

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Michelle Ingrid Cavalcante da Silva

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E OS DESFECHOS
MATERNO E NEO NATAL DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM NUMA
UNIDADE DE REFERÊNCIA NO RECIFE-PE**

RECIFE

2018

Michelle Ingrid Cavalcante da Silva

**Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes
que pariram numa unidade de referência no Recife-PE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção
do título de Mestre em ciências.

Orientador: Dr^o Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Coorientadora: Dr^a Ana Lúcia Andrade da Silva

**Recife
2018**

Michelle Ingrid Cavalcante da Silva

**Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes
que pariram numa unidade de referência no Recife-PE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção
do título de Mestre em ciências.

Aprovação: 29/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^o. Dra Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a Dra Gabriela Morais Duarte Miranda
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586a Silva, Michelle Ingrid Cavalcante da.

Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes que pariram numa unidade de referência no Recife-PE/ Michelle Ingrid Cavalcante da Silva. — Recife: [s. n.], 2018.

81 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Antônio da Cruz Gouveia Mendes; Coorientadora: Ana Lúcia Andrade da.

1. Avaliação em Saúde. 2. Assistência Pré-natal. 3. Gravidez na Adolescência. I. Mendes, Antônio da Cruz Gouveia. II. Silva, Ana Lúcia Andrade. III. Título.

CDU 614.2

A Deus, que é meu respirar, que permitiu e me deu a alegria de concluir mais uma etapa em minha vida.

A Mirian e Eroilson, meus pais, pelo amor incondicional, e por fazerem o que podiam para que eu pudesse chegar até aqui.

A Bruno Maciel, meu companheiro de todas as horas, que sempre me incentivou e esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis.

A Antônio Mendes, meu orientador, ele é simplesmente incrível, sem ele nada disso seria possível.

À Ana Lúcia, minha coorientadora que Deus colocou na minha vida, pessoa iluminada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, por todas as oportunidades de vida, que por sua imensa graça, me concedeu. Ele me mostrou que nada é impossível para aqueles que confiam nele, e sou grata por “TUDO”, até pelas dificuldades, pois elas me deixam mais forte.

Aos meus pais, por tudo que fizeram por mim, pelos ensinamentos cristãos que transformaram a minha vida.

Em nome das minhas irmãs: Rosilayne e Roseane e meu irmão Ismael Cavalcante, trago meu muitíssimo obrigado a toda minha família, pelo apoio, acreditação e amor.

A Bruno Maciel, meu amor, amigo e companheiro, um dos maiores incentivadores desta realização. Agradeço por estar sempre comigo, por me apoiar, me dar forças e fazer de tudo para me ver feliz.

À Antônio Mendes, Toinho, meu orientador, a quem dispenso uma imensa admiração por ser um ser humano incrível e por ser um profissional exemplar em todas as suas áreas de atuação, mostrando através de suas ações o Sistema Único de Saúde que o Brasil precisa e merece!

À Ana Lúcia, minha maravilhosa co-orientadora e amiga, por sempre está disposta a me ajudar, por transmitir tanto conhecimento que tornou possível a realização deste trabalho.

Aos meus amigos e amigas próximas, que sempre estão comigo nos momentos alegres e tristes. Agradeço pelo amor, afeto e apoio incondicional.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, onde ingressei e fui acolhida para realizar essa dissertação, onde conheci meus colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública 2016-2018, pessoas que trago no meu coração, agradeço a amizade, a alegria e convivência.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram na construção, execução e conclusão deste trabalho.

“Não temas porque eu sou contigo; não te assombres porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça”

Isaiás 41:10

SILVA, Michelle Ingrid Cavalcante. **Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes que pariram numa unidade de referência no Recife-PE, 2018.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

Introdução: Os riscos da gestação na adolescência aumentam quando associados à baixa adesão e adequação da assistência pré-natal, que acabam refletindo no aumento da morbimortalidade materna e fetal. Avaliar a assistência pré-natal dispensada às gestantes nos serviços de saúde, requer uma análise não apenas do número de consultas, mas de todo o contexto que envolve esta assistência no ciclo gravídico puerperal para proporcionar uma gestação e um nascimento saudável. **Objetivo:** Avaliar a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS da Região Metropolitana do Recife que pariram numa unidade de referência em Pernambuco. **Metodologia:** Foi realizado um estudo avaliativo, quantitativo, de corte transversal. O estudo foi desenvolvido no Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira, a partir da ausculta de uma amostra de 210 puérperas adolescentes. A pesquisa foi realizada em três etapas: (I) avaliação normativa da adequação da assistência pré-natal, a comparação entre as ações desenvolvidas durante o pré-natal com os critérios estabelecidos nas normas, foi empregado um instrumento elaborado para fins dessa pesquisa, e para o julgamento da adequação da atenção foram estabelecidas pontuação entre 0 e 2 pontos para cada aspecto avaliado, sendo atribuído: 2 pontos quando os procedimentos foram realizados de maneira ideal; 1 ponto para os procedimentos realizados de modo regular e 0 para os procedimentos realizados de maneira inadequada; (II) Descrição dos desfechos maternos e neonatais não desejáveis, a partir da análise dos dados contidos no prontuário da puérpera; e (III) análise da relação entre a adequação do pré-natal e os desfechos maternos e neonatais, utilizando-se o Teste Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de 17 anos, sendo a maioria na faixa etária entre 15-19 anos, com renda familiar de até um salário mínimo (82,4%) e com o ensino médio incompleto (42,4%). A maioria foi assistida de modo adequado nos seguintes procedimentos: não ter dificuldades para marcar a primeira consulta (73,3%); ter realizado consultas intercaladas com o médico (63,3%); uso do ácido fólico (69,0%) e sulfato ferroso (68,6%); e classificação do risco gestacional (63,3%). Em contra partida, grande parte dos procedimentos foram realizados de maneira inadequada, tais como: início tardio do pré-natal (68,1%); realização de menos de 7 consultas (58,1%); esquema vacinal incompleto em (64,8%); ausência de atividades educativas (90,5%) (n=190); não ter exames laboratoriais no 1º e 3º trimestre de gestação (80,9%). Os principais desfechos maternos foram: cesarianas 34,3%, partos pré-termos 27,1%, Pré-eclâmpsia (21,4%), hipertensão gestacional (5,7%). Os desfechos maternos estiveram associados à adequação da assistência pré-natal, com um risco 43% naquelas que tiveram o pré-natal inadequado. Os desfechos neonatais não desejáveis mais prevalentes foram: baixo peso ao nascer (21,9%), internamentos (21,4%). Não encontrou-se associação significativa com a adequação do pré-natal. **Conclusão:** Conclui-se que o pré-natal realizado na cidade do Recife e Região Metropolitana apresentou reduzido percentual de adequação. Uma das principais discussões referentes aos prejuízos advindos de um pré-natal inadequado foi sua associação com os desfechos maternos e neonatais não desejáveis, mostrando que a gravidez na adolescência associado ao acompanhamento gestacional ineficaz, traduz no aumento principalmente de partos prematuros, internamentos neonatais e óbitos fetais.

Palavras chaves: Avaliação em saúde. Assistência pré-natal. Gravidez na adolescência.

SILVA, Michelle Ingrid Cavalcante. **Evaluation of prenatal care and the maternal and neonatal outcomes of adolescents who gave birth at a reference unit in Recife-PE, 2018. Dissertation** (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The risks of gestation in adolescence increase when associated with low adherence and adequacy of prenatal care, which end up reflecting the increase in maternal and fetal morbidity and mortality. Evaluating the prenatal care provided to pregnant women in health services requires an analysis not only of the number of consultations but of the whole context that involves this assistance in the puerperal pregnancy cycle to provide a healthy gestation and birth. **Objective:** To evaluate prenatal care given to adolescent pregnant women in the SUS network of the Metropolitan Region of Recife, who gave birth at a reference unit in Pernambuco. **Methodology:** An evaluative, quantitative cross-sectional study was carried out. The study was developed at the Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira, from the auscultation of a sample of 210 adolescent postpartum women. The research was carried out in three stages: (I) a normative evaluation of the adequacy of the prenatal care, the comparison between the actions developed during prenatal care and the criteria established in the norms, an instrument was developed for the purposes of this research, and for the judgment of the appropriateness of the attention were established score between 0 and 2 points for each aspect evaluated, being assigned: 2 points when the procedures were performed ideally; 1 point for procedures performed on a regular basis and 0 for procedures performed in an inappropriate manner; (II) Description of undesirable maternal and neonatal outcomes, based on the analysis of the data contained in the woman's medical records; and (III) analysis of the relationship between prenatal adequacy and maternal and neonatal outcomes, using the Pearson Chi-square test. **Results:** The average age of the participants was 17 years, the majority in the age group between 15-19 years old, with a family income of up to a minimum wage (82.4%) and incomplete secondary education (42.4%). Most were adequately assisted in the following procedures: not having difficulty marking the first consultation (73.3%); having consulted with the doctor (63.3%); folic acid use (69.0%) and ferrous sulfate (68.6%); and gestational risk classification (63.3%). In contrast, most of the procedures were performed inadequately, such as: late prenatal initiation (68.1%); less than 7 consultations (58.1%); incomplete vaccination scheme in (64.8%); absence of educational activities (90.5%) (n = 190); did not have laboratory tests in the first and third trimester of gestation (80.9%). The main maternal outcomes were: cesareans 34.3%, preterm births 27.1%, preeclampsia (21.4%), gestational hypertension (5.7%). Maternal outcomes were associated with adequacy of prenatal care, with a 43% risk in those who had inadequate prenatal care. The most prevalent undesirable neonatal outcomes were: low birth weight (21.9%), hospitalizations (21.4%). There was no significant association with prenatal adequacy. **Conclusion:** It is concluded that the prenatal care performed in the city of Recife and Metropolitan Region presented a low percentage of adequacy. One of the main discussions regarding the damages caused by inadequate prenatal care was its association with undesirable maternal and neonatal outcomes, showing that adolescent pregnancy associated with ineffective gestational follow-up results in the increase mainly in preterm deliveries, neonatal hospitalizations and deaths fetal diseases.

Keywords: Health assessment. Pre-natal care. Teenage pregnancy.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|---|----|
| Quadro 1 - | Normativos do estudo. Recife, 2017 _____ | 29 |
| Quadro 2 - | Variáveis do estudo. Recife, 2017 _____ | 30 |
| Quadro 3 - | Matriz de julgamento da adequação da assistência Pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS, na RMR. Recife, 2017 _____ | 33 |
| Quadro 4 - | Classificação e subclassificação da assistência Pré-natal segundo pontuação recebida durante a pesquisa, Recife, 2018 _____ | 34 |
| Quadro 5 - | Caracterização dos desfechos materno e neonatal. Recife, 2017 _____ | 35 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1 - | Distribuição das gestantes segundo adequação do pré-natal realizado na rede SUS da RMR segundo características maternas de puérperas adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ | 38 |
| Tabela 2 - | Distribuição das características obstétricas segundo a adequação do pré-natal realizado na rede SUS da RMR segundo as características obstétricas das adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ | 39 |
| Tabela 3 - | Adequação da assistência pré-natal e seus componentes segundo os normativos do Ministério da Saúde de adolescentes que realizaram o pré-natal na rede SUS da RMR, Brasil, 2018_____ | 41 |
| Tabela 4 - | Distribuição dos exames laboratoriais realizados pelas adolescentes que realizaram o pré-natal na rede SUS da RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ | 42 |
| Tabela 5 - | Classificação da adequação da assistência pré-natal de adolescentes que realizaram o pré-natal na RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ | 42 |
| Tabela 6 - | Relação entre os desfechos maternos e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ | 44 |
| Tabela 7 - | Associação entre desfecho materno e a adequação do pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que realizaram o pré- | |

natal na RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ 45

Tabela 8 - Relação entre os desfechos neonatais e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ 46

Tabela 9 - Associação entre desfecho neonatal e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018_____ 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| AC | Alojamento Conjunto |
| AFU | Altura de Fundo de Útero |
| BCF | Batimentos Cardíacos Fetais |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CPqAM | Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães |
| DNV | Declaração de Nascidos Vivos |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| IG | Idade Gestacional |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NV | Nascidos Vivos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PE | Pré Eclampsia |
| PHPN | Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento |
| RMR | Região Metropolitana do Recife |
| RN | Recém Nascido |
| SINASC | Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos |
| SIS | Sistemas de Informações em Saúde |
| SISPN | Sistema de Informação do Pré-Natal |
| SUS | Sistema único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 Caracterização do Problema | 16 |
| 1.2 Referencial Teórico | 18 |
| 1.2.1 Assistência Pré-Natal | 18 |
| 1.2.2 Gravidez na adolescência | 21 |
| 1.2.3 Avaliação Normativa | 23 |
| 2 OBJETIVOS | 25 |
| 2.1 Objetivo Geral | 25 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 25 |
| 3 MÉTODO | 26 |
| 3.1 Desenho do estudo | 26 |
| 3.2 Local do estudo | 26 |
| 3.3 Período do estudo | 26 |
| 3.4 População do estudo | 27 |
| 3.5 Processo de Coleta dos Dados | 27 |
| 3.5.1 Critérios de Inclusão | 28 |
| 3.5.2 Critérios de Exclusão | 28 |
| 3.6 Variáveis do Estudo | 28 |
| 3.7 Etapas da pesquisa | 32 |
| 3.7.1 Avaliação Normativa da adequação da assistência pré-natal | 32 |
| 3.7.2 Descrição dos desfechos maternos e neonatais | 34 |
| 3.7.3 Análise da relação entre adequação do pré-natal e desfechos maternos e Neonatais | 35 |
| 3.8 Considerações Éticas | 35 |
| 4 RESULTADOS | 37 |
| 5 DISCUSSÃO | 48 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 61 |
| 7 REFERÊNCIAS | 62 |
| APÊNDICE A – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPAÇÃO DA USUÁRIA NA PESQUISA | 69 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA--- | 70 |

| | |
|--|-----------|
| APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA ----- | 71 |
| ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- Fiocruz/Cpqam ----- | 76 |
| ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- IMIP ----- | 79 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Problema

A Organização Mundial de Saúde (2015) no relatório realizado sobre a razão de mortalidade materna, constatou que no Brasil houve uma redução no período entre 1990 e 2015, porém, é importante ressaltar que o país ainda tem uma das maiores razões de mortalidade materna do mundo e não alcançou a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que preconizava uma redução de $\frac{3}{4}$ na razão de mortalidade materna neste mesmo período (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

O Ministério da saúde e estudos realizados com enfoque na saúde materno-neonatal consideram a assistência pré-natal uma importante estratégia para redução da morbimortalidade materna e neonatal, e portanto, deve ser desenvolvida de maneira individualizada para garantir a qualidade do atendimento à mulher e seu conceito desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar, tendo protocolos e manuais atualizados que possibilitem uma assistência adequada (BARRETO et al., 2013; BRASIL, 2016; RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015).

A assistência pré-natal está pautada sob a ótica do atendimento integral e holístico, com acolhimento oportuno e captação precoce da gestante, além de um conjunto de ações de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico, manejo e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2016).

No Brasil, a assistência pré-natal tem alcançado valores superiores a 90% em todas as regiões do país, captando mulheres com diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas (DIAS-DA-COSTA et al., 2013; SAAVEDRA; CESAR, 2015; VIELLAS et al., 2014). No entanto, diversos estudos evidenciam problemas relacionados a adequação da assistência prestadas as gestantes, fator que pode estar reduzindo a efetividade do cuidado para prevenção de desfechos maternos e perinatais não desejáveis (BERNARDES et al., 2014; CARVALHO et al., 2016; POLGLIANE et al., 2014; TOMASI et al., 2017).

Os desfechos não favoráveis durante o período gravídico-puerperal também estão associados a gestação na adolescência, considerada de risco por apresentar maiores incidências de anemia, hipertensão, aborto espontâneo, trabalho de parto prolongado, parto prematuro e morte materna, por sua imaturidade física, funcional e emocional (ANDRADE et al., 2015; SOUZA et al., 2010;). Os riscos de desfechos não favoráveis da gestação na

adolescência aumentam quando associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal, especialmente as muito jovens (ALVES et al., 2014; NETO et al., 2012).

