dietética.	07	43	14.0%	86.0%
- Prevenção do câncer de mama e de colo uterino.	06	44	12.0%	88.0%
- Desenvolvimento da gestação.	05	45	10.0%	90.0%
<hr/>				
8) Consulta no pré-natal:				
- Boa		40		80.0%
- Regular		10		20.0%
<hr/>				
- Total		50		100.0%
<hr/>				
9) Razão para a importância da consulta pré-natal:				
- Cuida da saúde do feto e da mãe, faz exames e tem orientações.		30		60.0%
- Identifica problemas e faz o tratamento.		10		20.0%
- Evita problemas na gravidez.		07		14.0%
- Sem resposta		03		6.0%
<hr/>				
- Total		50		100.0%

Quanto ao preenchimento do cartão da gestante (tabela – 18), todas as entrevistadas tiveram seus cartões checados pelo pesquisador, constatando-se que 92% das adolescentes estavam com os cartões corretamente preenchidos e 60% já tinham realizado a terceira dose da vacina anti-tetânica.

TABELA 18 – Registros nos cartões das gestantes adolescentes de acordo com as consultas no pré-natal – Setembro de 1999 - CISAM, Recife.

REGISTROS	Nº	%
1) Preenchimento do cartão:		
- correto	46	92.0%
- Incorreto	04	8.0%
<hr/>		
- Total	50	100.0%
<hr/>		
2) Realização de vacina anti-tetânica:		
- 1ª Dose	03	6.0%
- 2ª Dose	10	20.0%
- 3ª Dose	30	60.0%
- Imunizada	06	12.0%
- Nenhuma	01	2.0%
<hr/>		
- Total	50	100.0%

O quadro - 02 a seguir, apresenta as principais sugestões das adolescentes relacionadas à estrutura e instalações, aos materiais e equipamentos e ao atendimento dos profissionais para possíveis melhorias na qualidade da assistência pré-natal e do Ambulatório do PROSAD no CISAM.

4.5- Perfil e percepções dos profissionais sobre o ambulatório de pré-natal e o PROSAD.

A equipe multiprofissional do ambulatório é composta por uma burocrata, uma assistente social, uma psicóloga, uma obstetra, duas enfermeiras, duas ginecologistas, duas clínicas e três auxiliares de enfermagem. Conforme apresenta a tabela – 19, todos afirmaram ter mais de 05 anos de formação profissional, onde 69,2% são de nível superior e destes 77,8% referiram ter curso de pós-graduação. Quanto ao tempo de trabalho na assistência às adolescentes, toda a equipe afirmou ter mais de 05 anos e, especificamente no CISAM, 38,4% dos profissionais têm um tempo de trabalho entre 2 a 5 anos. Com relação aos profissionais que realizaram cursos relacionados à saúde do adolescente, 76,9% tiveram oportunidade de realizar cursos de capacitação e reciclagem.

TABELA 19 – Características dos profissionais quanto à capacitação e ao tempo de atuação na assistência às adolescentes e no ambulatório do PROSAD – outubro de 1999 – CISAM, Recife.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
1) Nível de formação profissional:		
- Nível médio	04	30,8%
- Nível superior	09	69,2%
- Total	13	100,0%
2) Profissionais que possuem pós-graduação:		
- Sim	07	77,8%
- Não	02	22,2%
- Total	09 *	100,0%
3) Tempo de formação profissional:		
- mais de 5 anos	13	100,0%
- Total	13	100,0%

4) Tempo de trabalho na assistência às adolescentes:		
- Mais de 5 anos	13	100,0%
- Total	13	100,0%
5) Tempo de trabalho no CISAM com adolescentes:		
- Menos de 01 ano	01	7,7%
- 1 a 2 anos	04	30,8%
- 2 a 5 anos	05	38,4%
- mais de 5 anos	03	23,1%
- Total	13	100,0%
6) Oportunidade para realizar cursos de capacitação e reciclagem:		
- Sim	10	76,9%
- Não	03	23,1%
- Total	13	100,0%
7) Cursos de capacitação e reciclagem realizados:		
- Aleitamento materno e transmissão vertical da AIDS.	03	30,0%
- Abordagem sindrômica nas DST/AIDS.	07	70,0%
- Total	10 **	100,0%

* Total referente à resposta “sim” do item 01

** Total referente à resposta “sim” do item 06

As principais dificuldades na atenção às adolescentes estão ressaltadas na Tabela – 20. Todos os profissionais referiram dificuldades em relação às instalações físicas, à deficiência dos serviços de arquivo e estatística e no preenchimento das fichas de registro. Já a deficiência de materiais, equipamentos, medicações e recursos humanos são dificuldades citadas por 84,6% dos profissionais.

TABELA 20 - Principais dificuldades citadas pelos profissionais referentes à assistência no Ambulatório do PROSAD- Outubro de 1999 - CISAM, Recife.

DIFICULDADES	Nº	%
- Instalações inadequadas (estrutura física).	13	100,0%
- Falta de material e equipamentos (suporte técnico).	11	84,6%
- Recursos humanos insuficientes em relação à demanda.	11	84,6%
- Deficiência de apoio laboratorial.	09	69,2%
- Deficiência dos serviços de arquivo e estatística.	13	100,0%
- Demanda excessiva.	07	53,9%
- Deficiência no preenchimento das fichas de registro.	13	100,0%
- Falta de medicações nos programas específicos.	11	84,6%
- Falta de anticoncepcionais (condon, pílula, DIU, diafragma).	10	76,9%
- Dificuldades na realização de atividades de grupos com adolescentes.	09	69,2%
- Dificuldades para realização de reuniões entre os profissionais do ambulatório.	09	69,2%

As sugestões mais indicadas para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e do Ambulatório do PROSAD estão distribuídas na Tabela - 21. Aumentar a estrutura física, melhorar as instalações, atender as necessidades de medicações e anticoncepcionais foram citadas por 100,0% dos profissionais. Aumentar o número de recursos humanos, adequar o espaço para trabalhar com grupos de adolescentes, prover materiais e equipamentos foram sugestões referidas por 84,6% dos profissionais. Com um percentual de 76,9%, tivemos as indicações para implantar um serviço de arquivo e estatística no ambulatório, promover capacitações e reciclagens, melhorar o sistema de referência e contra-referência e realizar reuniões administrativas periódicas entre os profissionais.

TABELA 21 - Sugestões dos profissionais de saúde referentes à qualidade da assistência no Ambulatório do PROSAD - Outubro de 1999 - CISAM, Recife.

SUGESTÕES	Nº	%
- Melhorar a estrutura física e instalações.	13	100,0%
- Prover materiais e equipamentos necessários ao atendimento.	11	84,6%
- Aumentar o número de recursos humanos.	11	84,6%
- Apoio laboratorial mais eficiente.	08	61,6%
- Implantar normas e rotinas dos sub-programas no serviço	05	38,4%
- Implantar um serviço de arquivo e estatística no ambulatório.	10	76,9%
- Promover capacitação, reciclagem, educação continuada.	10	76,9%
- Atender as necessidades de medicações/anticoncepcionais.	13	100,0%
- Melhorar o sistema de referência e contra-referência.	10	76,9%
- Espaço para a realização de grupos de adolescentes.	11	84,6%
- Incentivos para atividades com grupos de adolescentes.	10	76,9%
- Realização de reuniões administrativas periódicas.	10	76,9%

No sentido de se ter uma visão ampla e ao mesmo tempo específica do contexto que envolve a situação das adolescentes e da atenção à saúde a elas oferecida, colhemos as percepções dos profissionais (Quadro – 03), em relação à gravidez na adolescência, à assistência pré-natal no CISAM e na cidade do Recife e ainda sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente - PROSAD.

4.6 – Percepções das estagiárias de enfermagem.

Nas tabelas de 22 a 24 estão apresentadas as percepções das estagiárias de enfermagem quanto aos aspectos positivos e negativos relacionados ao estágio no pré-natal, a supervisão, a estrutura física, os materiais e equipamentos e sobre os profissionais e a qualidade da assistência.

Tabela 22 - Percepções das estagiárias sobre o estágio e a supervisão no ambulatório de pré-natal - setembro de 1999 - CISAM, Recife.

Aspectos	Estágio	Supervisão
- Positivos	<ul style="list-style-type: none">- “Porque tem bastante assunto para ser discutido e trabalhado”.- “As adolescentes são muito atenciosas”.- “Os profissionais são interessados e trabalhar e ensinar”.- “É muito importante para aumentar nossos conhecimentos e nossa segurança para prestar assistência”.	<ul style="list-style-type: none">- “As enfermeiras são capacitadas e atendem bem”.- “A professora e supervisora do estágio é funcionária da instituição”.
- Negativos	<ul style="list-style-type: none">- “As precárias condições de infraestrutura e a deficiência de materiais e equipamentos dificultam o estágio e a assistência”.- “Existe uma desorganização quanto às normas e rotinas assistenciais”.- O período do estágio é muito curto, dificultando a apreensão das normas e rotinas do setor.	<ul style="list-style-type: none">- “A supervisão fica prejudicada porque a enfermeira supervisora também atende no pré-natal da instituição e é a coordenadora do PROSAD”.- “Não temos muitas explicações, às vezes ficamos sem orientações”.

Tabela 23 - Percepções das estagiárias sobre a estrutura física, equipamentos e materiais do ambulatório de pré-natal – setembro de 1999 – CISAM, Recife.

Aspectos	Estrutura física	Equipamentos e materiais
- Negativos	<ul style="list-style-type: none"> - “As salas de consultas são apertadas e às vezes falta sala para o atendimento”. - “A estrutura física é arcaica”. - “Existem macas quebradas e enferrujadas”. - “Os bancos da sala de espera são desconfortáveis”. - “A recepção é inadequada para receber as adolescentes e não tem arquivo no setor”. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Geralmente estão quebrados e às vezes faltam, como é o caso dos aparelhos para exames, principalmente da ultrassonografia e dos medicamentos”. - “Certamente existe falta de prioridade e investimentos neste programa”.

Não houveram opiniões positivas das estagiárias em relação à estrutura física, materiais e equipamentos. Mas, elas citaram que: “A instituição tem condições de melhorar o serviço e a assistência às adolescentes, tendo em vista que as dificuldades podem ser superadas com uma maior atenção e prioridade para com o Programa de Assistência Integral à Saúde do adolescente-PROSAD”.

Tabela 24 - Percepções das estagiárias sobre os profissionais e a qualidade da assistência no ambulatório de pré-natal – setembro de 1999 - CISAM, Recife.

Aspectos	Profissionais	Qualidade da assistência
<p>- Positivos</p>	<p>- “As enfermeiras fazem um bom atendimento no pré-natal e no planejamento familiar, além de coordenarem o programa”.</p> <p>- “Existe um bom relacionamento entre os profissionais”.</p>	<p>- “O fluxograma de profissionais é bom, a equipe é formada por várias especialidades, oferecendo uma assistência integral”.</p>
<p>- Negativos</p>	<p>- “Alguns profissionais possuem pouca capacitação para atuar com adolescentes”.</p> <p>- “Existe deficiência de auxiliares de enfermagem”.</p> <p>- “Os médicos precisam se integrar mais à equipe multiprofissional”.</p> <p>- “O atendimento é deficiente, as adolescentes demoram muito para serem atendidas”.</p>	<p>- “Deixa a desejar, devido à deficiência estrutural, de recursos materiais e em virtude da grande demanda de adolescentes”.</p> <p>- “O tempo de atendimento é curto em relação à demanda, os prontuários demoram para chegar do arquivo e as adolescentes demoram muito para serem atendidas”.</p> <p>- “Os profissionais não são bem preparados para trabalhar com as adolescentes”.</p>

Opiniões das estagiárias de enfermagem sobre a oportunidade de estágio no pré-natal para adolescentes do CISAM.