No relatório da Situação Populacional Mundial do Fundo de População das Nações Unidas em 2013 sobre a maternidade na adolescência precoce, revelou que no mundo cerca de 2 milhões de meninas engravidam anualmente e este número alcançará 3 milhões em 2030, caso políticas governamentais de proteção não sejam postas em prática (NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A gravidez na adolescência é considerada problema mundial de saúde pública há mais de quatro décadas devido às consequências biológicas, psicológicas, econômicas, educacionais e familiares que repercutem nos indicadores socioeconômicos e de saúde de um país (NAÇÕES UNIDAS, 2013). A mortalidade materna na adolescência foi associada ao não alcance do quinto Objetivo do Milênio, cuja meta era reduzir em 70% a mortalidade materna mundial, alertando para que os cuidados a essa população sejam aprimorados em todos os países, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil (VOGEL et al., 2015).

Estudos realizados em diferentes regiões brasileiras mostram que a assistência pré-natal ao público adolescente está longe de se efetivar, principalmente quando são analisados a captação precoce, a continuidade da assistência, a oferta de orientações entre outras, que são justificados pelos profissionais pelo excesso de atribuições do profissional, outras demandas e tempo restrito à consulta de pré-natal (FERNANDES et al., 2015; FERREIRA et al., 2014).

Avaliar a assistência pré-natal as gestantes nos serviços de saúde, requer uma análise não apenas do número de consultas, mas do conteúdo do atendimento oferecido a essas mulheres no ciclo gravídico puerperal. Acredita-se que é relevante e imprescindível a aplicação de critérios de adequação, pautados nos normativos existentes, que avaliem o processo e resultado da assistência pré-natal, identificando o desempenho e as debilidades dos serviços, afim de reorientar boas práticas e contribuir para aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde voltadas para às gestantes. Diante da problemática que envolve a inadequação da assistência pré-natal, a presente pesquisa buscou responder como se caracteriza a assistência pré-natal prestada a gestantes adolescentes de acordo com os padrões normativos vigentes estabelecidos pelo Ministério da Saúde na rede SUS da RMR e de que maneira esses cuidados influenciam nos desfechos maternos e neonatais?

As hipóteses levantadas pelo o presente estudo foram: a assistência pré-natal recebida pelas gestantes adolescentes na rede SUS da Região Metropolitana do Recife (RMR) não atende aos normativos legais estabelecidos pelo Ministério da Saúde direcionadas à

assistência obstétrica e neonatal; a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes tem associação com os desfechos da saúde materna e neonatal.

1.2 Referencial Teórico

1.2.1 Assistência Pré-natal

No Brasil, diversos estudos apontam para o crescimento da cobertura e do número médio de consultas de pré-natal, todavia, a avaliação da adequação e qualidade do pré-natal está sendo pouco explorada. Ao relacionar a alta taxa de mortalidade materna e neonatal ao número médio de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), é possível evidenciar que a baixa qualidade seja um problema mais grave do que simplesmente a realização de um menor número de consultas (KASSAR et al., 2013).

Um estudo realizado por Silva et al. (2013), foi capaz de identificar que a maior parte das gestantes (83,6%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, com 89,9% delas apresentando no mínimo seis consultas, porém ao associar as consultas aos exames básico, a cobertura reduziu para 67,6%. Outro estudo que comparava a qualidade da atenção pré-natal no serviço público e privado, evidenciou que apesar do número de consultas ser superior nos serviços privados, a maioria dos atendimentos apresentou qualidade ruim ou muito ruim em relação aos critérios exigidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) nos dois setores (PARIS; MARTINS; PELIOSO, 2013).

No ano de 2012, aproximadamente 3 milhões de crianças morreram no período neonatal, e em 2013 houve 289 mil mortes maternas por complicações na gravidez ou parto no mundo (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2013). Estima-se que um quarto dos óbitos infantis e todos os óbitos maternos decorram da ausência da oferta de pré-natal adequado, razões pelas quais a oferta desse serviço deve ser prioridade absoluta em todas as esferas de governo (DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Assistência pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com ações que integram os níveis de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar no alto risco (BRASIL, 2016).

Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante a consulta de pré-natal permitem identificar situações de riscos e agir precocemente (SILVA et al., 2013). Outras doenças iniciadas na gestação ou que são descobertas e não controladas no pré-natal, como diabetes,

infecção do trato urinário, sífilis e HIV/AIDS, podem proporcionar resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o conceito (BRASIL, 2016).

O pré-natal também é um momento singular e oportuno para desenvolver ações educativas relacionadas aos principais problemas que podem surgir durante a gestação, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabalho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhimento, escuta, vínculo, troca de experiências, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas (BRASIL, 2016).

A atenção à saúde da mulher e da criança, obteve diversas conquistas históricas através da criação de políticas e programas de saúde com a finalidade de reduzir a morbimortalidade e melhorar o panorama da saúde materno infantil. Desde o ano 1984 o MS lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi criado para prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério (BRASIL, 2005).

No ano 2000 o Ministério da Saúde (MS) implantou um programa voltado exclusivamente para assistência ao pré-natal e Parto através da portaria GM/MS nº 569/GM 2002, instituindo o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que teve como finalidade, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O PHPN articula três componentes em seu planejamento, que são: I – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); II – Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e III – Instituição de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2000).

Através do PHPN, houve a criação do Sistema de Informação sobre Pré-Natal (Sisprenatal), que armazena os dados colhidos nas consultas médicas e de enfermagem por meio das Fichas de Cadastramento das Gestantes e das Fichas de Registro Diário do Atendimento das Gestantes, bem como o cartão da gestante, importante instrumento utilizado nas consultas e no momento da internação para a realização do parto (BRASIL, 2005). A partir do Sisprenatal tem-se observado o aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 6 consultas em 2012 (SILVA et al., 2013).

Em 2005, foi implantada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, através da portaria Nº. 1.067, onde destacou que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de

qualidade é direito da mulher e do recém-nascido e reforçou que era essencial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal. A política traz consigo orientações de como deve-se proceder a assistência pré-natal, enfocando que é direito da mulher ter acompanhamento pré-natal adequado, que forneçam orientações em saúde, reforçando também o cuidado com as gestantes adolescentes (BRASIL, 2005).

Em 2007, instituiu-se o método mãe canguru, que teve sua última atualização em 2011, integrando um conjunto de medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para melhoria da qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal e uma política pública que está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011).

Após o surgimento do método mãe canguru, em 2011, O MS implantou a Rede Cegonha, como uma estratégia de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País, bem como, proporcionar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A rede cegonha traz em um de seus componentes o enfoque a atenção pré-natal, com orientações acerca da assistência que deve ser prestada as gestantes durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2007, 2011).

Além da criação desses programas de saúde do MS ao longo dos anos, ainda são disponibilizados para Unidade de Saúde os cadernos de atenção básica, que são manuais técnicos para assistência pré-natal de baixo risco, com orientações que vão desde a preconcepção até o pós-parto, trazendo ainda uma abordagem dos direitos legais das gestantes. Esses cadernos são atualizados com intervalo de aproximadamente seis anos, tendo sua última atualização em 2016 (BRASIL, 2016).

Entretanto, mesmo com a implantação desses programas supracitados de aperfeiçoamento da assistência pré-natal que tem potencial impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil, tanto pela redução na ocorrência de trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva específica da gestação e diabetes gestacional quanto pela diminuição da severidade dos casos, os índices de morbimortalidade materna e neonatal no Brasil ainda são elevados (VIELLAS et al., 2014; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2013).

No Brasil, a cobertura e o número médio de consultas de pré-natal apresentam tendência crescente com cobertura praticamente universal, todavia a avaliação da sua qualidade vem demonstrando que os cuidados pré-natais na rede SUS apresenta inúmeras falhas, resultando em baixa adequação da assistência (DOMINGUES et al., 2012; PARIS; MARTINS; PELIOSO, 2013; KASSAR et al., 2013; VALENTE et al., 2013).

Além da baixa adequação, importantes desigualdades foram identificadas, com maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, multíparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado (BERNARDES, et al., 2014; CESAR, et al., 2011).

Outro importante indicador da qualidade e adequação da assistência pré-natal no SUS é o registro dos atendimentos nos cartões de acompanhamento pré-natal possibilitando acompanhar de maneira mais efetiva se as necessidades das gestantes estão sendo atendidas. Prática ainda não consolidada entre os profissionais que estão envolvidos na atenção à saúde das gestantes (SANTOS NETO et al., 2012).

Assim sendo, a assistência pré-natal oportuna e adequada, que não se limita ao número de consultas exercerá impacto positivo, possibilitando minimizar os agravos que surgirem durante a gestação e melhorando os desfechos materno e neonatal, principalmente de grupos de risco como as adolescentes.

1.2.2 Gravidezes na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a adolescência é um período do ciclo da vida que se inicia aos 10 anos e vai até os 19 anos, e é dividida em duas etapas, precoce que vai dos 10 aos 14 anos e tardia dos 15 aos 19 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Este conceito é definido através da passagem dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, agregado à evolução dos padrões psicológicos, à identificação do indivíduo, o qual evolui da fase infantil para a adulta, onde há a passagem do estado de dependência total para o de independência relativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Na adolescência ocorrem as modificações clínicas e psicossociais, com o surgimento de novos desejos, dúvidas e curiosidades, que se intensifica com a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual, resultando em potenciais riscos para uma gravidez indesejada (SILVA et al., 2013). Além da gravidez não desejada, a inicial sexual nesse público sem as corretas

orientações, está associada ao risco de adquirir infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) e outras Infecções sexualmente transmissíveis (ENDERLE et al., 2012).

A gravidez na adolescência é multideterminada, é um conjunto multifatorial que envolve: iniciação sexual precoce e o não uso de métodos contraceptivos, representações de gênero e ambiguidade nos valores sociais, fatores socioeconômicos, culturais e o contexto familiar (ALVES et al., 2014). As principais complicações obstétricas da gravidez na adolescência estão relacionadas a desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, parto pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, anemia e pré-eclâmpsia, recém nascido com baixo peso e mortalidade neonatal (RIBEIRO et al., 2017).

A assistência pré-natal adequada, minimiza os riscos associados a gestação na adolescência, sendo sua função captar de forma precoce as gestantes e proporcionar uma assistência que seja capaz de detectar, tratar e acompanhar os problemas de saúde decorrentes da gestação, seja, no baixo risco ou no alto risco, segundo as recomendações do Ministério da saúde (BRASIL, 2016). As gestantes adolescentes tendem a iniciar tardiamente o pré-natal, por esse motivo, a captação pelos serviços de pré-natal é imprescindível, pois além da prevenção da morbimortalidade nesse grupo de mulheres, a própria assistência pré-natal deve ser vista com uma oportunidade de orientação para prevenir uma gravidez recorrente não planejada em adolescentes. (VIELLAS et al., 2015)

Estudo realizado no nordeste com gestantes adolescentes, evidenciou baixo percentual na realização do mínimo de consultas (46,4%), a coleta da segunda amostra dos exames laboratoriais (<41,3%), bem como as orientações em geral (<60,8%), observando-se que os procedimentos básicos e as ações de educação em saúde estão precárias e não estão sendo priorizadas pelos profissionais de saúde (CAMINHA et al., 2012).

Na rede básica de saúde que presta assistência pré-natal, um estudo realizado em todo território brasileiro chamou atenção para a grave iniquidade relacionada à idade das gestantes, pois sistematicamente as adolescentes ficaram com os mais baixos índices, tanto nos desfechos isolados - exame físico, orientações e exames complementares - quanto no indicador sintético (TOMASI et al., 2017).

Esses achados corroboram com o estudo realizado por Domingues et al. (2015) e Bernardes et al. (2014) onde evidenciaram maiores percentuais de pré-natal inadequado em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país.

Um estudo em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil, identificou despreparo dos profissionais para o desenvolvimento das ações educativas durante o pré-natal, evidenciado pela elevada proporção (41%) de gestantes que não recebeu informações sobre trabalho de parto e parto, devido o curto tempo de duração da consulta e falta de orientação por parte do profissional de saúde (FERNANDES et al., 2015).

A prestação dos cuidados a adolescentes no pré-natal requer dos profissionais médicos e enfermeiros habilidades e sensibilidade para reconhecer a necessidade de comunicação acolhimento e escuta, bem como o reconhecimento e compreensão das diferenças de valores e a cultura singulares a essa parcela da população (BARBARO; LETTIERE; NAKANO, 2014).

O direito de cidadania às crianças e adolescentes, foi concedido inicialmente através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990 - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - atribuindo à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a esse grupo etário. No entanto, há diversas dificuldades para universalidade, integralidade, equidade e participação social do adolescente, cidadão que deveria ter prioridade nas políticas públicas, considerando o ECA (BRASIL, 2002).

A preocupação com a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil é evidenciado pelas políticas de saúde e manuais técnicos do Ministério da Saúde existentes, pautados na concepção de que a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos desta população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde, inclusive no que tange ao ciclo gravídico puerperal.

1.2.3 Avaliações normativa

O contexto político e estrutural tem grande importância para uma boa implantação dos serviços e seu funcionamento, a avaliação desses serviços é essencial para o monitoramento, identificação e solução dos problemas e reavaliação de todo o seu planejamento. Existem vários conceitos sobre avaliação devido ao seu amplo campo de estudos. Os conceitos mais atuais buscam inserir o bem-estar coletivo, como emitir um juízo de valor sobre uma intervenção e fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, que consiga posicionar-se sobre uma intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE, 2011).

Uma avaliação de abordagem normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando a estrutura, os processos e os resultados com critérios e normas. Este tipo de avaliação é focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia

e efetividade, definir estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade, segue o modelo proposto por Donabedian (1990) , sendo um dos métodos mais utilizados em todo o mundo como referência para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. (BROUSSELLE, 2011; MEDRONHO, 2006).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), através da avaliação normativa é possível realizar um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.

O termo processo refere-se à atenção que os profissionais de saúde e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Também se incluem as contribuições que os pacientes e seus familiares trazem para o cuidado. A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DONABEDIAN, 1990).

O termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os resultados também incluem outras consequências da atenção como o conhecimento sobre a enfermidade e mudanças na conduta. Com isto, torna-se possível verificar se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos propostos pela intervenção (MALTA et al., 2001).

No Brasil, uma revisão de literatura evidenciou que é baixa a utilização de critérios visando a avaliar a qualidade da assistência pré-natal, no geral, as avaliações estão limitadas à contagem do número de consultas realizadas, com especial interesse na proporção daquelas que completam pelo menos seis consultas, que era considerado o número mínimo de consultas (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

A indisciplina com as rotinas e normas dos programas de saúde voltados para assistência pré-natal, bem como a inadequação dos registros das consultas, tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal e redução da morbimortalidade materna e infantil (KASSAR et al., 2013; PARIS; MARTINS; PELIOSO, 2013; SANTOS NETO et al., 2012).

A aplicação de critérios normativos para avaliar o processo e resultados da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta, uma das condições essenciais para melhorar a saúde materna e neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS da Região Metropolitana do Recife que pariram numa unidade de referência em Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos

- a) Verificar a adequação da assistência pré-natal de gestantes adolescentes que realizaram o Pré-natal na rede SUS da RMR e pariram no Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira.
- b) Descrever os desfechos maternos e infantis em relação à adequação da assistência pré-natal de gestantes adolescentes.
- c) Relacionar a relação entre a adequação do pré-natal com desfechos maternos e neonatais.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Foi desenvolvido um estudo avaliativo de processo e resultado, quantitativo, de corte transversal, fundados nos aspectos clássicos da avaliação normativa com enfoque no processo e resultado. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e são apropriados para a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos de um ponto fixo no tempo (POLIT; BECK, 2011).

A partir das características fundamentais dos programas de saúde, é recomendável que o processo de avaliação tenha início pela abordagem quantitativa, tendo em vista a maior facilidade e disponibilidade de informações que podem ser utilizadas neste contexto. Este tipo de abordagem permite/ uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado, e é um ponto de partida que leva em consideração as condições existentes para iniciar um processo que possa ser factível e aperfeiçoado ao longo do tempo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do País. A pesquisa foi desenvolvida no setor de alojamento conjunto da maternidade escola de referência materno infantil no Recife-PE, o Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira (IMIP).

O IMIP é uma entidade filantrópica, fundado em 1960, reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo referência no atendimento materno infantil. O IMIP foi o primeiro do Brasil a receber o título de “Hospital Amigo da Criança” concedido pela OMS/UNICEF/MS. O setor de alojamento conjunto apresenta 43 leitos. Nessa unidade são realizados em média 6.018 partos por ano, representa 4% dos partos do estado de Pernambuco e 25% dos partos em Recife. Cerca de 21% dos partos realizados no IMIP são de gestantes adolescentes (BRASIL, 2017).

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período entre março de 2017 a julho de 2018.

3.4 População do estudo

A população do estudo foi composta por puérperas na faixa etária de 10 a 19 anos de idade que realizaram o pré-natal no Recife e Região Metropolitana, e pariram no IMIP. Para avaliar a adequação da assistência pré-natal na rede SUS, foi calculado uma amostra de 210 puérperas a partir do universo de 600 gestantes/ano, utilizando uma estimativa de que o número de gestantes com menos de 5 consultas pré-natal é de 30%, com erro amostral de 5,0% de significância estatística.

3.5 Processo de Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada no setor de alojamento conjunto do IMIP, no período entre fevereiro a junho de 2018, totalizando 5 meses de coleta. No primeiro momento, após apresentação do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) e o Termo de assentimento Livre e esclarecido (APENDICE B), foram realizadas as entrevistas com às puérperas durante o internamento delas no alojamento conjunto após as primeiras 24h pós-parto, no puerpério mediato, período que não oferece mais riscos inerentes ao parto normal ou por via cesariana. Entre as adolescentes abordadas (235), 11 (4,6%) foram excluídas por não apresentarem o cartão de pré-natal e 14 (5,9%) por terem se recusado a participar do estudo. Assim, foram ouvidas 210 puérperas que realizaram o Pré-natal na rede SUS do Recife e região metropolitana.

O instrumento de coleta foi um questionário com informações referentes aos procedimentos básicos prestados durante a assistência pré-natal e aos desfechos materno e neonatal. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores, com base nos normativos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do manual técnico da assistência pré-natal da Rede cegonha e da Atenção Básica do Ministério da Saúde, e na expertise e experiência dos pesquisadores relacionadas ao objetivo proposto no presente estudo. As informações foram preenchidas através da entrevista com a puérpera, do cartão da gestante e dos prontuários das pacientes e seus recém-nascidos (APENDICE C). Os questionários foram aplicados pela pesquisadora principal e duas residentes de Enfermagem obstétrica previamente treinadas todos os dias.

3.5.1 Critérios de Inclusão

Puérperas adolescentes que realizaram o pré-natal em unidades da rede SUS da RMR, tendo recebido no mínimo **01** consulta e que estavam de posse do cartão da gestante.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Puérperas adolescentes que não estavam em condições físicas ou psicológicas no momento da entrevista.

3.6 Variáveis do Estudo

O presente estudo utilizou como padrão normativo da assistência pré-natal o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o manual técnico da assistência pré-natal da Rede cegonha e da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, 2011, 2012). (Quadro 1)

Quadro 1 – Normativos do estudo. Recife, 2017.

| NORMATIVOS PROCEDIMENTOS ORIENTADOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | |
|---|---|
| PHPN (2000) | Melhorias no acesso e cobertura. |
| | Realização de atividades educativas. |
| | Registro da gestante no SISPRENATAL |
| | Preenchimento do cartão da gestante |
| | Exame ABO-Rh, na primeira consulta. |
| | Exame VDRL, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame Sumário de urina, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame Glicemia de jejum, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame HB/Ht, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame Testagem anti-HIV, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Aplicação de esquema vacinal; |
| | Classificação de risco gestacional e garantir às gestantes acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco |
| Rede Cegonha 2011 | Primeira consulta de pré-natal até 12 semanas de gestação |
| | Realização de mais de 7 consultas de acompanhamento pré-natal. |
| | Vinculação da Gestante desde o pré-natal até o local do parto |
| | Enfoque na escuta qualificada especialmente as gestantes adolescentes |
| | Exame de urocultura, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Ultrassonografia obstétrica em 100% das gestantes |
| Manual técnico da Assistência (2012) | Consultas intercaladas com o médico |
| | Avaliação clínica das mamas na primeira consulta |
| | Exame TTOG, um exame entre 24 e 28 semanas de gestação |
| | Exame de HBsAg, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame Toxoplasmose, IgM e IGG, um exame no 1º e um no 3º trimestre |
| | Exame Coombs indireto para genitoras (Rh -). |
| | Procedimentos básicos durante as consultas de pré-natal: Idade Gestacional(IG), Peso, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão arterial, Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), Altura de Fundo de Útero (AFU) e Apresentação. |
| | Ácido fólico e sulfato ferroso durante toda gestação. |

Fonte: a autora

Diante dos critérios normativos supracitados, foram selecionadas as variáveis do estudo que serviram como orientação para avaliação da adequação da assistência pré-natal através dos meios de coleta (cartão da gestante, entrevista e prontuário). (Quadro 2)

Quadro 2 – Variáveis do estudo. Recife, 2017.

Continua...

| | VARIÁVEL | DESCRITOR |
|------------------------------------|---|--|
| Cartão da Gestante | Início do Pré-natal | Idade gestacional que a gestante realizou a primeira consulta de pré-natal. |
| | Número de consultas | Quantidade de consultas de pré-natal realizadas do início até o final da gestação. |
| | Idade Gestacional | Cálculo da IG em todas as consultas |
| | Peso | Aferição do peso em todas as consultas |
| | IMC | Cálculo do IMC em todas as consultas |
| | Pressão Arterial | Aferição da pressão arterial em todas as consultas |
| | AFU | Medição da AFU a partir de 16-20 semanas de gestação |
| | BCF | Ausculta de BCF a partir de 12 semanas de gestação |
| | Apresentação Fetal | Identificação da apresentação fetal a partir de 30 semanas |
| | Fator ABO + Rh | Exame que faz a classificação do sangue em O+, O-, A + ... |
| | Hb e Ht | Exame de sangue que identifica anemia ferropriva durante a gestação, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | Glicemia de jejum | Exame que identifica desvios nos níveis de glicose, podendo diagnosticar o diabetes mellitus ou gestacional, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | Sumário de urina | Exame que detecta anormalidades na urina, como infecções e proteinúria, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | Urocultura | Exame para identificar presença e quantidade de bactérias na urina, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | VDRL | Exame para detecção da sífilis, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | Anti-HIV | Exame para detecção do HIV/AIDS, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | HBsAg | Exame para detecção da hepatite B., devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | Coombs Indireto | Exame que detecta se teve sensibilização materna ao feto em decorrência de Rh incompatível, devendo ser realizado em toda genitora Rh - |
| | Toxoplasmose, IgM e IGG | Exame que detecta doença infecciosa, congênita ou adquirida, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. |
| | TTOG | Exame realizado entre 24 e 28 semanas para identificar diabetes gestacional |
| USG | Exame realizado preferencialmente até 13 semanas de gestação para avaliar o desenvolvimento do feto; Diagnosticar doenças e auxiliar no cálculo da idade gestacional. | |
| Esquema vacinal da gestante | 3 doses de Dt , 1 de Dtpa, 3 de hepatite B e 1 dose de influenza. | |
| Classificação do risco gestacional | A partir das avaliações durante as consultas, realizar a classificação da gestação como risco habitual ou alto risco | |
| Compleitude do cartão | Porcentagem de preenchimento dos campos contidos no cartão. | |

Conclusão.

| | VARIÁVEL | DESCRITOR |
|---|---|--|
| Entrevista | Gravidez planejada | Gravidez previamente planejada |
| | Dificuldade para marcar consultar | Relato de dificuldade para agendamento da consulta de pré-natal |
| | Consulta intercalada com médico | Ter realizado consultas com profissional médico durante o pré-natal |
| | Avaliação das mamas | Exame para avaliação visual e manual das mamas |
| | Atividades educativas | Ter participado de atividades educativas durante o pré-natal |
| | Compreensão das atividades educativas | Considerar que compreendeu a(s) informação (ões) da (s) atividade(s) educativa(s) em que participou |
| | Ácido Fólico 5mg | Medicação para prevenir má formações no tubo neural. |
| | Sulfato ferroso 40mg | Medicação para prevenção e tratamento de anemia ferropriva. |
| | Aleitamento materno na 1 hora de vida. | Recém-nascido que foi amamentado na primeira hora de vida. |
| | Referência de | Ser orientada quanto a maternidade de referência para o parto. |
| | Prontuário | Aborto |
| Parto Pré-termo | | Parto antes de 37 semanas, considerado prematuro. |
| Parto a Termo | | Parto entre 37 e 41 semanas e 6 dias, considerado ideal. |
| Parto Pós-termo | | Parto que acontece a partir de 42 semanas, considerado tardio. |
| Parto vaginal | | Parto que acontece por via vaginal. |
| Cesariana | | Incisão cirúrgica para retirada do feto por via alta. |
| Síndromes Hipertensivas da gestação | | Hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave e eclampsia |
| HIV positivo | | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) | | Intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação após 20 semanas. |
| Hepatite B reagente | | Infecção hepática pelo vírus da hepatite B. |
| Sífilis | | Uma doença sexualmente transmissível (DST) |
| Infecção de urina | | Infecção por microrganismos em alguma região do trato urinário |
| Apgar | | Avaliação de 5 parâmetros do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, atribuindo-se uma pontuação final de 1-10, sendo utilizado para avaliar a vitalidade dos recém-nascidos |
| Peso ao nascer | | Peso do recém-nascido ao nascer: baixo peso (< 2.500g), peso adequado (2.500-3.999g) e macrossomia (\geq 4.000g) |
| Reanimação neonatal | | Recém-nascido com necessidade de ventilação e massagem cardíaca |
| Sífilis congênita | | Sífilis passada da genitora a o concepto |
| Internamento em UTI/berçário | | Recém-nascido que precisa de cuidados de saúde especiais |
| Mal formação fetal não detectada no Pré-Natal | Mal formações fetais não identificadas durante a assistência pré-natal | |
| Óbito fetal | Morte do concepto, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação | |

Fonte: a autora

3.7 Etapas da Pesquisa

3.7.1 Avaliação Normativa da adequação da assistência pré-natal

A adequação da assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes foi julgada através da aplicação e cumprimento de normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Componente Qualificação do Pré-natal do Manual Prático da Rede Cegonha (BRASIL, 2000, 2011) e do manual técnico da assistência pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Para comparar as ações desenvolvidas durante o pré-natal com os critérios estabelecidos nas normas selecionadas, foi empregado um instrumento elaborado pelos pesquisadores para apreender as informações a partir de ausculta das puérperas adolescentes, dados registrados no Cartão da Gestante e no prontuário hospitalar. A utilização conjunta dos instrumentos favoreceu uma avaliação mais completa dos cuidados recebidos.

A caracterização do pré-natal foi realizada a partir da matriz de julgamento, que considerou os principais procedimentos definidos pelos normativos que devem ser ofertados às gestantes para o acompanhamento adequado da assistência pré-natal. Foram estabelecidas pontuação entre 0, 1 e 2 pontos para cada aspecto avaliado, a partir do preconizado pelos normativos do MS e na experiência dos pesquisadores. A pontuação, portanto, refletiu a adequação de cada atividade realizada com o que está preconizado pelas normas, atribuiu-se portanto: 2 pontos quando os procedimentos foram realizados de maneira ideal; 1 ponto para os procedimentos realizados de modo regular e 0 para os procedimentos realizados de maneira inadequada (Quadro 3).

Buscando-se identificar em que momento(s) da assistência pré-natal ocorreram as falhas e ou inadequações, as atividades e procedimentos preconizados pelos normativos foram agrupados em subdimensões, para que além da caracterização da assistência pré-natal, fosse possível identificar em qual subdimensão os procedimentos foram menos realizados. A primeira subdimensão esteve relacionada ao pré-natal em toda sua dimensão, a segunda constituiu-se dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, na terceira subdimensão agrupou-se os exames laboratoriais que devem ser realizados, e na quarta foi analisada a completude dos dados no cartão da gestante. (Quadro 3)

Quadro 3 - Matriz de julgamento da adequação da assistência Pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS, na RMR. Recife, 2017.

| ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | |
|---|--|-------------------|--------------------|---------|
| PROCEDIMENTOS | ADEQUADA | REGULAR | INADEQUADA | |
| | 2 | 1 | 0 | |
| Pré-natal | Dificuldade para marcar as consultas | Não | Um pouco | Muita |
| | Cadastro no Sis prenatal | Sim | – | Não |
| | Início do pré-natal | < 12s | 13 – 28s | > 28s |
| | Consultas de pré natal | > 7 | 4 – 7 | < 4 |
| | Consulta intercalada com médico | Sim | – | Não |
| | Classificação de Risco | Sim | – | Não |
| | Referência de maternidade para o parto | Sim | – | Não |
| | Uso de ácido Fólico | 2 meses | 1 mês | Nenhum |
| | Uso de sulfato ferroso | ≥ 4 meses | 2 – 3 meses | 1 mês |
| | Esquema vacinal completo | Sim | – | Não |
| | Avaliação clínica das mamas | Sim | – | Não |
| | Procedimentos nas consultas | Cálculo de IG | ≥ 6 | 3 – 5 |
| Peso | | ≥ 6 | 3 – 5 | < 3 |
| Índice de Massa Corporal | | ≥ 6 | 3 – 5 | < 3 |
| Pressão Arterial | | ≥ 6 | 3 – 5 | < 3 |
| Altura do Fundo de Útero | | ≥ 5 | 3 – 4 | < 3 |
| Batimentos Cardíacos Fetais | | ≥ 5 | 3 – 4 | < 3 |
| Apresentação Fetal | | ≥ 2 | 1 | Nenhuma |
| Exames laboratoriais | Exame fator ABO + Rh | Sim | – | Não |
| | Exame Hb e Ht | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exame Glicemia de jejum | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exame Sumário de urina | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exame Urocultura | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exame: VDRL | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exam anti-HIV | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Exame: HBsAg | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Coombs Indireto (Rh -) | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | Toxoplasmose, IgM e IGG | 1º e 3º trimestre | 1º ou 3º trimestre | Nenhum |
| | USG obstétrica | Sim | – | Não |
| TTOG | Sim | – | Não | |
| Cartão da gestante | Completitude do cartão | ≥ 80 % | < 80 - 60 % | < 60 % |

Fonte: a autora

A pontuação máxima possível a ser atribuída a partir da matriz de julgamento foi igual a 64 pontos. Considerando a realização de procedimentos mínimos para detecção precoce e tratamentos de intercorrências de saúde materna e neonatal condizentes à assistência, definiu-se a seguinte classificação: assistência pré-natal **Péssima** entre 0 a 29% da pontuação máxima (n= 0–18), **Ruim** de 30 a 49% (n= 19-31), **Regular** entre 50 a 69% (n= 32-44), **Boa** de 70-89% (n= 45-57) e **Excelente** entre 90-100% (58- 64) dos pontos. Essa classificação foi redimensionada para algumas análises específicas, como forma de melhorar a interpretação dos dados. Para isso, a classificação: péssima, ruim e regular estarão representadas na subclassificação do pré-natal inadequado e as classificações boa e excelentes estarão representadas no pré-natal adequado (Quadro 4)

Quadro 4 –Classificação e subclassificação da assistência Pré-natal segundo pontuação recebida durante a pesquisa, Recife, 2018.

| CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | |
|---|------------------|----------|-------------------------|
| Classificação | Pontuação | % | Subclassificação |
| Excelente | 58 a 64 | 90 - 100 | Adequada |
| Bom | 45 a 57 | 70 – 89 | |
| Regular | 32 a 44 | 50 - 69 | Inadequada |
| Ruim | 19 a 31 | 30 – 49 | |
| Péssimo | 0 a 18 | 0 – 29 | |

Fonte: a autora

3.7.2 Descrição dos desfechos maternos e neonatais

Gestantes adolescentes têm sido consideradas de risco por apresentar maior incidência de anemias, distúrbios hipertensivos, infecção urinária, baixo ganho de peso materno e prematuridade, abortos, refletindo num elevado índice de morbidade e mortalidade materno e fetal (RIBEIRO et al, 2017).