“Trabalhar com adolescentes grávidas nos proporcionou uma vivência de uma realidade atual e foi de grande importância para ampliar nossos conhecimentos, pois é uma área nova de assistência especializada, onde existe uma maior necessidade de informações e a inexperiência das adolescentes nos fez aprender mais. É um campo onde podemos atuar e temos que ter alguma experiência para trabalhar com segurança, tendo em vista que o atendimento é diferente do que é realizado com as mulheres adultas, principalmente, em relação às orientações e isso só descobrimos no estágio”.

V – DISCUSSÃO.

5.1 – Análise das condições de eficiência do ambulatório de pré-natal

As atividades de avaliação são essenciais para orientar o processo de implantação, consolidação e reformulação das ações em saúde, buscando conhecer os êxitos e insucessos, mediante estudo comparativo entre o programado e o executado (Feliciano et al, 1998). Nesta perspectiva, esta avaliação buscou verificar a adequação da estrutura e das características organizacionais, a disponibilidade, qualificação e a integração da equipe multiprofissional (avaliação da estrutura), o grau de concordância entre as atividades desenvolvidas no pré-natal e às programadas pelo PROSAD/MS e o perfil, conhecimentos e percepções dos atores envolvidos neste contexto (avaliação do processo).

De acordo com Hartz et al (1995), a validade de um indicador ou critério de qualidade de uma ação programada repousa sobre as normas estabelecidas, entendidas enquanto orientações oriundas de estudos cuja validade interna é bem aceita e reconhecida como as que são avalizadas pela OMS. Um critério é o elemento de comparação, normativo, pré-determinado, mensurável, com o qual podem ser comparadas uma série de procedimentos e registros; tal critério é exigido para dispensar uma assistência qualificada.

A partir dos resultados obtidos, verifica-se que as condições de eficiência do ambulatório de pré-natal apresentam-se insatisfatórias (< 80%). No entanto, é importante salientar que “as intervenções em programas e serviços de saúde apresentam particularidades relacionadas ao contexto político-administrativo que necessitam de uma análise da conjuntura organizacional, isto é, uma avaliação externa” (Hartz et al, 1997), o que não foi proposto nesta pesquisa. Mas, alguns comentários sobre as ponderações obtidas por área temática devem ser acrescentados.

A primeira observação diz respeito à programação e administração, às instalações físicas e os recursos materiais que obtiveram as menores ponderações e que se constituem nos principais desafios para a melhoria da qualidade da atenção no pré-natal e no PROSAD e serão analisados posteriormente com maior detalhe. Da mesma forma, Vidal (1996) e Feliciano et al (1998), afirmam que “estas três áreas aparecem frequentemente nas pesquisas de avaliação como os principais obstáculos em relação à qualidade dos serviços e programas de saúde”.

A segunda observação refere-se à educação para a saúde que apresentou uma ponderação satisfatória, sobretudo, quanto às orientações através das palestras e grupo de gestantes, com informações referentes aos métodos anticoncepcionais, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e o aleitamento materno. Entretanto, ainda existe uma deficiência de materiais áudio-visuais como: folhetos informativos, televisão, vídeo e de orientações sobre o pré-natal, o parto e o puerpério, sendo estas orientações designadas ao pré-natalista para serem abordadas no momento da consulta, o que geralmente não é realizado a contento.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, formulado em 1983 pelo Ministério da Saúde, coloca de forma explícita a importância de ações educativas, incluídas em suas diretrizes gerais da seguinte forma: “ O conceito de Integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeia todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (BRASIL; MS, 1986).

A avaliação do ambulatório de pré-natal foi prejudicada em virtude da falta de certas condições necessárias a este processo, tais como: ausência de objetivos e normas técnicas que definem as ações, os procedimentos e as metas que se pretende alcançar, deficiência do sistema de coleta e registro de dados e, conseqüentemente de avaliações dos procedimentos realizados na prestação da assistência. Dessa forma, não se conhece o perfil e nem as principais necessidades da demanda, impossibilitando a organização da oferta de consultas, exames, medicamentos e as alternativas para superar os problemas e reorientar o planejamento das atividades do serviço e do programa. Portanto, com base nesta situação fica evidente a classificação da programação e administração com a mais baixa ponderação entre as áreas temáticas avaliadas.

A classificação da adequação do serviço como “não-satisfatória” (Quadro - 01), apresenta uma concordância com o grau de implantação do PROSAD observado em estudo realizado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, através da Divisão de Saúde da Mulher e do Adolescente, em unidades municipais de referência das dez Regionais de Saúde do Estado em 1996. No consolidado das dificuldades enfrentadas, citadas pelos profissionais, estão as relacionadas às equipes multiprofissionais ou seja: falta de recursos capacitados, comprometidos e especializados; grande demanda para pequena oferta de serviço; fluxograma

ineficaz; rotatividade dos profissionais e, ausência de apoio gestor em todos os níveis, contribuindo para as demais dificuldades mencionadas (PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado, 1998).

Em uma avaliação realizada em quatro serviços de atenção pré-natal, responsáveis pela maior parte das vagas do município de Duque de Caxias no Estado do Rio de Janeiro, obtiveram-se resultados que condizem com os altos coeficientes de morbimortalidade materna e perinatal observados. Ao caracterizar a assistência pré-natal neste município, este estudo se deparou com uma situação problemática, como: as dificuldades na normatização dos procedimentos, a insuficiência de vagas, as péssimas condições de trabalho, de suporte laboratorial e equipamentos especializados. E ainda, foi constatada a realização de consultas rápidas, falta de orientações e, conseqüentemente uma média inferior a quatro consultas de pré-natal por gestante. (Nogueira, 1994).

Em estudo desenvolvido com técnicas semelhantes de avaliação em cinco serviços da rede básica de saúde da cidade do Recife, ressalta-se que os valores médios obtidos também não atingiram o nível mínimo de aceitabilidade em nenhuma unidade (IMIP/UNICEF, 1992). Diferente do que aconteceu com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco-IMIP que também teve cinco de seus serviços avaliados, apresentando resultados satisfatórios em todas as unidades, com valores médios variando entre 86% e 95% de aceitabilidade (Hartz et al, 1995).

Segundo Feliciano et al (1998), em pesquisa desenvolvida em 27 unidades da Secretaria de Saúde da cidade do Recife, onde foram avaliadas as características de infraestrutura, a organização das ações de prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e da assistência pré-natal, verificou-se que em apenas 26% das unidades existem normas e técnicas sobre o pré-natal e o trabalho educativo é desenvolvido em 48% destes serviços.

A OPAS/O.M.S (1992) refere que os serviços de saúde da maioria dos países são insuficientes quantitativa e qualitativamente em relação às necessidades da população. Além disso, é conhecido que em matéria de assistência à saúde, tem-se adaptado estratégias e tecnologias que em grande parte se baseiam em modelos estabelecidos pelos países desenvolvidos sem que se adaptem às necessidades, aos recursos econômicos e sócio-culturais próprios de países em desenvolvimento e ao estilo de vida de seus habitantes.

Os dados produzidos refletem, portanto, os caminhos explorados para identificar os fatores adequados e os que interferem e dificultam a qualidade da assistência e que necessitam ser reorganizados para que se potencialize a capacidade de intervenção do pré-natal e do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente - PROSAD no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM.

5.2 – Análise da revisão dos prontuários.

A apreensão de alguns aspectos do processo de assistência pré-natal foi realizada através da checagem dos registros na ficha perinatal e nas folhas de evolução, mesmo sabendo que as fichas médicas abrangem apenas uma parte da realidade do conjunto da assistência oferecida. Mas, de acordo com Vuori (1991), a qualidade dos registros, como um elemento inerente à qualidade da atenção, pode ser utilizada como um proxy da medida deste amplo conceito. Nesta mesma corrente, Donabedian (1988) acrescenta que as informações sobre os “aspectos técnicos” da assistência continuamente disponíveis nas fichas médicas favorecem, por sua análise, a detecção dos problemas e a ação imediata para corrigir as deficiências.

A ficha perinatal utilizada no serviço, juntamente com o cartão da gestante, seguem as normas do PROSAD/MS (ver anexo – 07). Neste processo, identificamos a ausência de vários registros e/ou procedimentos durante a primeira consulta das adolescentes com índices bastante elevados como: o toque vaginal, o exame especular, as queixas das gestantes, a citologia oncótica, a data da última menstruação e a data provável do parto, entre outros com percentuais menos significativos. Quanto às consultas subsequentes, constatamos a falta de alguns itens com percentuais, variando de 20,8% a 56,9%, considerados elevados em virtude da grande importância na sequência do processo assistencial, como é o caso da prescrição do sulfato ferroso, dos registros dos exames obstétricos e ginecológicos, dos registros dos exames de sangue e urina, da solicitação e transcrição da ultrassonografia, das notificações dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e das orientações.

O que chama a atenção em especial é que os procedimentos e registros da primeira consulta são o passo fundamental para o direcionamento e a continuidade das consultas subsequentes, o que não deve ser relegado a segundo plano pelos importantíssimos subsídios que podem trazer, como por exemplo: ajudar no diagnóstico precoce da gravidez, das

infecções genitais; estimar o período da gestação nos primeiros meses e como elementos preditores do câncer de colo uterino e do trabalho de parto prematuro que tantos óbices traz às gestantes e seus conceptos.

Quanto ao fato da não prescrição e oferta do sulfato ferroso para muitas adolescentes, certamente deveu-se à falta de uma visão preventiva frente à anemia e à ausência deste medicamento na farmácia. Já a não solicitação e registro da ultrassonografia, momento talvez único na vida da mulher, onde se pode detectar tumores porventura presentes e observar os dados obstétricos essenciais para o acompanhamento da gestação, além de anormalidades fetais, deveu-se à pouca oferta desse exame no serviço e na rede pública de saúde e, quando realizada, não era transcrita para o prontuário.

Em relação aos encaminhamentos das adolescentes, os realizados com mais frequência foram para a imunização, a citologia oncótica e para os exames de rotina. Entretanto, foi constatado um percentual significativo (26,9%) de prontuários com consultas sem nenhum encaminhamento, sabendo-se que o PROSAD/MS preconiza, no mínimo, cinco encaminhamentos após a primeira consulta como: para a imunização, o serviço social, a palestra e/ou grupo de gestante, a citologia oncótica e para os exames de rotina, sem referir os encaminhamentos para as clínicas especializadas, de acordo com a oferta do serviço e a necessidade de cada gestante.

Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal e mantê-las eficientes durante a assistência é necessário dispor de instrumentos que identifiquem as gestantes no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação dos procedimentos e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL; MS, 1999).

Na checagem dos cartões das gestantes, apesar da não anotação em alguns cartões da data da última menstruação e data provável do parto, de uma forma geral as informações contidas corresponderam às expectativas, onde 90% dos cartões estavam adequadamente preenchidos. É interessante ressaltar que o cartão da gestante foi criado com a precípua finalidade de ser um instrumento fundamental para informação dos dados do pré-natal no decorrer da gestação e no momento do internamento para o parto e só tem sentido se cumprir esta expectativa (Leite, 1995).

Contudo, é necessário salientar a importância da presença dos registros adequados nos livros de ocorrência das atividades, nos prontuários e no cartão das gestantes para assegurar uma melhor atenção à saúde, possibilitar e ajudar em estudos e avaliações, bem como para a manutenção de instrumentos de defesa para o profissional no campo jurídico.

5.3 - Apreciação do perfil e percepções das gestantes adolescentes:

As gestantes adolescentes predominaram com maior frequência na faixa etária de 17 a 19 anos, tanto na revisão dos prontuários como também entre as entrevistadas. Neste caso, é importante salientar que nos estudos sobre gravidez na adolescência, a faixa etária que geralmente predomina é a de 17 a 19 anos, mas atualmente vem sendo muito representativa a proporção de adolescentes que engravidam precocemente nas idades de 12 a 16 anos (Cabral, 1997; Araújo, et al, 1998; Monteiro et al, 1998). O que foi observado também em nosso estudo, onde, na revisão dos prontuários 46,2% das adolescentes encontravam-se na faixa etária de 13 a 16 anos e dentre as entrevistadas, 28% encontravam-se em idades de 10 a 16 anos.