Esta etapa consistiu em descrever os desfechos não desejáveis maternos e neonatais encontrados na população do estudo através dos dados contidos no prontuário da puérpera. No quadro 5 estão descritos os desfechos não desejáveis selecionados pelo estudo.

Quadro 5 – Caracterização dos desfechos materno e neonatal. Recife, 2017.

| PACIENTE | DESECHO NÃO DESEJÁVEL |
|-----------------|---|
| Puérpera | Parto Prematuro Síndromes hipertensivas descompensadas no Parto Diabetes Mellitus e gestacional descompensados no parto HIV positivo diagnosticado no parto Hepatite B reagente sem detecção precoce VDRL positivo no parto Infecção urinária não tratada Aborto |
| Neonato | Baixo Peso e macrosomia Apgar < 5 no 1º minuto e < 8 no 5º minuto Reanimação Sífilis congênita Amamentação após a primeira hora de vida Óbito fetal |

Fonte: a autora

3.7.3 *Análise da relação entre a adequação do pré-natal com desfechos maternos e neonatais*

Para verificar a existência de diferenças significativas entre adequação do pré-natal e os desfechos materno e neonatal, foi utilizado o Teste Qui quadrado de Pearson, todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%, intervalo de confiança de 95%.

3.8 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CAAE: 71488317.9.0000.5190) e do IMIP (CAAE: 71488317.9.3001.5201), os pareceres encontram-se nos anexos A e B.

Foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) aos responsáveis e entrevistados respectivamente, constando todas as informações referentes ao projeto, benefícios e riscos que envolvem a pesquisa, podendo os participantes desistirem a qualquer momento. Os contatos dos pesquisadores também foram informados. Os dados ficaram sob a guarda dos

pesquisadores, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade, os quais se comprometem em assumir a responsabilidade pelas informações apresentadas.

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 210 puérperas que realizaram o Pré-natal na rede SUS, a média de idade das participantes foi de 17 anos, sendo 10,5 % (n = 22) de adolescentes precoces de 10-14 anos e 89,5% (n = 188) com idade entre 15-19 anos. A maioria das entrevistadas residia na zona urbana da RMR 81,9% (n= 172), tinha saneamento básico 80,0% (n = 168), possuía renda mensal até um salário mínimo (82,4%; n = 173), e apenas 34,3% (n=72) total de entrevistadas recebiam algum benefício social (tabela 1).

Em relação a cor autodeclarada, a maioria das adolescentes era parda (61,9%; n = 130), seguidas por brancas 21,0% (n = 44) e pretas 17,1% (n = 36). No que se refere a situação conjugal, identificou-se que 61,0% (n= 128) vivia com companheiro e 39,0% (n=82) solteiras. Quanto a escolaridade, foi prevalente as adolescentes que possuíam ensino médio incompleto 42,4% (n=89), seguido das que possuíam o ensino fundamental incompleto 39,0% (n= 82), e apenas 18,6 % (n= 39) tinham concluído o ensino médio. A escolaridade foi o único fator relacionado as características maternas que apresentou relação com a adequação da assistência pré-natal P-valor <0,05 (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo adequação do pré-natal realizado na rede SUS da RMR segundo características maternas de puérperas adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| Características Materna | ADEQUADA | | INADEQUADA | | TOTAL | | χ^2 | P – VALOR |
|------------------------------|----------|------|------------|------|-------|------|----------|-----------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | | | | |
| Idade (anos) | | | | | | | | |
| 10 – 14 | 4 | 18,2 | 18 | 81,8 | 22 | 10,5 | 0,080 | 0,388 |
| 15 – 19 | 44 | 23,4 | 144 | 76,6 | 188 | 89,5 | | |
| Local de Residência | | | | | | | | |
| Urbana | 38 | 22,1 | 134 | 77,9 | 172 | 81,9 | 0,120 | 0,364 |
| Rural | 10 | 26,3 | 28 | 73,7 | 38 | 18,1 | | |
| Saneamento básico | | | | | | | | |
| Sim | 39 | 23,2 | 129 | 76,8 | 168 | 80 | 0,001 | 0,483 |
| Não | 9 | 21,4 | 33 | 78,6 | 42 | 20 | | |
| Renda Mensal | | | | | | | | |
| Até 1 salário mínimo | 41 | 23,7 | 132 | 76,3 | 173 | 82,4 | 0,170 | 0,330 |
| 2 Salários mínimos | 7 | 18,9 | 30 | 81,1 | 37 | 17,6 | | |
| Benefício Social | | | | | | | | |
| Sim | 19 | 26,4 | 53 | 73,6 | 72 | 34,3 | 0,500 | 0,239 |
| Não | 29 | 21,0 | 109 | 79,0 | 138 | 65,7 | | |
| Raça/cor | | | | | | | | |
| Branca | 11 | 25,0 | 33 | 75,0 | 44 | 21,0 | 1,985 | 0,370 |
| Parda | 32 | 24,6 | 98 | 75,4 | 130 | 61,9 | | |
| Negra | 5 | 13,9 | 31 | 86,1 | 36 | 17,1 | | |
| Situação Conjugal | | | | | | | | |
| Solteira | 19 | 23,2 | 63 | 76,8 | 82 | 39,0 | 0,006 | 0,4674 |
| União estável | 29 | 22,7 | 99 | 77,3 | 128 | 61,0 | | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Fundamental Incompleto | 14 | 17,1 | 68 | 82,9 | 82 | 39,0 | 6,527 | 0,03825 |
| Médio Incompleto | 28 | 31,5 | 61 | 68,5 | 89 | 42,4 | | |
| Médio completo | 6 | 15,4 | 33 | 84,6 | 39 | 18,6 | | |

Fonte: a autora

Na tabela 2, verificou-se semelhança entre as proporções de gestantes que realizaram o pré-natal na RMR (51,0%; n=107) e na capital (49,0%; n=103), a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa (P-valor < 0,05).

Em relação às unidades onde foram assistidas, 41,9% (n=88) das gestantes foram atendidas simultaneamente na atenção básica e nível secundário, 36,7% (n= 77) somente na atenção básica e 21,4% (n= 45) receberam os cuidados exclusivamente no nível secundário.

Apenas 23,8% (n=50) das puérperas haviam planejado a gestação atual, o planejamento da gestação esteve associado estatisticamente com a adequação do pré-natal (P- valor <0,05). Cerca de 29,0 % (n=61) das adolescentes já tinham uma gestação anterior, destas, 70,5% (n=43) tinha um filho ou mais e 29,5% (n= 18) tinham sofrido aborto (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características obstétricas segundo a adequação do pré-natal realizado na rede SUS da RMR segundo as características obstétricas das adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| Características Materna | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | | χ^2 | P – VALOR |
|--|-----------------------|------|------------|------|-------|------|----------|-----------|
| | ADEQUADA | | INADEQUADA | | TOTAL | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Município onde realizou Pré-natal | | | | | | | | |
| Recife | 17 | 16,5 | 86 | 83,5 | 103 | 49,0 | 3,946 | 0,023 |
| Região metropolitana | 31 | 29,0 | 76 | 71,0 | 107 | 51,0 | | |
| Local do Pré-natal | | | | | | | | |
| Atenção básica | 12 | 15,6 | 65 | 84,4 | 77 | 36,7 | 5,574 | 0,0616 |
| Hospital | 9 | 20,0 | 36 | 80,0 | 45 | 21,4 | | |
| Atenção básica e Hospital | 27 | 30,7 | 61 | 69,3 | 88 | 41,9 | | |
| Gravidez planejada | | | | | | | | |
| Sim | 7 | 14,0 | 43 | 86,0 | 50 | 23,8 | 55,37 | <0,000 |
| Não | 41 | 25,6 | 119 | 74,4 | 160 | 76,2 | | |
| Filhos vivos* | | | | | | | | |
| Sim | 9 | 20,9 | 34 | 79,1 | 43 | 20,5 | 0,017 | 0,446 |
| Não | 39 | 23,4 | 128 | 76,6 | 167 | 79,5 | | |
| Aborto | | | | | | | | |
| Sim | 3 | 16,7 | 15 | 83,3 | 18 | 8,6 | 0,13 | 0,359 |
| Não | 45 | 23,4 | 147 | 76,6 | 192 | 91,4 | | |

Fonte: a autora

Nota: [Filhos de gestações anteriores].

Na tabela 3, são apresentados os dados relativos aos componentes da assistência pré-natal segundo subdimensões definidas a partir dos normativos do Ministério da Saúde. Na subdimensão do pré-natal, observou-se que a maioria das gestantes foi assistida de modo adequado nos seguintes procedimentos: não ter dificuldades para marcar a primeira consulta (73,3%); uso do ácido fólico (69,0%); uso de sulfato ferroso; (68,6%) ter realizado consultas intercaladas com o médico (63,3%); e classificação do risco gestacional (63,3%). Em contra partida, grande parte dos procedimentos foram realizados de maneira inadequada na maioria das adolescentes, foram eles: ausência de atividades educativas (90,5%); não cadastro no

Sisprenatal (79,0%); início tardio do pré-natal (68,1%); esquema vacinal incompleto em (64,8%); realização de menos de 7 consultas (58,1%); não orientação sobre a maternidade de referência para o parto (56,2%); e avaliação clínica das mamas (50,5%).

Na segunda subdimensão, relacionada aos procedimentos assistenciais básicos de cada consulta, observou-se que na maioria das gestantes foi adequadamente verificado, a pressão arterial (52,9%), o peso (51,9%) e a altura de fundo de útero (51,4%). No que se refere aos procedimentos inadequados identificou-se: o cálculo de IG (63,8%), ausculta dos batimentos cardíofetais (52,9%), acompanhamento do Índice de Massa Corporal (92,4%) e a descrição da apresentação fetal (77,1%). (tabela 3)

Entre os 12 exames laboratoriais analisados, 09 deles foram classificados como inadequados na maioria das gestantes assistidas: O TOOG (76,2%); Hb e Ht (70,0%); Glicemia de jejum (76,7 %); Sumário de urina (78,6%); VDRL (76,2%); anti-HIV (77,6%); HBsAg (88,6%); Toxoplasmose (91,9%); e Urocultura (89,1%). Sendo realizados de maneira adequada apenas o fator ABO + Rh (87,1%) e USG obstétricas (85,7%) (tabela 3).

Ainda na tabela 3 verificou-se na subdimensão do cartão da gestante, em apenas 33,3% dos casos a completude foi considerada adequada.

Tabela 3 – Adequação da assistência pré-natal e seus componentes segundo os normativos do Ministério da Saúde de adolescentes que realizaram o pré-natal na rede SUS da RMR, Brasil, 2018.

| Adequação da Assistência Pré-natal | | | | | |
|---|--|-----------------|----------|-------------------|----------|
| PROCEDIMENTOS | | ADEQUADA | | INADEQUADA | |
| | | N | % | N | % |
| Pré-natal | Dificuldade para marcar as consultas | 154 | 73,3 | 56 | 26,7 |
| | Cadastro no Sis prenatal | 44 | 21,0 | 166 | 79,0 |
| | Início do pré-natal | 76 | 36,2 | 143 | 68,1 |
| | Consultas de pré-natal | 88 | 41,9 | 122 | 58,1 |
| | Consulta intercalada com médico | 133 | 63,3 | 77 | 36,7 |
| | Classificação de Risco | 133 | 63,3 | 77 | 36,7 |
| | Referência de maternidade para o parto | 92 | 43,8 | 118 | 56,2 |
| | Atividades educativas | 20 | 9,5 | 190 | 90,5 |
| | Uso de ácido Fólico | 145 | 69,0 | 65 | 31,0 |
| | Uso de sulfato ferroso | 144 | 68,6 | 66 | 31,4 |
| | Avaliação clínica das mamas | 104 | 49,5 | 106 | 50,5 |
| | Esquema vacinal | 74 | 35,2 | 136 | 64,8 |
| Procedimentos nas consultas | Cálculo de IG | 76 | 36,2 | 134 | 63,8 |
| | Peso | 109 | 51,9 | 101 | 48,1 |
| | Índice de Massa Corporal | 16 | 7,6 | 194 | 92,4 |
| | Pressão Arterial | 111 | 52,9 | 99 | 47,1 |
| | Altura do Fundo de Útero | 108 | 51,4 | 102 | 48,6 |
| | Batimentos Cardíacos Fetais | 99 | 47,1 | 111 | 52,9 |
| | Apresentação Fetal | 48 | 22,9 | 162 | 77,1 |
| Exames Laboratoriais | Exames fator ABO + Rh | 183 | 87,1 | 27 | 12,9 |
| | Exame Hb e Ht | 63 | 30,0 | 147 | 70,0 |
| | Exame Glicemia de jejum | 49 | 23,3 | 161 | 76,7 |
| | Exame Sumário de urina | 45 | 21,4 | 165 | 78,6 |
| | Exame Urocultura | 23 | 11,4 | 187 | 89,1 |
| | Exame: VDRL | 50 | 23,8 | 160 | 76,2 |
| | Exam anti-HIV | 47 | 22,4 | 163 | 77,6 |
| | Exame: HBsAg | 24 | 11,4 | 186 | 88,6 |
| | Coombs Indireto (Rh -) | 169 | 80,5 | 41 | 19,5 |
| | Toxoplasmose, IgM e IGG | 17 | 8,1 | 193 | 91,9 |
| | USG obstétrica | 180 | 85,7 | 30 | 14,3 |
| | TTOG | 50 | 23,8 | 160 | 76,2 |
| Cartão da gestante | Completitude do cartão | 70 | 33,3 | 140 | 66,7 |

Fonte: a autora

Em relação a realização dos exames laboratoriais, verificou-se maiores proporções no 1º trimestre, com uma média de 90 gestantes que realizaram apenas nesse período, seguida das

que não realizaram nenhum exame (média 51). A realização de exames nos dois trimestres de gestação, conforme o recomendado correspondeu a uma média de 40 adolescentes. As menores proporções foram identificadas entre os exames do terceiro trimestre (média de 29) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos exames laboratoriais realizados pelas adolescentes que realizaram o pré-natal na rede SUS da RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| Exames laboratoriais | Assistência Pré-natal | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------------|------|
| | Nenhum | | 1º Trimestre | | 3º Trimestre | | 1º e 3º Trimestre* | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Exame Hb e Ht | 33 | 15,7 | 86 | 41,0 | 28 | 13,3 | 63 | 30 |
| Exame Glicemia de jejum | 30 | 14,3 | 99 | 47,1 | 32 | 15,2 | 49 | 23,3 |
| Exame Sumário de urina | 45 | 21,4 | 86 | 41,0 | 34 | 16,2 | 45 | 21,4 |
| Exame Urocultura | 100 | 47,6 | 63 | 30,0 | 23 | 11,0 | 24 | 11,4 |
| Exame VDRL | 31 | 14,8 | 96 | 45,7 | 33 | 15,7 | 50 | 23,8 |
| Exame anti-HIV | 31 | 14,8 | 98 | 46,7 | 34 | 16,2 | 47 | 22,4 |
| Exame HBsAg | 59 | 28,1 | 100 | 47,6 | 27 | 12,9 | 24 | 11,4 |
| Toxoplasmose | 80 | 38,1 | 91 | 43,3 | 22 | 10,5 | 17 | 8,1 |
| Média | 51 | | 90 | | 29 | | 40 | |

Fonte: a autora.