Mais da metade das adolescentes, das duas amostras investigadas, residem na cidade do Recife. Entretanto, um contingente em torno de 40%, procede de bairros distantes do CISAM, de outros distritos sanitários e até mesmo de outros municípios, sem nenhuma referência, evidenciando a falta de definição de área de responsabilidade assistencial da instituição. Por outro lado, as usuárias não procuram os serviços de saúde na própria comunidade pela simples razão de que nestes serviços não há uma resposta apropriada às necessidades de cuidados em saúde.

As dificuldades relacionadas a este tipo de análise decorrem, dentre outras, dos serviços de saúde não considerarem no planejamento das ações, o fluxo de pessoas entre os municípios na busca de melhor assistência e a não definição do potencial de cobertura, de recursos humanos e materiais por nível de complexidade (PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de, 1998). Enquanto não se define o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a nível estadual, o processo de referência hoje existente tem sido um dos maiores fatores de agudização de problemas na prestação de serviços, provocando dificuldades de acesso aos usuários e atendimento inadequado (Felisberto et al, 1995).

A maioria das adolescentes apresentou um baixo grau de escolaridade e um elevado percentual estava sem companheiro fixo, fatos geralmente atribuídos à gravidez e à baixa condição sócio-econômica. Constatações observadas por Madeira e Wong (1988) que também referem ser os índices de gravidez mais elevados entre jovens analfabetas ou com instrução mínima e que estas têm poucas possibilidades de escaparem do círculo da miséria, gerando conseqüentemente a manutenção e a reprodução da pobreza e da ignorância.

Com base nos dados de uma pesquisa sobre óbitos perinatais em Duque de Caxias no Estado do Rio de Janeiro, observou-se um percentual elevado de mães de até dezenove anos de idade, com índices variando entre 12% e 26% de acordo com cada instituição e, conseqüentemente o baixo grau de instrução dessas gestantes. Esses dados ressaltam a importância da assistência pré-natal, principalmente no seu aspecto educacional, como única fonte de informação para essas gestantes e de prevenção para as complicações da gravidez e do parto (Nogueira, 1994).

Entre as adolescentes entrevistadas há um grande desconhecimento em relação ao corpo feminino, o processo reprodutivo e as possíveis intercorrências e complicações que podem ocorrer no período gestacional, durante o parto e o puerpério. Em contrapartida, a percepção da gravidez se fez precocemente, atingindo os maiores percentuais de constatação no primeiro trimestre e, conseqüentemente não houve retardo nas consultas, tendo em vista que 75% iniciou o pré-natal até o terceiro mês de gravidez. Isto deve-se a uma maior conscientização das jovens quanto à possibilidade de engravidar, da importância do pré-natal e em parte devido à agilidade do agendamento e à realização da primeira consulta, facilitadas pela dinâmica do serviço, pois constatamos que 90% das entrevistadas conseguiram marcar a consulta na primeira vez que compareceram ao ambulatório.

Aspecto negativo detectado foi o elevado número de adolescentes com uma média três consultas durante toda a gravidez e também, o longo tempo de espera, no mínimo 02 horas, para serem atendidas na consulta. Esses fatos, somados à falta de serviços com pré-natal específico para adolescentes, reforçam a constatação de que milhares de adolescentes em Recife e em todo o Estado de Pernambuco apresentam um número muito aquém de consultas de pré-natal em relação ao estipulado como ideal pelo Ministério da Saúde para um adequado acompanhamento da gestação, isto é, no mínimo seis consultas durante o período gestacional. (BRASIL; MS, 1996).

A adequação do pré-natal pode ser avaliada segundo o índice de Kessner que considera adequado o início do pré-natal no primeiro trimestre e no mínimo nove consultas durante o período gestatório normal (Kessner et al, 1973). Por conseguinte, há uma grande disparidade entre o padrão considerado ótimo nos países desenvolvidos e o preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Mesmo assim, ainda não se conseguiu atingir esta meta no país em virtude do baixo nível sócio-econômico e cultural das pacientes brasileiras associados à pouca oferta e a baixa qualidade destes serviços (Carvalho, 1996).

Na avaliação de 27 unidades básicas de Saúde da cidade do Recife, que realizam a assistência pré-natal, foi constatado na distribuição etária de 355 gestantes uma importante participação de adolescentes até 19 anos de idade, com 33% do total. Para 59% das gestantes, a consulta subsequente não foi agendada e as principais dificuldades citadas por elas foram: o atraso no horário de atendimento, consultas rápidas, poucas orientações e palestras, ter que chegar muito cedo para pegar a ficha para consulta e também para realizar os exames (Feliciano et al, 1998).

A grande maioria dos serviços de atenção pré-natal encontra-se marcada pela fragilidade na organização e racionalidade das ações, e, portanto, bem distante de oferecer uma atenção integral às suas usuárias. Tendo em vista a desorganização desses serviços, não é de se estranhar o abandono das gestantes, geralmente após duas ou três consultas de pré-natal (Araújo et al, 1998).

Para o Ministério da Saúde (1999), a oferta de consultas de pré-natal pelo Sistema Único de Saúde apresenta uma tendência de aumento progressivo, tendo sido registrado em 1998 um crescimento de 75% em relação ao ano de 1997, com a realização de 7,6 milhões de consultas. Entretanto, nem todas as gestantes conseguem realizar as seis consultas preconizadas, meta a ser atingida num esforço conjunto com todos os estados e municípios. Outra meta importante a ser atingida é a qualificação das consultas que se refletirá na redução das elevadas taxas de morbimortalidade materna, problema associado, na maioria dos casos, à precariedade da assistência. No entanto, o Ministério da Saúde não define um período específico para o alcance dessas metas.

Apesar de várias pesquisas referirem que, quando a gravidez incide nesta faixa etária, algumas intercorrências e complicações maternas e perinatais ocorrem com mais frequência

(Vitiello, 1988; Monroy, 1992; Monteiro et al, 1994; Cabral, 1997). Em nosso estudo, na revisão dos prontuários, o maior percentual: 33,8%, foi para as adolescentes que não referiram queixas durante o pré-natal e entre as entrevistadas, 56% não tinha apresentado problemas de saúde até o momento da entrevista. Porém, 30% referiu ter apresentado anemia, processo geralmente encontrado neste período, pois sabe-se que é influenciado pelas modificações fisiológicas ocorridas na gravidez e também, em virtude da má condição nutricional dessas gestantes. Por outro lado é inaceitável, pois sabemos que este problema pode ser facilmente corrigido com um bom acompanhamento pré-natal.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (1999), para gestantes com níveis de hemoglobina acima ou igual a 11 g/dl, o que indica ausência de anemia, deve-se administrar a suplementação de ferro a partir da 20^a semana com uma drágea de sulfato ferroso/dia, o que corresponde a 60 mg de ferro elementar.

Estudo realizado em quatro comunidades de baixa renda da cidade do Recife (Santo Amaro, Coelhos, Caranguejo e Chão de Estrelas), também demonstrou uma elevada prevalência (46,4%) de anemia em gestantes atendidas nos respectivos pré-natais, reiterando assim, a relação existente entre o estado nutricional, as condições alimentares dessas gestantes e a presença de anemia neste período (Hartz et al, 1995).

Somente 18% das adolescentes entrevistadas confirmaram a presença do mesmo profissional no acompanhamento das consultas de pré-natal, geralmente a obstetra, em virtude deste profissional acompanhar com mais frequência as gestantes referenciadas para o pré-natal de risco. A mudança de profissionais nas consultas, aqui referida, certamente ocorre devido à presença das estagiárias de enfermagem intercalando as consultas com a enfermeira durante os estágios, situação essa inevitável, pois trata-se de uma instituição de ensino. Mesmo assim, este é um fator que interfere na relação prenatalista-usuária, dificultando o vínculo de confiança entre o profissional e a gestante, apresentando-se como um aspecto negativo para o acompanhamento da gestação.

Os exames de rotina do pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde foram solicitados de forma correta para a maioria das adolescentes, porém, quanto aos esclarecimentos dos resultados, de acordo com as entrevistadas, geralmente não há uma explicação satisfatória dos profissionais ou simplesmente informa-se que estão todos normais,

situação confirmada também com as queixas quanto à realização de consultas rápidas com poucas orientações. Com algumas exceções, a consulta se restringe aos exames obstétrico e laboratoriais, ao atendimento da queixa principal e anotações no cartão da gestante. Conforme relata a maioria das adolescentes, o diálogo entre elas e os profissionais, principalmente os médicos é restrito, excluindo a paciente de participar de forma mais ativa no seu próprio pré-natal e das informações inerentes a sua saúde.

A escuta e a conversa na atenção pré-natal, como parte da atenção à saúde da mulher, ainda não foram totalmente incorporadas como importantes instrumentos de trabalho (Feliciano et al, 1998). Mas, o Ministério da Saúde através do Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher tem buscado uma maior aproximação com as necessidades de comunicação das gestantes.

Em consequência de uma elevada produtividade no serviço, há uma redução do tempo das consultas, resultando em um atendimento de qualidade limitada. A exceção fica por conta da consulta de enfermagem no pré-natal que encontra-se solidamente implantada nesta instituição, mesmo que esta implantação seja permeada de avanços e retrocessos. De acordo com as adolescentes, esta consulta geralmente é um pouco mais longa e de maior conteúdo informativo.

A consulta de enfermagem é amparada pela Lei N° 7498/86 e está expressa como uma função privativa do enfermeiro. É um serviço diretamente prestado ao cliente através do qual são identificados os problemas de saúde/doença e implementados os procedimentos de enfermagem que contribuem para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e prescritos os medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina nas instituições. Suas técnicas podem ser de maior ou menor complexidade de acordo com as circunstâncias em que são realizadas, ou seja, a natureza da instituição, a responsabilidade e a capacidade do profissional (Conselho Federal de Enfermagem, 1994).

O principal objetivo do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas. Entretanto, cabe à equipe de

saúde, principalmente o prenatalista, ao entrar em contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Assim, a história que cada mulher grávida carrega em seu próprio corpo deve ser acolhida integralmente. Dessa forma, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher. (BRASIL; MS, 1999).

As gestantes, em muitas de suas falas, desconsideram o seu próprio saber dizendo-se incapazes de fazer qualquer avaliação sobre a assistência pré-natal e as ações do serviço. Entretanto, os discursos desmentem essa falsa incapacidade, quando elas desabafam e muitas vezes entram em contradição, refletindo sobre as peculiaridades da organização da assistência pré-natal, das relações interpessoais e do atendimento na instituição.

Os principais motivos apresentados pelas gestantes adolescentes para justificar a busca da assistência pré-natal neste serviço foram a maior facilidade de acesso geográfico e para as consultas, a intervenção na esfera educativa e a boa interação entre elas e os profissionais como a enfermeira, a assistente social e a psicóloga. Esta última justificativa reforça a necessidade de se trabalhar, principalmente na assistência a esta população, com uma equipe multiprofissional integrada e ao mesmo tempo a importância da interação entre os profissionais de saúde e as usuárias do serviço.

Apesar das falhas observadas, 80% das adolescentes gestantes considerou a consulta como boa, por serem bem atendidas, realizarem os exames e receberem orientações nas palestras. Esta avaliação reveste-se de uma análise superficial em relação à assistência a elas oferecida, em consequência do pouco esclarecimento e do baixo nível de conscientização dos seus direitos como mulheres e cidadãs.

Donabedian (1990), refere que os usuários têm expectativas sobre os cuidados de saúde em relação à saúde e bem estar deles mesmos e avaliam as consequências do cuidado de acordo com o que foi realizado para o benefício de sua saúde, diferentemente da avaliação dos profissionais da área de saúde.

As adolescentes, enquanto cidadãs, são sujeitos dos direitos reprodutivos e sexuais existentes na ordem constitucional. Porém, o processo de transição biopsicossocial que marca esse período do desenvolvimento humano faz com que essas adolescentes possuam necessidades específicas, merecedoras da atenção de todos os profissionais em todas as modalidades assistenciais.