Nota: [Nesta coluna foram contabilizadas apenas as gestantes que realizaram os exames laboratoriais simultaneamente nos dois trimestres, sendo excluídas as gestantes que realizaram apenas no 1º ou 3º trimestre].

Na tabela 5, identificou-se que do total de gestantes que realizaram pré-natal, nenhuma teve o pré-natal considerado excelente, a maioria recebeu assistência pré-natal classificada como regular (54,3%), seguida do Bom (22,9%), Ruim (21,0%) e péssimo (1,9%). Em relação à subclassificação, em 77,1% das adolescentes o pré-natal foi considerado inadequado.

Tabela 5 – Classificação da adequação da assistência pré-natal de adolescentes que realizaram o pré-natal na RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | |
|------------------------------------|-----|------|------------------|-----|------|
| CLASSIFICAÇÃO | N | % | SUBCLASSIFICAÇÃO | N | % |
| Excelente | 0 | 0 | Adequada | 48 | 22,9 |
| Bom | 48 | 22,9 | | | |
| Regular | 114 | 54,3 | Inadequada | 162 | 77,1 |
| Ruim | 44 | 21,0 | | | |
| Péssimo | 4 | 1,9 | | | |

Fonte: a autora

Os desfechos maternos não desejáveis mais prevalentes foram: percentual de cesarianas 34,3% (n= 72), partos pré-termos 27,1% (n=57), Pré-eclâmpsia 20,5% (n= 43), hipertensão gestacional 15,7% (n= 33) e sífilis diagnosticado no parto 2,9% (n=6). Na análise da associação entre os desfechos e adequação do pré-natal, identificou-se significância com os partos pré-termos (p- valor <0,05), onde o risco foi 116% maior nos pré-natais inadequado (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre os desfechos maternos e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| Desfechos maternos* | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | | χ^2 | P-VALOR |
|-----------------------------|-----------------------|------|------------|------|------------|------|----------|---------|
| | ADEQUADA | | INADEQUADA | | TOTAL(210) | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Parto Pré-termo | | | | | | | | |
| Desejáveis | 41 | 26,8 | 112 | 73,2 | 153 | 72,9 | 4,174 | 0,020 |
| Não desejáveis | 7 | 12,3 | 50 | 87,7 | 57 | 27,1 | | |
| Aborto | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 23,2 | 159 | 76,8 | 207 | 98,6 | 0,066 | 0,398 |
| Não desejáveis | 0 | 0 | 3 | 100 | 3 | 1,4 | | |
| Cesárea | | | | | | | | |
| Desejáveis | 30 | 21,7 | 108 | 78,3 | 138 | 65,7 | 0,130 | 0,359 |
| Não desejáveis | 18 | 25 | 54 | 75 | 72 | 34,3 | | |
| HIV no parto | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 0 | 161 | 77,0 | 209 | 99,5 | 0,419 | 0,258 |
| Não desejáveis | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 0,5 | | |
| Sífilis no Parto | | | | | | | | |
| Desejáveis | 47 | 23,0 | 157 | 77,0 | 204 | 97,1 | 0,016 | 0,449 |
| Não desejáveis | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 | 2,9 | | |
| Diabetes gestacional | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 0 | 157 | 76,6 | 205 | 97,6 | 0,480 | 0,244 |
| Não desejáveis | 0 | 0 | 5 | 100 | 5 | 2,4 | | |
| Infecção urinária | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 0 | 157 | 76,6 | 205 | 97,6 | 0,480 | 0,244 |
| Não desejáveis | 0 | 0 | 5 | 100 | 5 | 2,4 | | |
| HASG | | | | | | | | |
| Desejáveis | 43 | 24,3 | 134 | 75,7 | 177 | 84,3 | 0,850 | 0,178 |
| Não desejáveis | 5 | 15,2 | 28 | 84,8 | 33 | 15,7 | | |
| Eclâmpsia | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 0 | 160 | 76,9 | 208 | 99,0 | 0,005 | 0,471 |
| Não desejáveis | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 1 | | |
| Pré-Eclâmpsia | | | | | | | | |
| Desejáveis | 36 | 21,6 | 131 | 78,4 | 167 | 79,5 | 0,463 | 0,248 |
| Não desejáveis | 12 | 27,9 | 31 | 72,1 | 43 | 20,5 | | |

Fonte: a autora

Nota: [Os desfechos maternos não desejáveis apresentados nessa tabela, estão descritos e analisados de forma isolada, no entanto, algumas adolescentes tiveram mais de um desfecho não desejável, por isso o N desta tabela é superior ao N do estudo (n=210) e da tabela 9 (n=134)].

Os desfechos maternos não desejáveis apresentaram associação com a adequação do pré-natal (p -valor $<0,05$). O risco de ter um desfecho desfavorável é 43% maior em gestantes que tiveram o pré-natal inadequado (tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre desfecho materno e a adequação do pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que realizaram o pré-natal na RMR e pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| DESFECHOS MATERNOS* | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | | χ^2 | VALOR- P |
|------------------------|-----------------------|------|------------|------|-------------|------|----------|-------------|
| | ADEQUADA | | INADEQUADA | | TOTAL (210) | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| DESEJÁVEIS | 25 | 32,9 | 51 | 67,1 | 76 | 36,2 | 5,943 | 0,007 |
| NÃO DESEJÁVEIS | 23 | 17,2 | 111 | 82,8 | 134 | 63,8 | | |

Fonte: a autora

Nota: [Nessa tabela foram contabilizadas as adolescentes que tiveram algum desfecho não desejável, independentemente de ter sido, um, dois ou três desfechos].

Em relação ao neonato, o desfecho não desejável mais prevalente foi a não amamentação na primeira hora de vida 60,0 % (n=126), seguido de baixo peso ao nascer 21,9% (n=46), internamentos 21,4% (n= 45), apgar <5 no 1º minuto 10,0% (n=21) e <8 no 5º minuto 8,6% (n=18). Ocorreram em menores proporções os desfechos: óbito fetal 4,3% (n=9) e a sífilis congênita 2,4% (n=5). O óbito fetal e o internamento do neonato foram os únicos desfechos não desejáveis que apresentaram associação com a inadequação do pré-natal (p -valor $<0,05$). (Tabela 8)

Tabela 8 – Relação entre os desfechos neonatais e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| Desfechos Neonatais* | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | | | χ^2 | VALOR-P |
|---------------------------------|-----------------------|-------|------------|-------|------------|------|----------|---------|
| | ADEQUADA | | INADEQUADA | | TOTAL(210) | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Apgar < 5 no 1' | | | | | | | | |
| Desejáveis | 43 | 22,75 | 146 | 77,2 | 189 | 90,0 | 0,027 | 0,434 |
| Não desejáveis | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | 21 | 10,0 | | |
| Apgar < 8 no 5' | | | | | | | | |
| Desejáveis | 46 | 23,96 | 146 | 76,0 | 192 | 91,4 | 0,898 | 0,171 |
| Não desejáveis | 2 | 11,11 | 16 | 88,9 | 18 | 8,6 | | |
| Baixo peso | | | | | | | | |
| Desejáveis | 38 | 24,68 | 126 | 81,8 | 154 | 73,3 | 0,000 | 0,497 |
| Não desejáveis | 10 | 21,74 | 36 | 78,3 | 46 | 21,9 | | |
| Macrossomia | | | | | | | | |
| Desejáveis | 46 | 22,55 | 158 | 77,5 | 204 | 97,1 | 0,144 | 0,351 |
| Não desejáveis | 2 | 33,33 | 4 | 66,7 | 6 | 2,9 | | |
| Internamento | | | | | | | | |
| Desejáveis | 33 | 20,00 | 132 | 80,0 | 165 | 78,6 | 2,849 | 0,045 |
| Não desejáveis | 15 | 33,33 | 30 | 66,7 | 45 | 21,4 | | |
| Sífilis Congênita | | | | | | | | |
| Desejáveis | 47 | 22,93 | 158 | 77,1 | 205 | 97,6 | 0,148 | 0,350 |
| Não desejáveis | 1 | 20,00 | 4 | 80,0 | 5 | 2,4 | | |
| Reanimação | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 23,08 | 160 | 76,9 | 208 | 99,0 | 0,005 | 0,471 |
| Não desejáveis | 0 | 0,00 | 2 | 100,0 | 2 | 1,0 | | |
| Não amamentou na 1ª hora | | | | | | | | |
| Desejáveis | 17 | 20,24 | 67 | 79,8 | 84 | 40,0 | 0,006 | 0,468 |
| Não desejáveis | 31 | 24,60 | 95 | 75,4 | 126 | 60,0 | | |
| Óbito | | | | | | | | |
| Desejáveis | 48 | 23,88 | 153 | 76,1 | 201 | 95,7 | 1,596 | 0,045 |
| Não desejáveis | 0 | 0,00 | 9 | 100,0 | 9 | 4,3 | | |

Fonte: a autora

Nota: [Os desfechos neonatais não desejáveis apresentados nessa tabela, estão descritos e analisados de forma isolada, no entanto, alguns recém nascidos tiveram mais de um desfecho não desejável, por isso o N desta tabela é superior ao N do estudo (n=210) e da tabela 11 (n=90)].

No que se refere a associação entre os desfechos neonatais não desejáveis e a adequação da assistência pré-natal, não verificou-se significância estatística (p valor = >0,05). (Tabela 9)

Tabela 9 – Associação entre desfecho neonatal e a adequação da assistência pré-natal realizada na rede SUS da RMR de adolescentes que pariram numa maternidade de referência no Recife-PE, Brasil, 2018.

| DESFECHO NEONATAIS* | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | | | | TOTAL (210) | | χ^2 | VALOR- P |
|------------------------|-----------------------|------|------------|------|----------------|------|----------|-------------|
| | ADEQUADA | | INADEQUADA | | N | % | | |
| | N | % | N | % | | | | |
| DESEJÁVEIS | 24 | 20 | 96 | 80 | 120 | 57,1 | 0,945 | 0,165 |
| NÃO DESEJÁVEIS | 24 | 26,7 | 66 | 73,3 | 90 | 42,9 | | |

Fonte: a autora

Nota: [Nessa tabela foram contabilizados os recém nascidos das adolescentes que tiveram algum desfecho não desejável, independentemente de ter sido, um, dois ou três desfechos. Também não foi contabilizado o desfecho aleitamento materno na primeira hora].

5 DISCUSSÃO

Entre as 210 adolescentes ouvidas, foram prevalentes as que se encontravam na adolescência tardia (15-19 anos), de cor auto referida parda, primíparas, com ensino fundamental incompleto, em união estável, com renda familiar de até um salário mínimo e fora dos programas sociais.

No presente estudo, no que se refere a caracterização da população estudada, apenas a escolaridade esteve relacionada a inadequação da assistência pré-natal (p-valor <0,05). É importante ressaltar que apesar da maioria estar entre 15-19 anos, menos da metade tinham concluído o ensino fundamental, demonstrando que pode haver abandono escolar entre as adolescentes por ocasião da gestação e falhas no suporte social as mesmas.

O estudo de Santos et al. (2014) revelou que aproximadamente metade das adolescentes investigadas (50,7%) tinham até o ensino fundamental completo. Estudos identificaram que a baixa escolaridade nesse público está associada ao abandono escolar após a descoberta da gravidez, chegando a 85% a porcentagem de adolescentes que abandonaram o estudo após engravidar (FERNANDES et al., 2017; SANTOS et al., 2014). Esse quadro social também foi encontrado em outros estudos de avaliação da assistência pré-natal (CARVALHO et al., 2016; VIELLAS et al., 2014). A baixa escolaridade e o suporte financeiro inadequado estão associados a pré-natais inadequados em diversos estudos (DANTAS et al., 2018; MELO et al., 2015; ROSA et al., 2014).

Outro achado importante está relacionado a renda familiar que não ultrapassou 2 salários mínimos. Diante do perfil socioeconômico do Brasil, podemos considerar que todas as gestantes do atual estudo estão situadas nos grupos de menor renda, motivo pelo qual o presente estudo não encontrou associação entre a adequação do pré-natal e renda familiar. Esta situação é preocupante, visto que, as situações econômicas desfavoráveis estão associadas a piores condições de vida e saúde.

As condições socioeconômicas desfavoráveis em gestantes adolescentes estão presentes na maioria dos estudos e são alvo de preocupação, uma vez que, esses determinantes sociais estão relacionados a iniciação sexual precoce, gravidezes não planejadas em adolescentes, abortos e partos mais cedo que as demais (BARRETO; MATHIAS, 2013; FERREIRA et al., 2014; SANTOS et al., 2018).

As gravidezes não planejadas entre as adolescentes no estudo, corresponderam a mais de 2/3 das entrevistadas e esteve fortemente associado a inadequação da assistência pré-natal. Estes dados trazem um alerta para direcionar as estratégias de saúde materno-infantil do

Recife e RMR para o planejamento familiar, principalmente nesse grupo etário, tanto pela gestão central quanto pelas equipes de saúde.

Este achado não difere de outros estudos que também encontraram altos percentuais, acima de 50% de gravidezes não planejadas associadas a pré-natais inadequados (DANTAS et al., 2018; MELO et al., 2015, VIELLAS et al., 2015). Um estudo nacional com abordagem local associou alguns fatores ligados a cor da pele parda/preta, idade inferior a 20 anos e baixa renda familiar associados à gravidez não planejada (PRIETSCH et al., 2011). Esses fatores conforme supracitados também foram prevalentes no presente estudo, o que pode estar associado ao alto percentual de gravidez não desejada encontrado.

Alguns estudos ainda associam as gravidezes não desejadas a tentativas de aborto e sintomas depressivos no pós-parto (BRITO et al., 2015; DANTAS et al., 2018; ROSA et al., 2015). No presente estudo, ressalta-se que um pequeno percentual de adolescentes já tinha sofrido algum aborto anterior, este dado pode estar associado aos mesmos achados dos estudos acima citados, onde a gravidez não planejada na adolescência configura-se como fator de risco para técnicas abortivas.

A maioria das adolescentes pesquisadas estava na primeira gestação, nesse momento, é de extrema importância políticas e equipes de saúde atuantes, que sejam capazes de proporcionar apoio e compreensão para com a gestante, além de integrar a família no processo do cuidar através de conversas com a família da gestante que conduzam a uma gestação saudável e evitem outras gestações não planejadas.

O estudo de Velos et al. (2013) abordou que a gravidez não planejada está associada à falta de informação, resultado da falta de educação sexual de boa qualidade e da não abordagem desse tema no âmbito familiar, relacionando ainda a possíveis violências físicas e consumo de álcool e drogas.

O percentual de adolescentes em união estável foi superior às solteiras, configurando um fator positivo no presente estudo. Porquanto, apesar de não ter sido associado estatisticamente a adequação do pré-natal, a presença do parceiro contribui na adesão ao pré-natal, devendo ser estimulada a cada consulta pelos profissionais de saúde que as assistem, tanto no nível primário de saúde, quanto no especializado, independentemente de onde seja realizado.

Outros estudos demonstraram que as mulheres solteiras apresentam o risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas as que possuem companheiro. Esta hipótese está associada ao apoio do parceiro durante a gestação, o que favorece o fortalecimento dos laços familiares, a adesão ao pré-natal e a validação do atendimento com

qualidade (BARRETO et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; FESCINA et al., 2011; ROSA et al., 2014).

A cidade de realização do pré-natal, configurou-se relevante para adequação da assistência recebida, com diferença estatisticamente significativa, sendo maior a adequabilidade do pré-natal entre as adolescentes que foram assistidas na RMR do que as atendidas no Recife. A cidade do Recife é o principal polo de saúde do estado, onde concentra-se a maioria dos serviços e unidades de saúde, o que demonstra que as atitudes profissionais podem estar mais relacionadas a essa inadequação, do que a cidade de escolha, já que na maioria das vezes residentes da RMR são atendidas nos serviços de saúde ofertados pela capital.

Em outros estudos de avaliação, os melhores índices adequação do pré-natal e intervenções oportunas estão concentrados em regiões mais desenvolvidas economicamente, bem como as capitais que tendem a ter uma melhor estrutura que a região metropolitana (DOMINGUES et al., 2015; SIQUEIRA et al., 2017).

Ao analisar as adolescentes que realizaram o pré-natal apenas na atenção básica, nível secundário ou em ambos os níveis, não verificou-se no presente estudo associação significativa com a adequabilidade do pré-natal, demonstrando que os problemas podem estar mais vinculados aos próprios profissionais, ao processo que envolve a assistência pré-natal do que a complexidade das unidades onde se é realizado.

O estudo de Araújo e Mandú (2016) evidenciou que os profissionais do pré-natal onde as adolescentes acompanham sua gravidez não constituem uma comunidade importante para elas, reforçando a necessidade dos profissionais instituírem uma rede apoio e referência para as necessidades das gestantes em suas dimensões social, relacional e cultural.

A ausência de associação significativa entre os níveis da atenção básica e especializada com a adequação do pré-natal no estudo, evidencia que ao se adotar critérios de adequação global para a assistência pré-natal, os serviços em seus diferentes níveis de complexidade apresentam o mesmo grau de adequação ao atender uma população com as mesmas características sociais e econômicas. A constatação desta pesquisa difere de um estudo realizado em 2014, que evidenciou maior adequação do cuidado pré-natal quando realizado pelo setor público da Saúde, em unidades de Saúde da Família (BERNARDES et al., 2014).

Os serviços públicos de saúde, independentemente do nível de atenção devem estar preparados para atender esse público que apresenta maiores desvantagens sociais, reduzindo as barreiras de acesso e facilitando o início precoce da assistência, afim de que mais mulheres

se beneficiem e que as iniquidades em saúde sejam reduzidas no país (BERNARDES et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

A captação precoce no primeiro trimestre gestacional (até 12 semanas de gestação), é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, levando em consideração que para o diagnóstico e manejo adequado de algumas situações que podem atingir as gestantes e seus conceitos a assistência precoce é fundamental. No entanto, identificou-se no presente estudo baixo percentual de adolescentes que iniciaram precocemente seus pré-natais, inferindo a necessidade de novas estratégias de captação precoce voltadas para esse público específico.

No estudo realizado por Viellas et al. (2014) o início precoce foi o componente da assistência pré-natal que apresentou menor adequação, apenas 53,9%, valor superior ao encontrado no presente estudo. Esta situação é reflexo da escassez de políticas públicas voltadas as adolescentes, que as priorizem e atendam suas necessidades de saúde.

Apesar dos avanços na cobertura da assistência pré-natal no Brasil, percebe-se que menos da metade das adolescentes (41,9%) que foram atendidas na capital de Pernambuco e na região metropolitana, realizaram mais de 7 consultas de pré-natal. Esses dados corroboram com outros estudos que também encontraram baixo número de consultas (DANTAS, et al., 2018; DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017).

Uma revisão de ensaios clínicos, evidenciou aumento da mortalidade perinatal no cuidado pré-natal com número reduzido de consultas, ressaltando a importância das consultas principalmente no último trimestre de gestação para identificar situações de risco e realizar a condução apropriada para garantir melhores desfechos (HOFMEYR; HODNETT, 2013).

Além disso, observa-se que apenas 21% das adolescentes ouvidas foram cadastradas nos sistemas de informação, o que dificulta o armazenamento dos dados colhidos nas consultas médicas e de enfermagem, que servem para a elaboração de estratégias e políticas públicas de saúde voltados para os problemas identificados.

A pesquisa de Silva et al. (2013) enfatiza a importância do sistema, ao observar que foi a partir do seu surgimento que começou a aumentar o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 6 consultas em 2012 (SILVA et al., 2013).

Ao avaliar o seguimento dos cuidados durante o pré-natal no presente estudo, percebeu-se que a maioria das mulheres havia sido acompanhada de forma intercalada com o médico e o enfermeiro, e seguiu este acompanhamento com os mesmos profissionais em todo processo gestacional, fator relevante que propicia a formação do vínculo entre os profissionais e as

adolescentes. Estes aspectos assemelham-se a outros estudos realizados em Lagarto, estado de Sergipe (DANTAS et al., 2018; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

No entanto, vale ressaltar que houve um quantitativo de adolescentes assistidas no Recife e região metropolitana foram atendidas apenas pelos profissionais de enfermagem e não tiveram a classificação do risco gestacional realizado, mesmo quando a orientação e critério de qualidade da rede cegonha é que todas as gestantes tenham o acompanhamento intercalado com o médico e tenham a classificação do risco gestacional realizado.

Outros estudos realizados na região norte e nordeste do País também encontraram as consultas restritas aos profissionais de enfermagem, e associaram este achado a menor disponibilidade de médicos nessas regiões, principalmente nas cidades do interior (LEAL et al., 2017; VIELLAS, et al., 2014).

No presente estudo, identificou-se baixíssima proporção de gestantes adolescentes que receberam orientações durante a assistência pré-natal, evidenciando o papel insuficiente da atenção na preparação dessas mulheres para a continuidade da assistência, identificação dos fatores de risco, preparo para o parto e para a amamentação. Esta realidade é extremamente preocupante, uma vez que, as atividades educativas exercem impactos favoráveis na saúde, principalmente para as adolescentes que em sua maioria estavam vivenciando a primeira gestação.

Outros estudos que analisaram as práticas educativas no pré-natal chegaram a encontrar um percentual superior de atividades educativas, ficando entre 40-58%, no entanto, esses valores ainda são baixos, principalmente quando relacionadas ao parto normal (LANSKY et al., 2014; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014)

O fornecimento dessas orientações não implica custos para o SUS, sendo dependentes unicamente das atitudes profissionais. Estudos apontam que os profissionais que assistem as gestantes costumam justificar a redução ou ausência de algumas atividades no pré-natal pelo excesso de atribuições do profissional, outras demandas e tempo restrito à consulta de pré-natal (FERNANDES et al., 2015; FERREIRA et al., 2014)

Outra Falha identificada durante a pesquisa foi a articulação entre os serviços de assistência pré-natal ao parto, mais da metade das gestantes não foram orientadas quanto a maternidade de referência para o parto. O desconhecimento da maternidade para o parto, implica na peregrinação dessas adolescentes, principalmente as que residem em algumas cidades da região metropolitana que não tem maternidade, e estas, precisam se deslocar para a capital em busca de uma maternidade para o parto, aumentando o medo e a ansiedade frente o desconhecido.

O desconhecimento sobre a maternidade de referência, foram encontrados em outros estudos, que associaram a ausência dessa informação a peregrinação de mulheres no momento do parto (DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014). Os maiores percentuais de peregrinações para o parto em mulheres da região Nordeste, não brancas, adolescentes e com menor escolaridade, além de associar maiores ocorrências de near miss materno, óbitos maternos e quase três vezes maior entre os casos de óbito infantil (BATISTA; VASCONCELOS, 2017; LEAL et al., 2017; SILVA; ALMEIDA, 2015).

Ressalta-se que a vinculação da gestante a uma maternidade de referência, além de ser garantida por lei desde 2007, também é uma recomendação da rede cegonha que tem como objetivo reduzir a peregrinação das gestantes ao parto e diminuir as iniquidades em saúde e redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2007, 2011).

No que tange a utilização do ácido fólico e do sulfato ferroso durante a gravidez entre as gestantes avaliadas, mais da metade teve acesso a este serviço na rede SUS da RMR e capital. Outros estudos também identificaram o uso adequado dessas medicações, mesmo em populações com baixa renda, deduzindo que tais procedimentos estão incorporados à rotina profissional, mesmo que nenhum deles tenha atingido a totalidade (CARVALHO et al., 2016; TOMASI et al., 2017).

Outro problema verificado no estudo, esteve associado ao esquema vacinal, a maioria das adolescentes entrevistadas não tinham o esquema vacinal completo. Esta realidade encontrada é preocupante e demonstra falhas na busca ativa dessas gestantes e no acompanhamento pré-natal, visto que, as vacinas estão disponíveis de forma gratuita em toda rede SUS. A falta de educação em saúde também encontrada no presente estudo pode estar associada ao desconhecimento por parte da adolescente sobre a relevância dessas vacinas no controle de doenças e transmissão vertical para o feto.

Um estudo realizado com gestantes encontrou baixos percentuais de calendário vacinal completo, e relaciona o achado ao início tardio do pré-natal que dificulta algumas intervenções que precisam de intervalos pré-determinados para sua efetivação (RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015). O início tardio no pré-natal foi fator prevalente no presente estudo, e também pode estar associado ao baixo índice de cobertura vacinal encontrado, conforme associação encontrada no estudo supracitado.

Ao analisar os procedimentos realizados durante as consultas com as gestantes, verificou-se que o peso, a aferição da pressão arterial e a altura do fundo de útero, foi superior aos demais procedimentos. No entanto, o cálculo de idade gestacional e a ausculta dos batimentos fetais não foram aferidos em mais da metade das adolescentes, sendo ainda pior, o

Índice de Massa Corporal (IMC) e Apresentação Fetal que apresentaram maiores proporções de inadequação.

Apesar do peso ter sido verificado com frequência durante as consultas, o IMC foi pouco verificado, o que pode estar relacionado com a falta de comprometimento profissional ou o desconhecimento por parte destes sobre a relevância desse cálculo para o acompanhamento adequado do ganho de peso na gestação. O adequado monitoramento desse indicador possibilita prevenir ou diminuir os agravos relacionados principalmente aos distúrbios hipertensivos, diabetes mellitus, aumento excessivo de peso que pode gerar complicações no parto, entre outros.

Ressalta-se que outros estudos encontraram dados semelhantes, acrescentando que o ganho de peso na gestação também implica no acompanhamento do crescimento fetal e aos outros fatores fisiológicos da gravidez, podendo alertar para complicações obstétricas como macrossomias, crescimento intrauterino restrito e outras patologias gestacionais (CARVALHO et al., 2016; COELHO et al., 2015; SIQUEIRA et al., 2017).

Os reduzidos registros referentes a apresentação fetal encontrados nesse estudo, podem ser justificados com o achado no estudo de Coelhos et al. (2015), que associou a redução deste procedimento ao despreparo técnico para a realização do exame obstétrico, desvalorização desse procedimento, ou até mesmo a facilidade de avaliar a apresentação fetal por meio dos exames de ultrassonografias, que de fato, foi um dos exames mais realizados no presente estudo.

A ausculta fetal não foi realizada de forma adequada na maioria das gestantes do estudo, sendo este, um dos principais procedimentos durante as consultas de pré-natal para identificar anormalidades nos batimentos cardíacos do feto, que podem indicar sofrimento fetal e outros. Realidade preocupante, uma vez que sua relevância já está bem estabelecida durante as consultas. No entanto, alguns estudos apontam que a redução ou ausência desse procedimento durante as consultas estão associados a deficiências na estrutura de alguns serviços de saúde pública (COELHO et al., 2015; CARVALHO et al., 2016; QUEIROZ et al., 2015).

Ao verificar a realização dos exames laboratoriais que são essenciais para identificar, prevenir e corrigir anormalidade que possam afetar a gestante e seu conceito, identificou-se que foi reduzido o número de gestantes que realizaram os exames no 1º e no 3º trimestre de gestação. Foi identificada elevada cobertura dos exames apenas no primeiro trimestre, dentre eles: glicemia de jejum, Hb/Ht, VDRL, anti-HIV, HBsAg, sumário de urina, e Toxoplasmose, estes mesmos exames no terceiro trimestre tiveram um percentual muito inferior quando

comparados ao de primeiro trimestre. Estes resultados corroboram com outras pesquisas que encontraram as maiores proporções dos exames concentradas no primeiro trimestre, caindo consideravelmente no terceiro (DANTAS et al., 2018; DOMINGUES et al., 2015; HANDE; CRUZ; SANTOS, 2014; VIELLAS et al., 2015).

A baixa cobertura dos exames de terceiro trimestre esteve relacionada principalmente aos testes de HIV, sífilis e hepatite B, implica em faltas graves que devem ser revistas pelos gestores do Recife e RMR, uma vez que, são disponibilizados os testes rápidos desses agravos, cabendo aos profissionais da rede realizar busca ativa dessas gestantes para realização dos mesmos na própria unidade de saúde e em tempo hábil.

Problemas relacionados a falta desses exames no terceiro trimestre, têm preocupado o campo científico, pois é uma falha que impacta diretamente na prevenção e tratamento precoce desses agravos, comprometendo o controle da transmissão vertical do HIV e a erradicação da sífilis congênita, que ainda são um desafio na saúde pública no país (CARVALHO et al., 2016; POLGLIANE et al., 2014; QUEIROZ et al., 2015).

Os exames mais realizados foram o fator ABO + Rh e a ultrassonografia Obstétricas, corroborando com outros estudos que consideram esses exames como uma prática já incorporada à rotina de pré-natal, apesar de nenhum exame ter atingido 100% das gestantes (DOMINGUES et al., 2015; PEREIRA et al., 2014; QUEIROZ et al., 2015).

A solicitação e interpretação adequada do resultado de todos os exames preconizados durante o pré-natal é uma importante forma de monitoração da mulher para identificação precoce de patologias que possam pôr em risco a vida da mãe e do feto, e deve está incorporado de forma satisfatória na assistência pré-natal. No entanto, cabe aos gestores disponibilizar meios para que os mesmos sejam realizados por todas as gestantes nos serviços públicos, visto que, grande parte da população que utiliza a rede SUS do país estão inseridas nos grupos de menor renda, como demonstra os resultados do presente estudo.

No que se refere ao cartão da gestante, sua completitude foi avaliada como inadequada na maioria dos casos. A ausência de registros neste documento, dificulta o atendimento da gestante em outras unidades de atendimento que necessitam de uma referência dos dados da gestação atual para definir condutas e direcionar o atendimento ao trabalho de parto e parto, uma vez que os parâmetros do pré-natal são essenciais para admissão em unidades de assistência ao parto com enfermeiros obstetras.

Outros estudos que avaliaram o cartão da gestante, encontraram valores superiores de completitude, chegando a 80% o percentual de inadequação (COELHO et al., 2015; SANTOS et al., 2012). Ressalta-se que, este instrumento de registro é também utilizado para

comunicação entre os diversos profissionais de saúde, devendo portanto, ser preenchido de forma adequada no início do pré-natal, complementados a cada consulta, e completando-se com os dados do parto e pós-parto (BRASIL, 2012, 2014; SOUSA et al., 2016).

A assistência pré-natal entre as adolescentes que realizaram o pré-natal na rede SUS do Recife e região metropolitana, se mostrou com vários problemas relacionados à sua adequação quando relacionada as recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, rede cegonha e cadernos de atenção básica. Principalmente nos quesitos, início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde para realização no terceiro trimestre gestacional.

Estes resultados Corroboram com outras pesquisas que encontraram diversas deficiências no pré-natal ofertado a gestantes adolescentes a partir da avaliação de vários critérios de adequação do pré-natal (DOMINGUES et al., 2015; SIQUEIRA et al., 2017). Esta realidade é agravada pelo fato de que tanto o pré-natal realizado de forma inadequada quanto a gestação na adolescência apresentam maiores riscos tanto para a gestante quanto para o recém-nascido (SAWYER et al., 2012).

O presente estudo identificou que apenas 22,9% das adolescentes tiveram o pré-natal classificado como adequado, um quantitativo inferior as gestantes que tiveram o início de pré-natal precoce e o número de consultas. Em outras palavras, a incorporação de outros parâmetros dentro da avaliação do pré-natal como a realização de exames laboratoriais, orientações educativas, esquema vacinal, entre outras medidas contidas nos normativos do Ministério da saúde, muda o cenário da assistência quanto a sua adequabilidade.