5.4- Apreciação do perfil e percepções dos profissionais sobre a gravidez na adolescência, o pré-natal e o PROSAD.

Com relação ao perfil dos profissionais, constatamos a presença de uma equipe multiprofissional articulada. No entanto, o trabalho médico não apresenta-se totalmente integrado. Todos os profissionais possuem mais de cinco anos de formação, a maioria tem nível superior com graduação e cursos de pós-graduação nas suas respectivas áreas. Quanto ao tempo de trabalho com adolescentes, todos afirmaram ter mais de cinco anos e a maioria referiu uma média de 2 a 5 anos de tempo de serviço no CISAM.

Até o momento da realização desta pesquisa, a maioria dos cursos de capacitação realizados foram apenas teóricos, o que segundo Vidal (1996) “não é o ideal para um eficiente aprendizado, especificamente quando se pretende qualificar para a prática assistencial”. E, se limitaram basicamente à abordagem sindrômica nas doenças sexualmente transmissíveis /AIDS e ao aleitamento materno, o que é de grande importância para a assistência, mas insuficientes para a atenção integral à saúde das adolescentes, principalmente na atenção pré-natal que abrange a maior clientela do ambulatório.

Por conseguinte, constata-se que apesar de 76,9% dos profissionais terem realizado cursos de capacitação, alguns ainda não são adequadamente preparados para o atendimento das adolescentes, tendo em vista que não possuem o necessário conhecimento das diretrizes e normas do PROSAD e do pré-natal. Estes aspectos, somados à ausência de normas escritas e acessíveis de pré-natal, à falta de fichas específicas para a avaliação bio-psico-social e de livros de registros permanentes no setor para anotações dos atendimentos e atividades desenvolvidas, são fatores que interferem decisivamente na continuidade da assistência, provocando assim, a baixa qualidade do atendimento.

Outro aspecto negativo constatado na investigação, foi o reduzido tempo de atendimento a esta clientela que deve-se a dois fatores: a falta de um local próprio para o funcionamento do programa e de profissionais, principalmente de enfermeiros, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo.

Mas, é importante destacar o compromisso dos profissionais e do trabalho multiprofissional com a assistência às adolescentes, ainda que essa afirmação possa parecer redundante, afinal trata-se de um grupo de pessoas que escolheu trabalhar com esta população.

A enfermeira do pré-natal e coordenadora do PROSAD desta instituição refere a necessidade de sensibilizar os profissionais para o trabalho interdisciplinar e garantir um padrão de qualidade no atendimento, ao mesmo tempo em que reclama por melhores condições de trabalho. De acordo com Nogueira (1994), as enfermeiras são as pioneiras na tentativa de “conquistar” os outros profissionais de saúde para um trabalho multiprofissional integrado.

A performance dos profissionais de saúde é apenas um dos componentes que contribuem para a qualidade dos serviços prestados, mas a avaliação através desta nos permitiu identificar alguns pontos frágeis de sua prática, e também do serviço de saúde. Os resultados encontrados fornecem aos gerentes e coordenadores do serviço e do programa, subsídios para aperfeiçoá-lo, com base na nossa realidade, a fim de que seja implementado com qualidade.

Segundo Felisberto et al. (1995), “a inexistência de uma política de recursos humanos clara que permita o desenvolvimento e valorização dos profissionais da área, aliada a um modelo econômico que favorece a defasagem tecnológica porque passam os serviços de saúde, reflete-se na desorganização vigente e nos agravos à saúde”.

Aqui abrimos um espaço para refletir sobre o papel das escolas e instituições governamentais, como órgãos formadores e atualizadores das práticas profissionais. Será que os conteúdos e as metodologias propostas pelo Ministério da Saúde, repassados pelas Secretarias de Saúde, estão sendo empregados adequadamente? Qual o conhecimento e a participação dos professores/ capacitadores nos treinamentos e capacitações?

No contexto de suas atribuições, o Ministério da Saúde (1999), apresenta normas e procedimentos de pré-natal, dirigidas a gestores e profissionais de saúde, como subsídios para a estrutura, organização e qualificação da rede assistencial. O estabelecimento de rotinas e a

adaptação das normas é papel dos gestores, que devem garantir estratégias permanentes de formação profissional e condições para que as gestantes sejam atendidas com respeito e dignidade.

Entretanto, não bastam os avanços conceituais das propostas do Ministério da Saúde e do SUS sem que se estabeleçam estratégias que resolvam os inúmeros problemas operacionais existentes. Com isto, queremos deixar claro que a qualidade da assistência à saúde não está exclusivamente ligada à padronização de condutas.

Quanto às percepções da equipe de saúde relacionadas à gravidez na adolescência, a maioria acha um problema grave com elevada incidência atualmente e considera como um período imaturo física e psicossocialmente para engravidar. Atribuem esta problemática à falta de assistência e responsabilidade dos pais e a uma desordem social com a banalização do sexo. Com relação ao pré-natal, afirmaram que em Recife existe uma grande deficiência deste serviço, principalmente com uma equipe multiprofissional e, os que realizam esta assistência, como o CISAM, enfrentam dificuldades como: precárias condições de instalação; falta de equipamentos e quando presentes são obsoletos; deficiência do serviço de arquivo e estatística; insuficiência de profissionais capacitados no PROSAD frente à grande demanda e falta de programação e organização.

De acordo com os profissionais a falta de medicamentos é um problema grave. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das infecções do trato urinário, da hipertensão, das doenças de transmissão sexual, em particular da sífilis, além das intercorrências mais comuns na gravidez, tais como as identificadas nesta pesquisa, exigem a disponibilidade de medicamentos.

Contudo, como aspecto positivo, os profissionais afirmaram que não existe dificuldade quanto à referência para o parto, pois a instituição dispõe de uma maternidade que também atua como unidade de referência.

Em relação às percepções sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, os profissionais argumentaram que a teoria do programa é bem formulada com todas as metas, normas, rotinas e indicações adequadas a uma assistência com qualidade, mas

na realidade, a saúde do adolescente não tem recebido atenção nem apoio por parte dos gestores para a realização de uma assistência eficiente, resultando nas condições citadas anteriormente.

Conforme apresenta o Ministério da Saúde (1999), a assistência pré-natal necessita de recursos materiais simples e de baixo custo, compreendendo condições mínimas de atendimento ambulatorial e equipe multidisciplinar integrada para o acompanhamento e educação das adolescentes em seus aspectos psicossociais. Entretanto, Monteiro et al (1998) ressalta que as ações de saúde nestes serviços não devem se pautar em cima de normas e rotinas retrógradas e sem resolutividade, pois, frente a este grupo de gestantes, existe a necessidade de ações dinâmicas e interativas, tendo em vista o alcance de benefícios e uma efetiva assistência pré-natal.

Mas, como desenvolver estas ações diante do contexto acima apresentado, onde temos uma estrutura inadequada interferindo no andamento do processo adotado que, por sua vez, também apresenta problemas no seu desenvolvimento?

De acordo com o Ministério da Saúde (1999) está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada diretamente com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde. Esta constatação faz com que olhemos para a realidade dos serviços de pré-natal e para as milhares de gestantes que ainda continuam distantes da realização de um pré-natal adequado e eficiente, o que nos leva ao questionamento de que, se os governos e os gestores conhecem esta situação, por que a maioria destes serviços continuam insuficientes e inadequados?

Estes questionamentos nos remete às afirmações de Nogueira (1994), de que “essas mulheres são vítimas, ao mesmo tempo, de uma exclusão social e institucional. Essas modalidades de exclusão, geradas nos próprios serviços de saúde, estão refletidas na baixa qualidade do atendimento, nas dificuldades para a implementação e normatização das ações, e, até mesmo, na inexistência desses serviços para a maioria da população”.

5.5 – Apreciação das percepções das estagiárias de enfermagem sobre o estágio, a supervisão, os aspectos estruturais, os profissionais e à qualidade da assistência.

Para facilitar a abordagem e simplificar o processo de captação das percepções e opiniões das estagiárias de enfermagem, estabelecemos para as respostas, os pontos positivos e negativos em relação aos questionamentos sobre o estágio, a supervisão, os aspectos estruturais, os profissionais e à qualidade da assistência.

Em virtude do pouco tempo de estágio neste setor, geralmente 20 horas, as estagiárias apresentaram dificuldades para a avaliação da supervisão do estágio, dos profissionais e da qualidade da assistência pré-natal para adolescentes, havendo algumas opiniões contraditórias nestes momentos.

Entretanto, várias opiniões das estagiárias estão de acordo com os resultados da avaliação de eficiência do serviço e com a análise dos prontuários. Entre as principais opiniões, podemos destacar as seguintes: “O fluxograma de profissionais é bom, a equipe é formada por várias especialidades, a maioria é interessada em trabalhar com adolescentes e a enfermeira faz um bom atendimento no pré-natal. Existe deficiência de profissionais para o desenvolvimento do programa e uma desorganização quanto às normas e às rotinas assistenciais”.

Quanto às opiniões referentes às questões estruturais e aos materiais e equipamentos, houve uma concordância com as abordagens dos profissionais e das gestantes adolescentes. Por conseguinte, não foram citadas opiniões positivas sobre estas duas áreas analisadas. Entre as estagiárias foi consenso a seguinte constatação: “As precárias condições de infra-estrutura e a deficiência de materiais e equipamentos dificultam o estágio e a assistência”. Mas, elas argumentaram que “...as dificuldades podem ser superadas se houver mais prioridade para com a saúde dos adolescentes, com maior investimento, incentivo e organização neste setor...”.

VI - CONCLUSÃO

A maioria das questões e resultados trazidos à tona após esta pesquisa, embora pareçam elementares para muitos gestores e profissionais dos serviços de saúde, representam um sério problema para as mulheres e, principalmente para as gestantes adolescentes.

A abordagem da situação específica sobre a saúde das gestantes adolescentes orientou-se pela compreensão de que a saúde está associada à existência de adequadas condições políticas, administrativas, sócio-econômicas e de assistência condizentes com a realidade demográfica, epidemiológica e estrutural.

Entretanto, o que se verifica na realidade estudada, são as instalações físicas inadequadas, os recursos materiais escassos, os equipamentos obsoletos e a deficiência na programação e organização, fatores que agem sinergicamente interferindo na prestação da assistência. Somando-se a estas condições, temos ainda, a necessidade de profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo), a falta de capacitações teórico-práticas voltadas para a assistência pré-natal, de reuniões periódicas entre os profissionais e avaliações das atividades desenvolvidas.

Toda essa rede de insuficiências e deficiências detectadas no serviço termina provocando uma redução na qualidade do atendimento prestado, da qual se ressentem os profissionais e, principalmente as usuárias. Entretanto, ressaltamos a necessidade da realização de uma análise do serviço diante do contexto político, econômico e da conjuntura organizacional na qual encontra-se inserido.

O Ministério da Saúde através do PROSAD determina os recursos necessários para o atendimento das adolescentes. E cabe aos gestores e coordenadores do serviço adequar e implantar as estratégias programadas, calcular os recursos a partir das metas e objetivos a serem atingidos e assegurar a continuidade da assistência, pois a inadequada provisão dos recursos acarreta dificuldades para a realização das atividades e até mesmo a suspensão destas, perdendo-se o caminho das metas a serem atingidas.

Apesar da distância existente entre o estabelecido pelo PROSAD e o que está sendo realizado no serviço, podemos ressaltar alguns pontos positivos como: a presença da equipe e do atendimento multiprofissional, ultrapassando na sua concepção e prática os

modelos reducionistas de organização do atendimento a nível ambulatorial, estabelecendo as bases de relações horizontais comunicativas; a regularidade dos registros da pressão arterial, peso e altura das gestantes nos prontuários e cartões, realizados na pré-consulta pelos auxiliares de enfermagem; o desenvolvimento das práticas educativas; a rapidez na marcação da primeira consulta e na manutenção do aprazamento das consultas subsequentes.

É inevitável reconhecer que na nossa realidade, a estruturação das informações dos dados produzidos nos serviços de saúde e em nosso caso no pré-natal e no PROSAD é incipiente e em muitos casos inexistente, com ausência de indicadores e de profissionais capacitados para esta atividade, sendo a falta de informação um sério problema para o desenvolvimento do processo de planejamento, implantação e implementação das ações.

Ainda que a gravidez na adolescência seja considerada por muitos pesquisadores como uma gravidez potencialmente de risco, a população estudada apresentou um perfil de baixo risco, levando conseqüentemente ao desenvolvimento de um pré-natal de baixo risco. Entretanto, ressaltamos a interferência de alguns fatores relacionados ao processo psico-social e por isso as adolescentes devem ser atendidas por equipe multiprofissional integrada e sensibilizada, priorizando-se a interação profissional-gestante e família e as atividades educativas, tendo em vista que as gestantes adolescentes constituem o foco principal do processo de aprendizagem e que esta população tem o pré-natal como a única fonte segura de informações e muitas vezes de apoio, devendo a equipe estar preparada para a compreensão, respeito e ajuda.

Neste contexto, salientamos que os profissionais da saúde não devem ser considerados propriamente como insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais tendem a se realizar pela ação conjunta de indivíduos articulados.

É preciso ressaltar que uma avaliação possui uma historicidade; portanto, os problemas e dificuldades identificados, bem como os pontos positivos constatados, caracterizam-se como fatores dinâmicos, que variam de acordo com as mudanças nas condições que determinam seu aparecimento e sua superação. No entanto, é preciso destacar que as conclusões aqui apresentadas refletem a dinâmica de um processo provisório, que pode e deve transcender as deficiências, ressaltar as qualidades e valorizar os profissionais que realizam esse serviço de alta relevância social no campo da saúde.

VII - RECOMENDAÇÕES

A partir das informações da avaliação e das sugestões dos participantes, algumas recomendações foram elaboradas como pontos a serem discutidos e trabalhados, não apenas a nível dos profissionais e gerência do serviço, mas também como uma reflexão mais abrangente, pois sabemos que a situação deste serviço também é vivenciada por grande parte das unidades básicas de saúde.

Quanto à Estrutura:

- Aumentar as salas de consultas e melhorar a ventilação e a iluminação.
- Aumentar a sala de reuniões para a realização de grupos de adolescentes e melhorar a estrutura física da recepção.
- Colocar um bebedouro na sala de espera, organizar as instalações do banheiro para as usuárias e mantê-lo higienizado.
- Prover materiais necessários ao atendimento e renovar os equipamentos para os exames como as mesas ginecológicas, o pinard e o sonar.
- Atender as necessidades de medicações essenciais para o pré-natal e para os outros subprogramas, principalmente os anticoncepcionais.
- Manter um laboratório na instituição mais eficiente, pois a maioria dos exames são realizados em laboratórios que têm convênio com o SUS.
- Aumentar o número de recursos humanos (auxiliares de enfermagem e administrativo).
- Implantar um sistema de arquivo e estatística específico para o PROSAD e seus subprogramas.

Quanto ao Processo:

- Tornar as diretrizes, objetivos e ações do PROSAD acessíveis e visíveis a todos os profissionais e usuárias do serviço.
- Tornar as metas e objetivos da assistência pré-natal acessíveis e visíveis a todos os profissionais e usuárias do serviço.
- Definir as normas e rotinas da assistência pré-natal e torná-las acessíveis e visíveis para assegurar a direcionalidade pretendida e o estabelecimento do fazer cotidiano.
- Revisar a política de capacitação de recursos humanos, atentando para a dinâmica de funcionamento do PROSAD e do pré-natal e para as necessidades desta população, através de treinamentos teórico-práticos para toda a equipe e de educação continuada, apoiados por supervisor capacitado.
- Elaborar e implantar fichas para avaliação psicossocial simples para facilitar o entendimento, o manejo do prontuário e os encaminhamentos.
- Estimular o correto preenchimento dos prontuários, com a descrição mais completa das queixas, dos procedimentos realizados durante a consulta e dos resultados dos exames.
- Manter e incentivar os encaminhamentos para as outras especialidades de acordo com as necessidades das adolescentes e assegurar o atendimento pelo dentista.
- Garantir, ampliar e diversificar as atividades educativas para o pré-natal.
- Garantir o mesmo profissional nas consultas durante todo o pré-natal.
- Organizar o atendimento no pré-natal para que as consultas possam ser realizadas no horário previsto e com mais orientações.
- Incentivar os profissionais no sentido de melhorar a relação profissional/usuária no programa e, principalmente no pré-natal.

- Fornecer às usuárias todas as informações referentes aos procedimentos de rotina no pré-natal e esclarecê-las sobre os fatores de risco presentes na gestação e os sinais e sintomas premonitórios do parto, permitindo que as pacientes sejam capazes de identificar as possíveis intercorrências e complicações que surgirem neste período.

Quanto à Programação e Administração:

- Realizar reuniões administrativas periódicas e grupos de estudos com toda equipe envolvida no programa.
- Reexaminar a participação do serviço no Sistema Local de Saúde, através da definição de área(s) de responsabilidade institucional para a atenção primária e secundária, o que lhe permitirá programar e organizar a integralidade das atividades.
- Considerar no planejamento e implementação das atividades do pré-natal, no mínimo, o perfil epidemiológico, as características da demanda e a disponibilidade de recursos humanos e materiais com potencial para o manejo da assistência.
- Organizar um núcleo de informação e documentação no setor, na perspectiva da organização de um sistema produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente.
- Implantar um processo contínuo de avaliação, através de indicadores de qualidade com o objetivo de conhecer os sucessos e insucessos das ações e atividades.
- Promover e apoiar estudos e estimular a realização de pesquisas relativas a saúde das adolescentes.
- Privilegiar seu papel de unidade de referência e aumentar a utilização de seu potencial para a assistência pré-natal de alto risco, porém servindo de suporte e garantindo a referência e contra referência com o nível primário.

As recomendações que apresentamos logicamente não pretendem ter o caráter de deliberações, mas esperamos que a instituição possa viabilizá-las, aproveitando este diagnóstico da estrutura e processo do pré-natal e do PROSAD e as indicações mais urgentes e necessárias para a prestação de uma assistência com qualidade e, conseqüentemente a obtenção de bons resultados.

VIII - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A realização deste processo avaliativo no serviço de assistência pré-natal para adolescentes por um avaliador externo à instituição (CISAM) apresenta-se como da maior relevância na busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados às adolescentes gestantes. Entretanto, apesar dos cuidados metodológicos necessários, a pesquisa apresenta limitações que devem ser abordadas.

Na pesquisa com os profissionais, dois fatores podem ter influenciado à alguma tendenciosidade nas respostas dos questionários, isto é, a equipe de saúde avaliada conhecer o pesquisador e ter ciência do estudo proposto, o que foi atenuado pela utilização de outras estratégias de avaliação, como a utilização do instrumento de avaliação, a revisão dos prontuários e as entrevistas com as estagiárias de enfermagem.

A utilização da técnica de entrevista direta com as adolescentes pode ter acarretado a inibição de algumas respostas devido a presença do entrevistador. No entanto, esta fase seria mais aprofundada com a utilização de técnicas de grupos, por exemplo, com a discussão de grupos focais.

Embora existam limitações no estudo, não podemos deixar de considerar suas vantagens e validade. As vantagens da avaliação da estrutura e processo é que esta se desenvolve nos momentos em que os recursos estão sendo utilizados e quando a assistência está sendo praticada. Nestas fases, os dados são concretos, de fácil acesso e podem ser obtidos com poucos recursos. No entanto, a desvantagem é que não se pode estabelecer a relação entre a estrutura e o processo com os resultados finais, sem a apreensão destes. Porém, é pouco provável que diante de uma inadequada estrutura e um processo deficiente possam se desenvolver cuidados de saúde com qualidade e, conseqüentemente bons resultados.

IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A., KNOBEL, M. Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico. 8º ed., Porto Alegre; Artes Médicas. 1989, 92p.

ARAÚJO, W. J.; PIRES, E. S. et al. Assistência pré-natal na adolescência. In: Anais do 2º Simpósio Internacional de Gravidez de Alto Risco – UERJ, 1998

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. In: Revista de Saúde Pública, São Paulo. 26(6): p. 437-43, 1992

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.- Pré-Natal de Baixo Risco - Normas e Manuais Técnicos - Brasília - Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1991. 68p.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal - Normas e manuais técnicos. Brasília- DF, 1993. 37p.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema Único de Saúde, Descentralização Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília; 1993. 102p.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de Alto Risco - Brasília. 1996. 40p.

_____,MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Atenção à saúde Integral do Adolescente. Brasília-DF, 1996. 42p.

_____,MINISTÉRIO DA SAÚDE; SINASC. Sistema de Informação de Nascidos Vivos: Base de dados de 1994-1996. Brasília-DF. 1996.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral à Saúde da Criança. Modelo de Avaliação de implantação de programa. Brasília, 1998.

_____,MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde: Indicadores de Avaliação de Maternidades e Unidades de Neonatologia.- Brasília-DF, 1998.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal - Normas e manuais técnicos. Brasília- DF, 1999.

BRASIL/BEMFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996, Rio de Janeiro, BEMFAM, 1997.

CABRAL, M.G.S.R. Consequências da Gravidez na Adolescência: riscos para a saúde da mãe e do recém-nascido. Dissertação mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Pediatria. 1997. 138p.

CABRAL, R. W. L. Gravidez na adolescência: assistência multidisciplinar e análise da atuação do enfermeiro no pré-natal. In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Bahia. 1998.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, p.109-133. 1998.

CAMPOS, F. E. Resolutividade – Uma aproximação à avaliação qualitativa dos Serviços de Saúde. Belo Horizonte: Imprensa Universitária (1988).

CAMPOS, F. E. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ. 6(1): 50-61, jan/mar. 1990.

CARVALHO, D.S., - Avaliação da Qualidade do Pré-Natal, Parto e Puerpério em Curitiba: uma Avaliação Preliminar - Valorizando a Dignidade Materna. 19 - 48, Curitiba. 1996.

CLEMENHAGEN, C. & CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part program evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. Quality Review Bulletin, 1986.

CHAMBERLAIN, G. Manual de Assistência Pré-Natal. São Paulo: SANTOS, 1993.

CHEN, H. T.; ROSSI, P. H. Evaluating with sense: The theory-driven approach. Evaluation Review. vol. 7: 283-302. 1993.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil: 1992/1993. Rio de Janeiro, COFEn/ABEn, 1994.
- COLLI, A .S. Crescimento e desenvolvimento físico. In: Adolescência e saúde. São Paulo: Comissão saúde do adolescente – SES, Paris editora, 1988.
- CONTANDRIOPOLUS A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methodes. GRIS Univ. de Montréal; 1992.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L. et al. Saber preparar uma pesquisa - São Paulo - Editora Hucitec Abrasco. 1994.
- CORREA, S. ; ÁVILA, M. B. Os Direitos reprodutivos e a condição feminina - SOS Corpo, 1. ed. - Recife. 1991
- CORREA, M. D.; COATES, V. O. Gravidez na Adolescência. In: Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier , 1993.
- COSTA, C. F. F. Primiparidade precoce na maternidade professor Monteiro Morais: 1977-1979, aspectos obstétricos e neonatológicos. Tese p/ professor titular do DMI da F.C.M.P, 1980.
- COSTA, J. S. D.; CARDOSO, F. I. Avaliação do programa de pré-natal do posto de saúde da vila municipal - Pelotas/RS - Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 18 (6):469 – 474, 1996.
- COSTA, J. S. D.; D'ELIA, P.B.; MOREIRA, M. R. Prevalência e uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas/RS, Brasil - Cadernos de Saúde Pública - RJ - 12 (3): 339 - 344. 1996.
- DENIS, J.L. & CHAMPAGNE, F. Analyse d'implantation. GRIS, Université de Montréal, 1990.