Essa situação não difere dos estudos realizados com a mesma temática, que ao incorporar outros parâmetros para avaliar a assistência pré-natal, obtiveram uma redução da porcentagem de adequabilidade, independentemente da situação econômica da gestante (CARVALHO et al., 2016; DOMINGUES et al., 2015). O estudo de Viellas et al. (2015) identificou uma porcentagem de 60,6% de adequação a partir do início do pré-natal até 12 semanas de gestação, após incorporar exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento, essa adequação passou a ser menor que 10,0%.

Outro estudo que avaliou os aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil, identificou apenas 15% de pré-natal adequado (TOMASI et al., 2017), sendo inferior ao estudo de Domingues et al. (2015) que encontrou 22% de adequabilidade, utilizando parâmetros similares. O presente estudo aponta para uma grave iniquidade relacionada à idade das gestantes, pois além dos dados apresentados acima,

sistematicamente as adolescentes estão com os mais baixos índices de adequabilidade quando comparadas a outras faixas etárias em outros estudos de avaliação (DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017).

No presente estudo, encontrou-se o risco 43% maior de uma adolescente ter um desfecho não favorável quando submetida a um pré-natal inadequado. Esta situação corrobora com outros estudos que relacionam a relevância do pré-natal à redução da morbimortalidade materna e neonatal e melhores desfechos perinatais (BARBEIRO et al., 2015; BHUTTA et al., 2014; LANSKY et al., 2014).

Entres os principais desfechos maternos não desejáveis encontrados nas adolescentes do presente estudo, estão a cesariana, o parto pré-termo, a HASG e a pré-eclâmpsia. No entanto, apenas o parto Pré-termo foi associado estatisticamente a adequação do pré-natal, demonstrando que gestantes que não têm um acompanhamento de pré-natal adequado tem um risco 116% mais elevado de parir antes de 37 semanas de gestação. Esse achado reforça a necessidade de investimentos na área da assistência pré-natal dispensada às essas mulheres para prevenção do parto prematuro, que além de aumentar as chances do parto cirúrgico, traz consigo consequências neonatais relativas à prematuridade.

Em relação aos partos prematuros em gestantes adolescentes em alguns estudos destacados numa revisão de literatura, encontraram índices de 9,7% em São Gonçalo do Pará/MG; 27,0 % na periferia de São Paulo/SP, destacando ainda a relevância da quantidade e qualidade de consultas pré-natais entre as adolescentes, uma vez que, a literatura é quase unânime em assegurar que a associação da gestação na adolescência e o aspecto socioeconômico-cultural em que está inserida é fator de risco determinante para a ocorrência de prematuridade (TAVEIRA et al, 2012; SANTOS et al, 2014, TOMAZINI et al, 2016).

Os desfechos não desejáveis apresentados no atual estudo, também foram encontrados em outros estudos que avaliaram os principais motivos para internação de adolescentes, no entanto, encontraram uma proporção inferior de parto prematuro (13,5%) (FARIA; ZANETA, 2015; RIBEIRO et al., 2017; SANTOS et al., 2014).

Quanto à via de parto, os dados obtidos nesta pesquisa revelam uma preocupação em relação a quantidade de adolescentes submetidas a cesariana, sendo superior ao dobro do percentual (15%) recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ressalta-se que, apesar da cesariana quando bem indicada salvar a vida da mãe e do concepto, traz consigo maiores riscos de morbimortalidade materna. Diante da recomendação da OMS, dos dados obtidos nesta pesquisa e dos efeitos adversos associados à cesariana, é fundamental que sua

indicação seja revista nos hospitais que prestam assistência as parturientes com vistas à redução dessas taxas.

No Brasil, as políticas públicas de saúde têm demonstrado inquietação com o elevado percentual de cesarianas, chegando a 45% em algumas regiões do País, levando algumas pesquisas ao debate da cesariana sem indicação que pode resultar em morte materna (BRASIL, 2013; NASCIMENTO et al., 2013; SANTOS et al., 2018).

O estudo de Gama et al. (2014) que avaliou os fatores associados a cesariana em primíparas adolescentes, ressaltou sua preocupação com o percentual de 38,5% de cesarianas encontrado, inferindo que além dos riscos inerentes a cirurgia, os efeitos negativos do parto cirúrgico nesse público, ainda pode comprometer o futuro reprodutivo dessas adolescentes com a realização de sucessivas cesarianas nas gestações posteriores.

O alto percentual de pré-eclâmpsia e a hipertensão arterial sistêmica gestacional presentes entre as adolescentes entrevistadas, é um achado preocupante e que deve ser detectado de forma precoce para acompanhamento e tratamento adequado com equipe multiprofissional. Torna-se imprescindível o início do pré-natal precoce e a educação em saúde com informações sobre os sinais de alerta durante a gestação, de forma a auxiliar as gestantes detectar sinais de risco e procurar as unidades de saúde precocemente, reduzindo os danos causados por este agravo.

As síndromes hipertensivas são a primeira causa de morte materna no Brasil e determinam o maior número de óbitos perinatais. A hipertensão arterial na gestação também está ligada ao risco significativamente aumentado para parto pré-termo, recém-nascido com baixo peso ao nascer e desfechos perinatais desfavoráveis (BRASIL, 2016; MOURA et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

O desfecho materno não desejável relacionado à sífilis e o HIV detectados no momento do parto e portanto sem tratamento prévio, é um achado que independente do seu percentual deve ser motivo de preocupação e reflexão para os casos ainda existentes de transmissão vertical dessas afecções. Ressalta-se que o MS disponibilizou testes rápidos de sífilis, hepatites e HIV para todo o estado de Pernambuco, bem como, disponibilidade do tratamento, acompanhamento e controle da transmissão vertical.

No presente estudo, provavelmente como consequência dos casos maternos de sífilis não tratados, foram detectados casos de sífilis congênita que pode causar diversos problemas físicos para o recém-nascido, além de submetê-los a um longo período de internamento para instituição da antibioticoterapias, que além do retardo do binômio mãe e filho ao convívio familiar, acarreta maiores custos para o SUS.

Ressalta-se ainda a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços da rede SUS ofertados às estas mulheres, que tiveram uma diminuição significativa da realização do exame para detecção dessa patologia, o VDRL após a 30ª semana, sendo um fator preocupante, tendo em vista a gravidade dessa doença e suas repercussões na saúde materno-infantil.

A incidência da sífilis congênita configura-se como um importante indicador da qualidade da atenção materno infantil, por ser uma das principais morbidades relacionadas ao óbito perinatal. A prevenção da sífilis congênita é realizada apenas durante o acompanhamento pré-natal, com a instituição do tratamento adequado com penicilina que é capaz de prevenir 97% dos casos de transmissão vertical (DOMINGUES et al., 2015).

A utilização de testes com resultado imediato que podem ser realizados na própria unidade de saúde, foram instituídos para melhorar o acesso à testagem da sífilis, instituir o tratamento precoce e reduzir os casos de sífilis congênitas e dos óbitos fetais (DOMINGUES; LEAL, 2016).

O óbito fetal e as internações neonatais foram os únicos desfechos não desejáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a adequação do pré-natal no presente estudo. A assistência pré-natal quando realizada de forma adequada é capaz de prevenir ou reduzir os internamentos neonatais e os óbitos fetais, pois é através da detecção precoce e tratamento oportuno de morbidades maternas que interferem diretamente na vitalidade fetal que esses desfechos serão evitados.

Além do óbito fetal e dos internamentos identificados, observa-se ainda a elevada frequência de baixo peso dos recém-nascidos entre as mães adolescentes, que podem ser reflexos da ausência do acompanhamento de peso gestacional identificados no presente estudo, bem como, do alto percentual de partos prematuros. As internações neonatais supracitadas, também podem estar interligadas ao baixo peso ao nascer, uma vez que, esses neonatos necessitam de cuidados especiais.

Esses achados neonatais têm sido associados na literatura principalmente as doenças hipertensivas na gravidez, prematuridade, às gestantes adolescentes e ao acompanhamento ineficaz da assistência pré-natal. Ressaltando ainda o papel dos serviços de saúde em direcionar esforços no seguimento da gestante, associado à educação voltada para as gestantes adolescentes para que sintam-se preparadas e aptas para detectar de forma precoce e enfrentar o tratamento das morbidades adquiridas no período gestacional (MOURA et al., 2018; QUEIROZ et al., 2014).

Quanto à amamentação na primeira hora de vida, verificou-se que mais da metade das adolescentes ouvidas não amamentaram seus recém-nascidos na primeira hora. Esta situação encontrada traduz as falhas existentes nos serviços de saúde no preparo e auxílio do aleitamento materno.

Ao observar os percentuais dos recém nascidos (RN) que foram submetidos ao internamento, fato que impossibilita na maioria das vezes a amamentação na primeira hora, nota-se que é um percentual muito inferior aos que não amamentaram, demonstrando que a não amamentação precoce deve estar mais associada ao à falta de iniciativa da equipe que assiste ao parto, ao despreparo e falta de empoderamento das adolescentes durante o pré-natal quanto a importância do leite materno na primeira hora de vida do neonato.

O Ministério da Saúde preconiza o favorecimento do aleitamento materno exclusivo (AME) na primeira hora pós-parto por auxiliar na redução das taxas de mortalidade infantil. Esta medida é considerada de baixo custo e de boa efetividade, além de se associar a uma duração prolongada do aleitamento materno (ESTEVEZ et al., 2014).

Outros estudos encontraram percentuais entre 16% e 31% de aleitamento na primeira hora, evidenciando ainda que as mães mais jovens apresentam-se menos confiantes para a prática da amamentação, e que esta, quando realizada imediatamente após o nascimento traz maiores benefícios para o binômio do que se o bebê fosse amamentado horas após seu nascimento (BELO et al., 2014; ROCHA et al., 2017; VIEIRA et al., 2015).

Contudo, é importante inferir que a gestação na adolescência não é o único fator de risco que determina as complicações maternas e neonatais, existem outros fatores associados aos determinantes sociais e o acompanhamento pré-natal, incluindo acesso aos serviços de saúde que determinam o desfecho materno e neonatal ao findar o ciclo gravídico puerperal. Neste contexto, torna-se fundamental políticas de saúde que minimizem as iniquidades sociais, e equipes de saúde capacitadas para prestar uma adequada assistência de pré-natal em todos os níveis de atenção à saúde da mulher.

Ressalta-se que não se pode deixar de lado a possibilidade da ocorrência de viés comuns à aplicação de questionários, ainda que minimizado graças à apresentação do cartão da gestante e do prontuário avaliado durante a entrevista de todas as adolescentes participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o pré-natal realizado na cidade do Recife e Região Metropolitana independentemente do nível de complexidade apresentou reduzido percentual de adequação. Uma das principais discussões referentes aos prejuízos advindos de um pré-natal inadequado foi sua associação com os desfechos maternos e neonatais não desejáveis, mostrando que a gravidez na adolescência associado ao acompanhamento gestacional ineficaz, traduz no aumento principalmente de partos prematuros, internamentos neonatais e óbitos fetais.

As adolescentes ouvidas apresentaram alta vulnerabilidade social e gravidezes não planejadas, que muitas vezes implicam negativamente no acompanhamento contínuo e na adoção de hábitos saudáveis durante a gestação, para minimizar essas complicações. Os achados apresentados neste estudo chamam atenção para reorientação do atendimento integrado e integral entre os níveis de atenção, atendendo às diretrizes do SUS e a todas as orientações instituídas pelos normativos do MS no que tange a assistência pré-natal.

Os resultados possibilitarão subsidiar à comunidade técnico-científica no incentivo de atividades educativas no pré-natal com a finalidade de empoderar as gestantes quanto a importância do planejamento familiar, saúde sexual, saúde reprodutiva e do acompanhamento pré-natal precoce, tornando-as pró-ativas e ajudando assim, a evitar possíveis complicações que terão impactos não somente na vida das adolescentes, mas também na mortalidade materno infantil e na saúde pública.

Outros estudos utilizando-se as abordagens metodológicas quantitativa e qualitativa, que possibilitem a inclusão de outras dimensões e diferentes sujeitos implicados no desenvolvimento dos cuidados pré-natais, devem ser desenvolvidos no sentido de aprofundar a compreensão de um fenômeno tão complexo.

A definição das subdimensões utilizadas no estudo considerando os diversos aspectos assistenciais, clínicos, e de educação em saúde, constituiu em uma abordagem metodológica apropriada para uma avaliação mais abrangente da atenção pré-natal, não reduzida somente ao quantitativo de consultas e início precoce da assistência, o que teria resultado em um cenário de maior adequação, mascarando a realidade e complexidade em que estão envolvidos os cuidados prestados.

7 REFERÊNCIAS

- ARAUJO, N. B.; MANDÚ, E. N. T. Production of meanings among adolescents about self care during the pregnancy. Interface, Botucatu, v. 20, nº 57, p. 58-80, 2016.
- ANDRADE, P. R. et al. Enfrentando uma experiência difícil mesmo com apoio: a adolescente menor vivenciando a maternagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.36, p. 77-110, 2015.
- ALVES, E. V. G. et al. Estudo dos antecedentes perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais. Rev. Enferm. Cent. O. Min, Minas Gerais, v. 3, p. 1300-1309, 2014.
- BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care. Rev. Latino-americana de Enferm, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.108-114, 2014.
- BARRETO, C. N. et al. Prenatal care in the voice of pregnant women. Rev. enferm UFPE, Recife, v. 7, n. 6, p. 54– 63, 2013.
- BARRETO, M. S.; MATHIAS, T. A. F. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. Rev Rene, Nordeste, v. 14, n. 3, p. 639-648, 2013.
- BATISTA, C. B.; CARVALHO, M. L.; VASCONCELOS, A. G. G. Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. J Pediatr (Rio J), Brasil. v. 94, n. 3, p. 293-299, 2017.
- BARBEIRO, F.M.S.; FONSECA, S.C.; TAUFFERI, M.G. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública, São Paulo. v. 49, n. 6, p. 49:22, 2015.
- BELO, M.N.M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. v.14, n. 1, p. 65- 72, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 112-114, 2000.
- BERNARDES, A.C.F. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. Bmc Pregnancy And Childbirth, London, v. 14, n. 1, p.1-15, 2014.
- PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1067, de 04 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 25, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1459, de 24 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – Sus, A Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (manual técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. 4. ed. Brasília: Universidade Estadual do Ceará, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: Indicadores de natalidade. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: óbitos maternos 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012.

BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BRITO, C.N.O. et al. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 33, p. 0034-8910, 2015.

BHUTTA, Z.A. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost?. *Lancet*, Issue, v. 384, n. 26, p. 384(9940):347-70, 2014.

CARVALHO, R.A.S. et .al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol.Serv.Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 271-280, 2016.

CAMINHA, N.O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. São Paulo: Hucitec, 1997.

COÊLHO, T.T.G. Et al. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. R bras ci Saúde, Brasília, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015.

CESAR, J.A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p.985-994, maio 2011.

DANTAS, D.S. et al. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Rev enferm UFPE, Recife, v. 12, n. 5, p. 1365-71, 2018.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Inadequacy of prenatal care in underprivileged parts of the Northeast of Brazil: prevalence and some associated factors. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 13, n. 2, p.101-109, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.425-437, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Pública, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 0102-311, 2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

ENDERLE, C.F. et al. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 12, n. 4, p.383-394, 2012.

ESTEVES, T.M.B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. Rev Saude Publica, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 697-708, 2014.

FERNANDES, R.F.M. et al. Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. Texto Contexto Enferm. Santa Catarina, v. 24, n. 1, p. 6-80, 2015.

FERNANDES, M.M.S.M et al.Fatores de riscos associados à gravidez na adolescência. Rev Enferm UFPI, Piauí, v. 6, n. 3, p. 8-53, 2017.

FERREIRA, E.B. et al. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. J. res.: fundam. care. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1571-1579, 2014.

FESCINA, R.H. et al. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS. 3.ed. Montevideo: CLAP, SMR, 2011.

GAMA, S.G.N. et al. Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 30, p. 117-127, 2014.