- DEVIS, S. Gravidez em Adolescentes. In: Clínicas Pediátricas da América do Norte. v.3, jun. 1889
- DONABEDIAN A. The quality of medical care. Science, pg: 856-864; 1978.
- DONABEDIAN A. The definition of quality: A conceptual exploration. Vol. 1: exploration in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Mich: Health Adm. Press, 1980.
- DONABEDIAN A. The criteria and standards of quality, Vol 2: Explorations in Quality Assesment and monitoring. Ann Arbor, Mich: Health Adm. Press, 1982.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed. JAMA. Vol. 260: p. 1743-1748; 1988.
- DONABEDIAN, A. The seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. pg: 1114 - 1119. November; 1990.
- EBRAHIM, G. J.; SULLIVAN, K. R. Métodos de Pesquisa em Saúde Materno Infantil - Recife -Edições Bagaço –1996.
- ECA/MS, Estatuto da Criança e do Adolescente/Ministério da Saúde. Brasília, C. B. J. A. 1990. p.72.
- FELICIANO, K. V. et al. Avaliação das ações de controle das DST/AIDS desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife, com ênfase na atenção pré-natal. Recife, agosto, 1998.
- FELISBERTO, E.; SAMICO, I.; ARAÚJO, M. Demanda, resolutividade e outros aspectos de um centro de referência (IMIP), vol 9(2). Recife, 1991.
- FELISBERTO, E.; LEAL, C.; SAMICO, I. Referência na atenção pediátrica: uma “emergência” em Pernambuco. In: Revista do IMIP, vol 9(2). Recife. p.61-69. 1995.

- FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. In: Cadernos Fundap. p. 98 -105, 1995.
- FORSBERG, B. C.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G., Developing countries need more quality assurance: how health facility surveys can contribute. Policy Issues. p 192-196. 1992.
- _____, Tendências Demográficas - uma análise a partir dos resultados do censo demográfico de 1991 – Rio de Janeiro. 1996.
- GARNER, P.; THOMASON, J.; DONALDSON, D. Quality assessment of health facilities. In: Rural Papua New Guiner. Health police and planning, 5(1), p. 49- 59. 1990.
- GUERRA, A. Meninas enfrentam risco da maternidade. Jornal - Diário de Pernambuco. Recife, p -27, vida urbana, 1997.
- HALPERN, R.; BARROS, F. C. et al. Atenção pré-natal em Pelotas/RS, Brasil, 1993. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 14, n.3, p 487 – 492, 1998.
- HARTZ, Z.M.A. Avaliação do PMI no nordeste do Brasil. Tese de PhD. , 1993.
- HARTZ, Z.M.A., SAMICO, I.; FELISBERTO, E. Avaliação de um Centro de Referência para Atenção Materno-Infantil:IMIP - Revista do IMIP - vol 9(2):3-34, 1995.
- HARTZ, Z.M. A. et al. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.
- IBGE/UNICEF, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil – A situação da fecundidade, determinantes e características da transição. Rio de Janeiro. 1991. 63p.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério da Economia e Planejamento. Crianças e Adolescentes: Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, IBGE, V.2, Pg. 1-74; 1996.

- IMIP/UNICEF, Instituto Materno Infantil de Pernambuco/ e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados básicos de saúde em comunidades de baixa renda. In: Revista do IMIP. v. 1(2). P. 13-21. 1992.
- KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality. The case of tracers. N. Engl. J. Med. 288(4): p. 189-193. 1973.
- LEITE, S. R. R. F. Avaliação dos serviços de pré-natal e planejamento familiar do ambulatório da mulher do CAM – IMIP. Dissertação de Mestrado, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, 1995.
- LIPPI, U. G.; SEGRE C.A.M. Gravidez na adolescência: resultados perinatais. In: Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília-DF- p. 88-105.; 1988.
- LIMA, C. P. A Importância da Qualidade no Pré-Natal - Jornal da Febrasgo - Ano 3 - Número 29: 10 - 11 – Outubro, 1996.
- _____. Análise Crítica da Importância da Assistência Pré-Natal - Femina - vol 25 (1): 85-92 - Jan – Fev, 1997.
- MAAKAROUM, M. F. Tratado de Adolescência. Rio de Janeiro. Cultura Médica. p.33-38; 1991.
- MAIA FILHO, N. L. Comparação entre primíparas adolescentes precoces, não precoces e adultas quanto a fatores sociais e gestacionais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.13, n.6, p.156- 62, nov/dez., 1991
- MADEIRA, F. R.; WONG, L. R. Responsabilidades precoce: família, sexualidade, migração e pobreza na grande São Paulo. NEPO/UNICAMP. Campinas. p. 16- 23. 1988.
- McANARNEY, E.R.; HENDEE, W.R. Adolescent Pregnancy and its cosequences. JAMA, v. 262, n. 1, p.74 –77, jul., 1989.

- MONROY, A. El embarazo en la adolescencia: la experiencia en America Latina. In: Salud Reproductiva en la Americas. Washington:OMS, P.132-157. 1992.
- MONTEIRO, D. L.; CUNHA, A. A. A. Perfil reprodutivo da adolescente. Jornal Brasileiro de Ginecologia. v. 104, n. 3, p.59 –62, mar. 1994.
- MONTEIRO, D. L. Gestação na Adolescência e Assistência Multidisciplinar. In: REVISTA JAMA- GO. Rio de Janeiro, v.3, nº 3, pg 58-68; 1995.
- MONTEIRO, D.L. et al. Gravidez na Adolescência. Revinter.Rio de Janeiro; 1998.
- NASCIMENTO,A. A Tunísia é aqui? .O holocausto Materno no Brasil. In: úmula/RADIS, FIOCRUZ; nº 67- abril, 1998.
- NOGUEIRA, M. I.. Assistência Pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. HUCITEC; São Paulo 1994.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação do Atendimento Ambulatorial - Divulgação em Saúde para Debate - Londrina - CEBES -Fev. 1991.
- NOVICK, L.; DICKINSON , K.; ASNES, R. et. al. Assessment of ambulatory care: Application of the tracer methodology. Medical Care, p. 01-12. 1976.
- NEME, B. Obstetrícia Básica. 1ª ed. SAVIER: São Paulo. 1994.
- NEMES, M. I. B. Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. 1995. 159p .
- OMS/UNICEF, Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Saúde Reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Genebra, 1989.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Necessidades de salud de los Adolescentes. Informe do Comitê da OMS. Genebra, 55p. 1998

OPAS/OMS, Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil. (Mimeo), 1987.

OPAS/OMS, Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe. (Mimeo), 1992.

PATTON, M. Q. Utilization-Focused Evaluation. 2 ed. Beverly Hills: Sage, 1986

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado - DISAMA. Avaliação de Implantação do PAISM e do PROSAD em municípios de Pernambuco. Caderno de avaliação. Recife-1996.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado - SSE. Diagnóstico estrutural das maternidades de Pernambuco – 1997. Projeto para redução da mortalidade materna e perinatal. Recife. 1998. 182p.

PIOVESAN, F. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 2ª ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

POLIT, D. F; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto alegre: Artes médicas. 1995. 391 p.

POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). La actividad sexual y la maternidad entre las adolescents en América Latina y el Caribe: Riscos y Consecuencias. El proyecto de sincuestas Demográficas y de salud (DHS) de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las enfermedades (CDC) Washington, D.C, nov. 1992

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde - DIEVS. Investigação Epidemiológica no Recife: Dados procedentes das Declarações de Nascidos Vivos da Cidade do Recife. 1997.

- REIS, E. J. F.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas - Cadernos de Saúde Pública - 6 (1): 50-61. 1990
- REZENDE, J. Obstetrícia – 6ª ed. - Editora Guanabara Koogan - RJ- 1117p. 1991.
- RODRIGUES, C. S.; MAGALHÃES J. R. H.; EVANGELISTA, P. A. Perfil dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte, 1992-1994 - Cadernos de Saúde Pública - 13(1): 53-57 - Jan - Mar. 1995.
- ROMERO, M. I.; MADALENO, M.; SILBER, T.J. Embarazo en la Adolescencia. In: Organização Pan-americana de Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washigton: OMS, p. 473 – 485, 1992.
- SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: Programas em Saúde Hoje. Org. L. B. Schraiber, 2º ed. São Paulo: Hucitec; p.117-137. 1993.
- SALES, J. M.; VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. et al. Tratado de Assistência Pré-Natal. Livraria Roca - São Paulo . 1989. 687p.
- SAMICO, I. Evaluation of Services in the Paediatrics Outpatient Department at IMIP - Recife - Brazil - Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de Londres – December, 1994
- SAMICO, I. Avaliação dos Serviços no Ambulatório Geral de pediatria do IMIP -Recife. In: Revista do IMIP. vol 9(2). p. 51 - 59. 1995.
- SAPIRE, S.A. Evaluation of Maternal and Child Health Programs: In Wallace, Health Care of Women and Children in Developing Countries - California Third Party Pub. Company, 1990.
- SANTIN, A. J.; SHETTY, P. S.; JAMES, W. P. Maternal youth and pregnancy outcomes. Middle school versus high school age groups compared with women beyond tre ten years. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 171, n. 1, p. 184 - 87, 1994.

- SCHRAIBER, L. B. et al. Programação em saúde hoje. In: Saúde em Debate. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 1993.
- SILVER, L. F. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1992.
- SOUZA, A . I. Fatores de risco para hospitalização por abortamento. Recife, 1995. 105p. Dissertação (mestrado em saúde materno infantil). Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, 1995.
- SPEROTTO, G.; ALBUQUERQUE, Z. P. et al. Conhecimentos e atitudes de pediatras Brasileiros sobre a diarreia aguda e a utilização da TRO – Um estudo transversal. Jornal de Pediatria, vol. 66 (7), p. 107-111. 1990.
- SUPLICY, M. Sexo para Adolescentes: amor ,sexualidade, masturbação, virgindade, Anticoncepção e AIDS. 2ª ed. São Paulo. 1995.
- TAKIUTI, A. A adolescente está ligeiramente grávida: E agora? São Paulo; IGLU, p. 58-67; 1990.
- TAKIUTI, A . D.; SANTOS, J. J. D.; MORTELEONE, M. L. Assistência integral à adolescente gestante como um fator protetor da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). In: Anais do 6º Congresso Brasileiro de Adolescência. Aracaju, 1995, p. 53.
- VIDAL, S. A. Avaliação do programa de controle das infecções respiratórias agudas nos serviços públicos ambulatoriais do Recife. 163p. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil). Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, 1996.
- VITIELLO,N.; SILVA, J.L.; OLIVEIRA, Q.E. Assistência obstétrica à adolescentes. São Paulo: REGO, p.165-172.; 1988.

VITIELLO, N. Reprodução e Sexualidade. São Paulo: CEICH, 1994. 87p.

VUORI, H. A Qualidade da Saúde In: Divulgação em Saúde para Debate. nº5 - Londrina-CEBES -17-25. 1991

WALKER, G. J. A.; ASHLEY, D. C. et al. The quality of care is related to death rates: hospital inpatient management of infants with acute gastroenteritis in Jamaica. Journal of pub. Health, v. 78(2), p. 149-152. 1988.

YIN, R. K. Care Study Research Beverly Hills: Sage, 1984.

ZHANG, B.; CHAN, A. Teenage pregnancy in South Austrália, 1986-1988. Obstet. Gynaecol. 31(4). 1991.

ANEXO - 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Investigador : Rômulo Wanderley de Lima Cabral - Contato : 9142-9536

Orientador : Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

Co-orientadora : Ms. Isabella Chagas Samico

Título da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo Avaliar o serviço de assistência pré-natal para adolescentes desenvolvido no ambulatório do PROSAD no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM.

Os dados serão obtidos através de questionários com perguntas estruturadas e semi-estruturadas aos profissionais e as adolescentes e revisão dos prontuários utilizando-se um “checklists”. Para aplicação destes instrumentos solicitaremos permissão à direção da instituição e consultaremos todos os sujeitos envolvidos, antes esclarecendo-os sobre o estudo proposto, respeitando a disponibilidade, as decisões e a liberdade em participar ou não da pesquisa, tendo a preocupação em manter a privacidade da imagem dos participantes, garantindo a confidencialidade das informações.

O estudo não apresenta riscos aos participantes, mas sim futuros benefícios, tendo em vista, a melhoria da qualidade na assistência a saúde das adolescentes e conseqüentemente das suas famílias. Contudo, asseguramos que as informações obtidas serão, previamente apresentadas a direção da instituição e exclusivamente, utilizadas para fins acadêmicos, podendo ser apresentadas em congresso ou publicações.

Mediante o exposto, concordo em participar do estudo.

Entrevistado

Entrevistador

____/____/____
Data

ANEXO - 02

INSTRUMENTO PARA ESTIMATIVA DAS CONDIÇÕES DE EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES.

Nome do estabelecimento:

Responsável/coordenador:

Endereço:

Bairro:

Município:

A) TIPO DE ESTABELECIMENTO:

B) NÍVEL DE ATENÇÃO A SAÚDE:

Outro, explique: _____

B) Esta unidade de saúde participa do Programa de Assistência Integral a Saúde do Adolescente-PROSAD.

Sim () Não ()

C) Esta unidade participa de projetos especiais para adolescentes:

Sim () Não ()

D) Existem pesquisas em desenvolvimento sobre os adolescentes atendidos no serviço?

Sim () Não ()

- Sob a coordenação de quem ? _____

E) Existe capacitação profissional para a equipe do serviço de forma periódica, sobre a saúde do adolescente?

Sim () Não ()

• Sob a coordenação de quem ?

F) Há registro local dos atendimentos e atividades desenvolvidas com os adolescentes?

Sim () Não ()

G) Que tipo de avaliação já foi realizada nos serviços de pré-natal para adolescente no CISAM?

H) Número de matrículas novas no pré-natal ____ e de atendimentos ____ no último mês?

D) Média de atendimentos registrados no último mês por diferentes categorias profissionais e carga horária mensal usada por cada um:

___/___ ginecologistas	___/___ enfermeiros
___/___ obstétricas	___/___ assistentes sociais
___/___ herbeiras	___/___ Odontólogos
___/___ psicólogos	___/___ nutricionistas
___/___ auxiliares de enfermagem	

K) O serviço utiliza ficha clínica para avaliação bio-psico-social?

Sim () Não ()

M) Se os serviços desta unidade de saúde é de nível primário responda:
Existem mecanismos de referência e contra-referência com os níveis secundários e terciários?

Sim () Não ()

Existe um formulário específico para o encaminhamento?

Sim () Não ()

Para quais dos assuntos abaixo existem normas e condutas escritas?

Sexualidade	Sim ()	Não ()
Doenças sexualmente transmissíveis	Sim ()	Não ()
AIDS	Sim ()	Não ()
Pré-natal	Sim ()	Não ()
Contracepção	Sim ()	Não ()
Abortamento	Sim ()	Não ()

P) As normas são utilizadas nos atendimentos de rotina ?

Sim () Não ()

Q) Quem recebe o adolescente quando ele chega ao serviço?

ESTRUTURA E PROCESSO ORGANIZACIONAL POR ÁREAS TEMÁTICAS

I - PLANTA FÍSICA

	pontos estabelecidos	pontos: obtidos
01) O ambulatório está situado em local de fácil acesso?	10	10
02) Existe sala de espera específica/adequada?	10	10
03) Existe consultórios para atendimento individual?	20	20
04) Cada sala tem pelo menos 9m ² de tamanho?	10	00
05) Uma pia para lavar as mãos em cada consultório?	10	10
06) Há sala ampla para reuniões de grupos e palestras?	20	10
07) Os pisos e as paredes são laváveis?	10	10
08) A circulação dos funcionários é independente da circulação do público?	10	00
09) Existem sanitários separados para funcionários e para o público?	10	10
10) A iluminação natural é suficiente para as atividades diurnas?	10	00
Total de planta física	120	80

II - RECURSOS MATERIAIS: (permanentes e de consumo)

	pontos estabelecidos	pontos: obtidos
11) Cada consultório tem uma mesa (birô) e duas cadeiras?	20	20
12) Cada consultório dispõe de mesa ginecológica, escada, lâmpada de pé, mesa auxiliar e banco giratório?	20	10
13) Existe balança para adultos (peso e altura)?	10	10
14) Dispõe de esfigmomanômetro?	10	10
15) Dispõe de estetoscópio clínico?	10	10
16) Dispõe de estetoscópio de Pinard e/ou sonar?	10	10
17) Dispõe de fita métrica ?	10	10
18) Existem espelhos e pinças de Cheron?	10	10
19) Há baldes para colocar material usado?	10	10
20) Há arquivos para prontuários e outros documentos ?	20	00

21) Dispõe de materiais para atividades educativas (áudio-visual)?	10	05
22) Dispõe dos diversos tipos de anticoncepcionais para distribuição?	10	05
23) Dispõe de medicamentos essenciais?	10	00
24) Dispõe de material de registro e estatística (prontuário, fichas, cartões, etc.)?	10	10
25) Há termômetros	10	10
26) Dispõe de material de enfermagem (seringas, gases, algodão e anticépticos, etc.)	10	00
27) Dispõe de luvas esterilizadas?	10	10
28) Há material de higiene e limpeza disponível?	10	10
29) Há material de secretaria(papel, lápis, tesoura, etc.)	10	10
30) Estes materiais têm estado sempre disponíveis nos últimos 3 meses.	10	00
Total de recursos materiais	230	160

III – RECURSOS HUMANOS:

	pontos Estabelecido	pontos obtidos
31) Há um coordenador do ambulatório?	20	20
32) O ambulatório possui médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia?	10	10
33) Há uma enfermeira durante o funcionamento do ambulatório?	20	20
34) Há uma psicóloga atuando com as adolescentes do pré-natal?	20	20
35) Há assistente social disponível?	20	20
36) Todos os profissionais são treinados no programa?	10	00
37) Existe equipe multiprofissional integrada?	10	10
38) Os profissionais possuem conhecimento das diretrizes e normas do PROSAD.	10	00
39) Há funcionários de registros e estatísticas?	10	00
40) Há uma auxiliar de enfermagem para dois consultório?	10	00
41) Há pessoal de limpeza.	10	10
Total de recursos humano	150	110

IV- NORMAS E PROCEDIMENTOS

	Pontos estabelecidos	Pontos obtidos
42) Possui normas escritas e acessíveis de pré-natal de acordo com as orientações do PROSAD.	20	00
43) Existe controle periódico e contínuo no pré-natal.	20	10
44) O controle das pacientes é feito por escrito, (marcação de consulta).	10	10
45) Todas as gestantes recebem vacina antitetânica .	10	10
46) A unidade dispõe de apoio laboratorial adequado .	20	20
47) Grau de preenchimento dos registros (prontuários com manuscritos legíveis).	10	10
48) Utiliza prontuário único multiprofissional .	10	10
49) Registros de encaminhamentos para outras especialidades médicas.	10	10
50) Utiliza o cartão da gestante adolescente.	20	20
51) Atendimento à família das adolescentes (companheiro/filho)	10	00
2.1.1) A cada gestante realiza-se: (consulta inicial):		
52) Exame clínico geral.	10	00
53) Exame de mama.	10	10
54) Exame Obstétrico.	10	10
55) Exame odontológico	10	00
56) Tipagem sanguínea (grupo e fator RH)	10	10
57) Sorologia para sífilis	10	10
58) Parasitológico de fezes	10	10
59) Exame de urina	10	10
60) Hemograma (hematócrito e hemoglobina)	10	10
61) Citologia oncótica (papanicolau)	10	10
2.1.2) Em toda consulta de pré-natal, realiza-se e anota-se:		
62) Curva da pressão arterial.		
63) Curva de peso.	10	10
64) Idade gestacional.	10	00
65) Batimentos cardíco-fetais.	10	00

66) Exame Obstétrico.	10	10
67) A presença de edemas.	10	10
	<hr/>	<hr/>
Total de normas e procedimentos	300	220

V - PROGRAMAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

	pontos estabelecidos	pontos obtidos
68) Há programa escrito com metas quantitativas das atividades do ambulatório?	10	00
69) O serviço de pré-natal é avaliado periodicamente?	10	00
70) O coordenador dedica pelo menos 04 horas diárias ao serviço?	20	20
71) O obstetra do ambulatório trabalha também na internação obstétrica?	10	10
72) Carga horária semanal mínima é de 16h p/ cada membro da equipe?	10	05
73) Realiza-se reuniões administrativas periódicas?	10	10
74) Consolida e avalia os dados de informação?	10	00
75) Utiliza os dados de informação?	10	00
76) Existe sistema de referência e contra-referência?	10	05
	<hr/>	<hr/>
Total de programação e administração:	100	50

VI - ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

77) Realiza-se atividades educativas em grupos?	20	20
78) Desenvolve atividades educativas na comunidade?	10	00

4.1) Nas consultas e palestras de pré-natal ensina-se:

79) A importância do controle pré-natal.	10	10
80) A importância da consulta pós-parto.	10	10
81) A fazer o auto-exame de mamas.	10	00
82) A importância e a preparação para o aleitamento materno.	10	10
83) Sobre os diversos tipos de anticoncepcionais.	10	10
84) Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.	10	10
85) A importância do acompanhamento do recém-nascido.	10	10
Total de educação para saúde.	100	80

TOTAL FINAL

1000 700

“QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA”

COM ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL DO
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS – CISAM

Número do Prontuário: _____

Bairro: _____

1 – Recife ()

2 - Área metropolitana
de Recife ()

3 - interior do estado ()

4 - Outro Estado ()

Qual? _____

01 - IDADE (em anos):

1 - 10 a 16

2 - 17 a 19

0 – Sem resposta

02 - ESTADO CIVIL:

1- Casada

2- Solteira

3- Solteira com companheiro

4- Viúva

0 - Sem resposta

03 - GRAU DE INSTRUÇÃO:

1 - analfabeta

2 - primeiro grau menor incompleto

3 - primeiro grau menor completo (4 série)

4 - primeiro grau maior incompleto

5 - primeiro grau maior completo (8 série)

6 - segundo grau incompleto

7 – segundo grau completo

0 - sem resposta

04 – JÁ ENGRAVIDOU QUANTAS VEZES?

1 - primeira gestação

2 – Segunda gestação

3 - Terceira gestação

4 - mais de três filhos

0 - sem resposta

05 – SE JÁ TEVE FILHO, FEZ PRÉ-NATAL EM GESTAÇÃO ANTERIOR ?

- 1 - sim
- 2 - não
- 3 - Não se aplica (1ª gestação)
- 0 - sem resposta

→ Se Sim, em qual instituição? _____

06 – EM QUE MÊS DE GESTAÇÃO VOCÊ DESCOBRIU QUE ESTAVA GRÁVIDA?

07– COMO FICOU SABENDO DO PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES DO CISAM?

- 1 – Através de amigos e/ou familiares
- 2 – Por meios de comunicação (jornal, rádio, televisão)
- 3 - Encaminhada por outro profissional
- 4 - Encaminhada de outra instituição.

Qual? _____

08 - VOCÊ COMEÇOU O PRÉ-NATAL EM QUE MÊS DE GRAVIDEZ ?

- 1 - primeiro trimestre (até a 12ª semana)
- 2 - segundo trimestre (da 12ª a 28ª semana)
- 3 - terceiro trimestre (a partir da 28ª semana)
- 4 - Não sabe informar
- 0 - sem resposta

09 - O PRÉ-NATAL DO CISAM FOI SUA PRIMEIRA ESCOLHA ?

- 1 - sim
- 2 - não
- 0 - sem resposta

→ Se sim, por quê? _____

→ Se não, qual foi a razão da troca? _____

10 – QUANTAS CONSULTAS VOCÊ JÁ REALIZOU ?