HANDELL, I.B.S.; CRUZ, M.M.; SANTOS, M.A. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. Epidemiol. Serv. Saúde. vol.23, n.1, p.101-110, 2014.

HOFMEYR, G.J.; HODNETT, E.D. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial — Comentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. Reprod Health. v. 12, n. 3 p. 10-20, 2013.

KASSAR, S.B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 89, n. 3, p.269-277, jun. 2013.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.1, 2014.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Fundamentos de Metodologia Científica - 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.1, 2017.

MALTA, D.C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas.

MELO, E.C.; OLIVEIRA, R.R.; MATHIAS, T.A.F. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0540-0549, 2015.

MEDRONHO R. A. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MOURA, B.L.A et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 8016-8018, 2018.

NASCIMENTO, A.C. “Uma vez cesárea, sempre cesárea”? Representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

NAÇÕES UNIDAS. United Nations Population Fund. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA, 2013.

PARIS, G.F.; MARTIN, P.M.; PELLOSO, S.M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p.447-452, out. 2013.

PEREIRA, A.P.E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascido no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 59-70, 2014.

POLGLIANE, R.B. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

PRIETSCH, S.O.M. Et al. Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.10, p. 1906-26, 2011.

QUEIROZ, D.J.M.; SOARES, D.B.; OLIVEIRA, K.C.N. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, v. 28, n.4, p. 504-512, 2015

QUEIROZ, M.V.O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. Rev Rene, Nordeste, v. 15, n. 3, p. 455-62, 2014.

RESENDE, L.V.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M.C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 37, n. (4/5), p. 218-24, 2015.

RIBEIRO, J.F. et al. COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA. Rev enferm UFPE, Recife, v. 11, n. 7, p. 2728-35, 2017

ROCHA, L.B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. Rev Med Saude, Brasília, v. 6, n. 3, p. 384-394, 2017.

ROSA, C.K. et al. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SANTOS NETO, E.T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1650-1662, 2012.

SAAVEDRA, J.S.; CESAR, J.A. Uso de diferentes criterios para la evaluación de la inadecuación del cuidado prenatal: un estudio de base poblacional en el extremo Sur de Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p. 201-311, 2015.

SANTOS NETO, E.T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1650-1662, 2012.

SANTOS, N.O. et al. A gravidez na adolescência na favela Sururu de Capote em Maceió, Alagoas. Psicol Hosp, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 45-64, 2014.

SANTOS, L.A.V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 617-625, 2018.

SAWYER, S.M. et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet, Issue, v. 28, n. 379, p. 1630-40, 2012.

SILVA, E.P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 13, n. 1, p.29-37, mar. 2013.

SILVA, A.L.S.; ALMEIDA, L.C.G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. Rev Eletrôn Atualiza Saúde, Goiana, v. 2, n. 2, p. 07-19, 2015.

SIQUEIRA, S. et al. Morbidade em recém- nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife, v.17, n.1, 2017.

SOUZA, I.A. et al. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal. Prisma.com, Portugal, V.32, n. 3, p. 127-147, 2016.

SOUZA, M.L. et al. Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. Rev Esc Enferm, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318 – 23, 2010.

TAVEIRA, A.M.; SANTOS, L.A.; ARAÚJO, A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. Rev Enferm. Cent. O. Min, v. 2, n. 3, p. 326-336, 2012.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p. 20-40, 2017.

THOMAZINI, I.F.S. et al. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. Enferm. glob. v.15, n. 44, 2016.

VALENTE, M.M.Q.P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. Rev Rene. Nordeste, v. 14, n. 2, p. 280-9, 2013.

VELOSO, L.U.P; MONTEIRO, C.F.S. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 433-41, 2013.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 85-100, 2014.

VIELLAS, E.F. et al. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n.5, p.1003-1014, 2015.

VIEIRA, G.O. et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. J Pediatr Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-277, 2015.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p. 85-S100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA. E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 312-319. 2012.

VOGEL, J.P. et al. Millennium development goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child, Europa, v. 100, n. 1, p. 43-47, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva, 2015.

APENDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA

Prezado Usuária do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência da assistência pré-natal de gestantes adolescentes atendidas no âmbito do SUS em Recife-PE, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido na maternidade. A entrevista será realizada em local e momento que sejam adequados à senhora.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- ♣ Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- ♣ Sua participação nesta pesquisa levará cerca de 10 minutos.
- ♣ As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder ao questionário.
- ♣ Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada na rede de saúde no território do Recife.
- ♣ Há o risco de constrangimento ao participante em responder o questionário. Você pode se sentir incomodado com algumas perguntas, porque as informações coletadas tratam sobre o atendimento recebido na unidade. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que venham a lhe constranger.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Michelle Ingrid Cavalcante da Silva, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 99856 7036 ou através do e-mail: Michelleenfermeira@hotmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07 às 11:30hs (manhã) e 13:30 às 16hs (tarde).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da entrevistada

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIAS NA PESQUISA

Prezado Usuária do Sistema Único de Saúde:

Gostaria de convidar adolescente a qual o senhor (a) está acompanhando para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência da assistência pré-natal de gestantes adolescentes atendidas no âmbito do SUS em Recife-PE, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

A participação da adolescente nesta pesquisa consistirá em responder um questionário aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido na maternidade. A entrevista será realizada em local e momento que sejam adequados.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- ♣ A participação da adolescente nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- ♣ A participação da adolescente nesta pesquisa levará cerca de 10 minutos.
- ♣ As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação da adolescente. O nome dela não será relacionado às respostas que ela fornecer quando responder ao questionário.
- ♣ Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido a ser prestada na rede de saúde no território do Recife.
- ♣ Há o risco de constrangimento ao participante em responder o questionário. Ela pode se sentir incomodado com algumas perguntas, porque as informações coletadas tratam sobre o atendimento recebido na unidade. Assim ela pode escolher não responder quaisquer perguntas que venham a lhe constranger.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Michelle Ingrid Cavalcante da Silva, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 99856 7036 ou através do e-mail: Michelleenfermeira@hotmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07 às 11:30hs (manhã) e 13:30 às 16hs (tarde).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da entrevistada

APENDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES E OS
DESFECHOS MATERNO E NEONATAL NO RECIFE-PE**

| IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA | |
|--|---|
| DATA: / / | HORA: : |
| ENTREVISTADOR: <input type="text"/> | CÓDIGO DA USUÁRIA: <input type="text"/> |
| UNIDADE QUE REALIZOU PN: <input type="text"/> | Nº DO QUESTIONÁRIO: <input type="text"/> |
| Hospital 2. ESF 3. Hospital e ESF | Data da Digitação: / / |

| DADOS PESSOAIS | |
|---|----------------------|
| 1- Nome: _____ | |
| 2- Idade: _____ | |
| 3- Cidade de Residência: _____ | |
| 4- Cidade onde realizou o pré-natal: _____ | |
| 5- Local de residência: (1) urbana (2) Rural | <input type="text"/> |
| 6 – Saneamento básico: (1) sim (2) Não | <input type="text"/> |
| 7- Escolaridade: (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Médio incompleto (4) Médio completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo (7) Pós-graduada (8) Nenhuma | <input type="text"/> |
| 8- Renda mensal: (1) até 1 salário mínimo (2) > de 1 salários mínimos (3) ≥ 3 salários mínimos. | <input type="text"/> |
| 9- Benefício social: (1) sim (2) não | <input type="text"/> |
| 10- Cor declarada: (1) Branca (2) parda (3) negra (4) indígena | <input type="text"/> |
| 11- Situação conjugal: (1) Solteira (2) casada (3) viúva (4) união estável | <input type="text"/> |
| 12- Quantos filhos tem? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) >3 | <input type="text"/> |
| 13- Quantas gestações teve? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) >3 | <input type="text"/> |
| 14- Teve algum aborto? (1) Não (2) 1 (3) 2 (4) ≥3 | <input type="text"/> |

| REGISTROS NO CARTÃO DA GESTANTE | |
|--|---|
| Identificação | |
| 1 | Nome: (1) presente (2) ausente |
| 2 | Endereço: (1) presente (2) ausente |
| 3 | Município: (1) presente (2) ausente |
| 4 | Cadastro no SisPrenatal: (1) presente (2) ausente |
| 5 | Idade: (1) presente (2) ausente |
| 6 | Grau de instrução: (1) presente (2) ausente |
| 7 | Estado civil: (1) presente (2) ausente |
| Agendamento | |
| 8 | Data: (1) presente (2) ausente |
| 9 | Hora: (1) presente (2) ausente |
| 10 | Nome do profissional: (1) presente (2) ausente |
| Antecedentes Pessoais | |
| 11 | Infecção urinária: (1) presente (2) ausente |
| 12 | Infertilidade: (1) presente (2) ausente |
| 13 | Diabetes: (1) presente (2) ausente |
| 14 | Hipertensão crônica: (1) presente (2) ausente |
| 15 | Cirurgia pélvico-uterina: (1) presente (2) ausente |
| 16 | Outros: (1) presente (2) ausente |
| Antecedentes Obstétricos | |
| 17 | Gesta: (1) presente (2) ausente |
| 18 | Abortos: (1) presente (2) ausente |
| 19 | Partos: (1) presente (2) ausente |
| 20 | Vaginais: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 21 | Cesáreas: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 22 | Nascidos mortos: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 23 | Nascidos vivos: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 24 | Vivos atualmente: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 25 | Morreram na 1ª semana: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 26 | Morreram depois de 7 dias: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |
| 27 | Data da última gestação: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica |

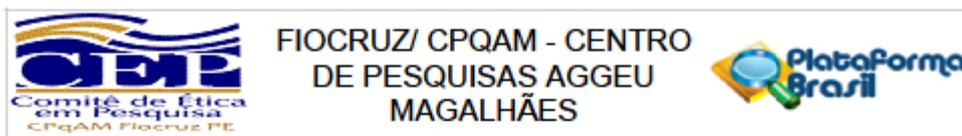
| | | |
|-----------------------|--|--|
| 28 | RN pesou menos de 2.500g: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica | |
| 29 | Nasc. com maior peso: (1) presente (2) ausente (3) Não se aplica | |
| Gravidez Atual | | |
| 30 | Peso anterior: (1) presente (2) ausente | |
| 31 | Estatura: (1) presente (2) ausente | |
| 32 | DUM: (1) presente (2) ausente | |
| 33 | DPP : (1) presente (2) ausente | |
| 34 | Data: (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 35 | Idade gestacional: (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 36 | IG da primeira consulta: (1) ≤ 12 s (2) 13 – 28 s (3) > 28 s | |
| 37 | Peso (kg): (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 38 | IMC: (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 39 | Pressão arterial (mmHg): (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 40 | Altura uterina: (1) ≥ 5 (2) 3-4 (3) < 3 (4) ausente | |
| 41 | BCF : (1) ≥ 5 (2) 3-4 (3) < 3 (4) ausente | |
| 42 | Apresentação: (1) ≥ 2 (2) 1 (3) ausente | |
| 43 | Ass. do profissional: (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 44 | Número de consultas: (1) > 7 (2) 4-7 (3) < 3 | |
| Exames | | |
| 45 | Hb-Ht: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 46 | Glicemia de jejum: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 47 | VDRL: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 48 | Urina : ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 49 | Urocultura: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 50 | ABO-RH: (1) 1 (2) ausente | |
| 51 | UGS: (1) 1 (2) ausente | |
| 52 | Anti-HIV: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 53 | HBsAg: ausente (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) | |
| 54 | Toxoplasmose, IgM e IGG: (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) ausente | |

| | | |
|-----------------|---|--|
| 55 | Coombs Indireto (Rh -): (1) 1 e 3 trimestre (2) 1 trimestre apenas (3) 3 trimestre apenas (4) ausente (5) Não se aplica | |
| 56 | Citologia Oncótica : (1) fez e está no cartão (2) Não fez (3) fez e não está no cartão | |
| 57 | Teste de tolerância oral a glicose: (1) fez e está no cartão (2) Não fez (3) fez e não está no cartão | |
| Gráficos | | |
| 58 | Gráfico Nutricional: (1) ≥ 6 (2) 3-5 (3) < 3 (4) ausente | |
| 59 | Gráfico de AFU: (1) ≥ 5 (2) 3-4 (3) < 3 (4) ausente | |
| Vacinas | | |
| 61 | dT: (1) 1 dose (2) 2 doses (3) 3 doses (4) não fez | |
| 62 | dTpa: (1) 1 dose (2) não fez | |
| 63 | Hepatite B: (1) 1 dose (2) 2 doses (3) 3 doses (4) não fez | |
| 64 | Influenza: (1) 1 dose (2) não fez | |
| 65 | Classificação do risco Gestacional: (1) Sim (2) Não/ | |

| DADOS DO PRONTUÁRIO | | |
|----------------------------|---|--|
| 66 | Aborto: (1) sim (2) não | |
| 67 | IG do Parto: (1) Pré-termo (2) Termo (3) Pós-termo | |
| 68 | Tipo de parto: (1) Parto vaginal (2) Cesariana | |
| 69 | Complicações e intercorrências obstétricas no parto e pós-parto: (1) Pré-eclâmpsia (2) eclampsia (3) diabetes descompensada (4) HIV positivo sem detecção precoce (4) Hepatite B reagente sem detecção precoce (5) sífilis no parto (6) Infecção de urina no parto (8) HASG (9) outras _____ (10) não houve | |
| 70 | Apgar 1º: (1) < 5 (2) 5-7 (3) > 7 | |
| 71 | Apgar 5º: (1) ≤ 5 (2) < 7 (3) > 7 | |
| 72 | Recém-nascido pesou ao nascer: (1) $< 2.500g$ (2) 2.500-3.999g (3) ≥ 4.000 | |
| 73 | Intercorrências neonatais no parto e pós-parto: (1) Reanimação (2) sífilis congênita (3) internamento em UTI/berçário (4) mal formação diagnosticada no parto, podendo ser identificada durante a gestação (5) óbito fetal (6) Não houve | |

| QUESTIONÁRIO | |
|--------------|--|
| 74 | Sua Gravidez foi planejada? (1) Sim (2) não |
| 75 | Você teve dificuldade para marcar a primeira consulta de pré-natal? (1) Não (2) Pouca (3) Muita |
| 76 | Suas mamas foram avaliadas durante alguma consulta? (1) Sim (2) não |
| 77 | Teve consulta com médico e enfermeiro? (1) Enfermeiro (2) médico (3) (médico + enfermeiro) quantas? médico ____ Enfermeiro ____ obs. (olhar no cartão) |
| 78 | Durante as consultas você teve quantas atividades educativas? (1) >2 (2) ≤ 2 (3) Nenhuma |
| 79 | Quais palestras educativas você assistiu ou foi convidada a participar? (1) importância do pré-natal (2) Direitos das gestantes (3) modificações no corpo materno (4) sinais de alerta (5) parto normal (6) aleitamento materno (7) outros (8) não lembra (9) Não se aplica |
| 80 | As palestras educativas que você assistiu, conseguia compreender? (1) Bem (2) Mais ou menos (3) não entendia (4) não se aplica |
| 81 | Você tomou ácido fólico durante o início da gestação? (1) sim (2) não (3) não sabe |
| 82 | Quantos meses você tomou o ácido fólico? (1) 2 meses (2) 1 mês (3) não sabe (4) não se aplica |
| 83 | Você tomou sulfato ferroso na gestação? (1) sim (2) não (3) não sabe |
| 84 | Quantos meses você tomou Sulfato Ferroso? (1) ≥ 4 meses (2) 2-3 meses (3) não sabe (4) não se aplica |
| 85 | (Se B-24 ou Z-21) Quando descobriu? (1) antes da gestação (2) durante a gestação (3) no Parto (4) não se aplica |
| 86 | (Se durante a gestação) Foi encaminhada e realizou o tratamento? (1) sim (2) não (4) não se aplica. |
| 87 | Teve sífilis durante a gestação? (1) sim (2) não (3) não sabe |
| 88 | (Se teve sífilis) como foi o tratamento? (