- 1 - uma (1) a três (3)
- 2 – Quatro (4) a cinco (5)
- 3 – Seis (6) ou mais
- 4 – Não sabe informar
- 0 – Sem resposta

11 - VOCÊ FEZ OS EXAMES NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL?

- 1 - sim
- 2 - não
- 0 - sem resposta

12 - O PRE-NATALISTA LHE EXPLICOU OS RESULTADOS DOS EXAMES ?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não sabe informar
- 0 - sem resposta

→ Se sim, quais as informações:

13 - QUE ASSUNTOS FALARAM COM VOCÊ DURANTE AS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL?

- 1 - () importância do pré-natal
- 2 - () orientação higieno-dietética
- 3 - () desenvolvimento da gestação
- 4 - () sinais e sintomas do parto, preparação para o parto
- 5 - () aleitamento materno, alojamento conjunto e cuidados com o RN
- 6 - () orientações pós-parto (infecções, hemorragias, etc).
- 7 - () informações sobre os direitos da mulher gestante e após o parto
- 8 - () atividade sexual na gravidez
- 9 - () sinais e sintomas de complicações na gravidez
- 10 - () prevenção de câncer de mama e de colo uterino

14 - CITE TRÊS SINAIS DE ALERTA QUE VOCÊ POSSA LEMBRAR QUE INDIQUEM QUE A GRAVIDEZ ESTÁ COMPLICANDO.

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - Não lembra
- 0 - sem resposta

15 - O PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATENDE VOCÊ NO PRÉ-NATAL É:

- 1 - sempre o mesmo
- 2 - às vezes muda
- 3 - nunca é o mesmo
- 4 - esta foi a primeira consulta
- 0 - sem resposta

16 - VOCÊ ACHA QUE A CONSULTA AQUI NO PRÉ-NATAL É:

- 1 - boa
- 2 - regular
- 3 - ruim
- 0 - sem resposta

→ Porquê? _____

17 - POR QUE FAZER PRÉ-NATAL É IMPORTANTE

18 - QUANTAS VEZES VOCÊ VEIO AO AMBULATÓRIO PARA CONSEGUIR MARCAR A CONSULTA?

- 1 - uma vez
- 2 - duas vezes
- 3 - mais de duas vezes
- 4 - a consulta foi marcada na consulta anterior
- 0 - sem resposta

19 - EM MÉDIA, QUANTO TEMPO VOCÊ ESPERA PARA SER ATENDIDA NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL?

- 1 - menos de uma hora
- 2 - de uma a duas horas
- 3 - mais de duas horas
- 4 - três horas ou mais
- 0 - sem resposta

20 - VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM O PRÉ-NATAL QUE ESTÁ RECEBENDO?

- 1 - sim
- 2 - não
- 0 - Sem resposta

→ Se não, por quê? _____

21 - SEU CARTÃO FOI PREENCHIDO:

- 1 - Sim → Se sim, observar o cartão e colocar (A) correto (B) incorreto
- 2 - Não
- 3 - Não sabe
- 0 - sem resposta

22 .- REALIZOU VACINA ANTI-TETÂNICA NO PRÉ-NATAL:

- 1 – (1ª) dose
- 2 - (2ª) dose → Observar o cartão:
- 3 - (3ª) dose
- 4 - Imunizada
- 5 - nenhuma
- 0 - sem resposta

23 - VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA NA GESTAÇÃO.

- 1- () Doença sexualmente transmissível
- 2- () Abortamentos
- 3- () Sangramentos
- 4- () Anemia
- 5- () Desnutrição materna
- 6- () Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
- 7- () outros: _____
- 0- () Sem resposta

24 – O QUE VOCÊ ACHA QUE PODERIA MELHORAR NO PRÉ-NATAL DO CISAM?

- a) Em relação a sala de espera?

- b) Em relação ao atendimento dos profissionais?

- c) Em relação a sala de consulta?

- d) Em relação aos exames e orientações fornecidas na consulta?

- e) Em relação aos materiais e instrumentos ?

- f) Em relação ao tempo de espera?

25) VOCÊ ASSISTIU ALGUMA PALESTRA?

SIM () NÃO () SE, SIM QUAIS?

“QUESTIONÁRIO”

PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO AMBULATÓRIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO ADOLESCENTE NO CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS.

CONSENTIMENTO ORAL

Meu nome é Rômulo Wanderley de Lima, sou Enfermeiro e pesquisador do Núcleo de Saúde Coletiva do CPqAM. Eu estou realizando uma pesquisa com o propósito de analisar a adequação das características estruturais, das atividades desenvolvidas e da atuação da equipe multiprofissional na assistência às adolescentes atendidas no planejamento familiar e pré-natal do ambulatório do PROSAD. Eu gostaria de ter sua colaboração, mas o (a) senhor (a) só participa se quiser. Suas respostas serão confidenciais e anônimas o que significa que ninguém, além do pesquisador, vai saber quem deu essas respostas. O (a) senhor(a) poderia responder algumas perguntas ?

1) Área de atuação: _____

2) Sexo: _____ 3) Idade: _____

4) Tempo de formação profissional (graduação):

1) menos de 1 ano

2) de 1 a 2 anos

3) de 2 a 5 anos

4) mais de 5 anos

0) Sem resposta

→ Instituição

formadora: _____

5) Possui pós-graduação? 1) () Sim 2) () Não

Se sim, qual nome do curso: _____

6) Tempo de trabalho nesta área:

1) menos de 1 ano

2) de 1 a 2 anos

3) de 2 a 5 anos

4) mais de 5 anos

0) Sem resposta

7) Tempo de trabalho especificamente no CISAM com adolescentes:

- 1) menos de 1 ano
- 2) de 1 a 2 anos
- 3) de 2 a 5 anos
- 4) mais de 5 anos
- 0) Sem resposta

8) Qual o número de consultas por dia? _____

9) Qual sua opinião sobre a gravidez na adolescência?

10) Como você vê a assistência de pré-natal para adolescentes em Recife e no CISAM?

11) Qual sua opinião sobre o PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) em relação ao seu conteúdo teórico e a prática assistencial ?

12) Tem alguma dificuldade para prestar assistência às adolescentes nesse ambulatório?

Se Sim, quais:

- 1 () Instalações inadequadas (estrutura física)
- 2 () Falta de material e equipamentos (suporte técnico);
- 3 () Carga horária de trabalho insuficiente
- 4 () Recursos humanos insuficientes em relação a demanda
- 5 () Deficiência de apoio laboratorial
- 6 () Deficiência dos serviços de arquivo e estatística
- 7 () Demanda excessiva
- 8 () Dificuldades de relacionamento entre os profissionais
- 9 () No preenchimento das fichas de registro
- 10 () Recursos humanos com qualificação insatisfatória
- 11 () Dificuldades para encaminhamentos das adolescentes entre a equipe
- 12 () Falta de medicações para as adolescentes nos programas específicos
- 13 () Falta de anticoncepcionais (condon, pílula, DIU, diafragma)
- 14 () Dificuldades na referência dos casos para outras instituições.
- 15 () Na realização de atividades de grupos com as adolescentes
- 16 () Para a realização de reuniões com os profissionais do ambulatório
- 0 () Sem resposta

13) Sugestões para melhorar a assistência para adolescentes no CISAM:

Se Sim, quais :

- 1 () Melhorar a estrutura física e instalações
- 2 () Prover material e equipamentos necessários
- 3 () Aumentar carga horária de trabalho
- 4 () Aumentar o número de recursos humanos
- 5 () Apoio laboratorial mais eficiente
- 6 () Implantar um serviço de arquivo e estatística no ambulatório
- 7 () Promover capacitação profissional, reciclagem, educação continuada
- 8 () Implantar normas e rotinas dos sub-programas no serviço
- 9 () Prover medicações e métodos anticoncepcionais sempre que necessário
- 10 () Melhorar o sistema de referência e contra-referência
- 11 () Espaço para a realização de atividades com grupos de adolescentes
- 12 () Incentivos para a realização de atividades com grupos de adolescentes
- 13 () Maior integração da equipe multiprofissional
- 14 () Mais incentivos para reuniões periódicas entre os profissionais
- 0 () Sem resposta

14) Tem oportunidades para realizar cursos de aperfeiçoamento/ capacitação?

1 () Sim 2 () Não

- Se sim, qual o curso já realizado? _____
- Quem coordenou o curso ? _____

15) As normas e rotinas do serviço são bem aceitas e cumpridas pelos profissionais da equipe:

- 1 () Sim
- 2 () Não
- 0 () Sem resposta

Se não, por quê? _____

16) Para quais especialidades você mais encaminha as adolescentes atendidas e em média, quantas pacientes por dia?

QUESTIONÁRIO

PARA AS ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DO CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS –CISAM

- **Universidade:** _____
- **Curso:** _____
- **Disciplina:** _____ **Período:** _____

a) Qual sua opinião sobre esta oportunidade de treinamento/aprendizagem com assistência às adolescentes?

b) Sua opinião sobre o campo de estágio ?

- 1 () Ruim • Comentários:
- 2 () Regular
- 3 () Bom
- 0 () Sem resposta

c) Sua opinião sobre a supervisão do estágio (orientações, didática, acompanhamento)

- 1 () Ruim • Comentários:
- 2 () Regular
- 3 () Bom
- 0 () Sem resposta

d) Qual sua opinião sobre a estrutura do ambulatório (instalações físicas) ?

- 1 () Ruim • Comentários:
- 2 () Regular
- 3 () Bom
- 0 () Sem resposta

e) Qual sua opinião sobre os equipamentos e materiais de consumo?

- 1 () Ruim • Comentários:
- 2 () Regular
- 3 () Bom
- 0 () Sem resposta

f) Qual sua opinião sobre a equipe de profissionais que assistem as adolescentes (número de recursos humanos, capacidade e integração)

- 1 () Ruim
 - 2 () Regular
 - 3 () Bom
 - 0 () Sem resposta
- Comentários:

g) Qual sua opinião sobre a qualidade da assistência às adolescentes no Programa de Saúde do Adolescente e especificamente no pré-natal ?

- 1 () Ruim
 - 2 () Regular
 - 3 () Bom
 - 0 () Sem resposta
- Comentários:

ANEXO – 06

“CHECKLIST”

PARA OS PRONTUÁRIOS DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL DO CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS – CISAM

- 1) Nº: _____ 2) Prontuário : _____
3) Nome: _____
4) Data: _____ 5) Idade: _____
6) Estado Civil: _____ 7) Grau de Instrução: _____
8) Bairro: _____ 9) Cidade: _____

→ PRIMEIRA CONSULTA:

Há registros de:

Presença: SIM (X)

- 10 - () Nome completo
11 - () Endereço
12 - () Idade
13 - () Data da 1ª consulta
14 - () H. D. A.
15 - () Antecedentes mórbidos familiares
16 - () Antecedentes mórbidos pessoais
17 - () Antecedentes gineco-obstétricos (Sexarca: ____/ Parceiros: ____)
18 - () Filhos vivos, filhos mortos e abortos
19 - () Ex. de Mamas
20 - () Toque vaginal
21 - () Ex. Eespecular
22 - () Citologia Oncótica
23 - () Data da última Menstruação
24 - () Data Provável do Parto
25 - () Vacinação antitetânica
26 - () Registro de vícios
27 - () DATA
28 - () I.G.
29 - () PESO
30 - () P.A.
31 - () A.F.U

32 - NUMERO DE CONSULTAS _____

→ **CONSULTA RECENTE:** presença : **SIM (X)**

33 - () DATAS

34 - () IG

35 - () CURVA/PESO

36 - () CURVA/PA

37 - () A.F.U.

38 - () BCF

39- () G. S./ RH

40 - () HB / HTC

41 - () V.D.R.L

42 - () S. U.

43 - () Ex. OBSTÉTRICO

44 - () ULTRASONOGRAFIA

45 - () SULFATO FERROSO

→ **46 - NÚMERO DE ANOTAÇÕES:** _____

47) Queixas:

48) Exames:

49) Procedimentos:

50) Orientações gerais :

51) Encaminhamentos:

52) OBSERVAÇÕES: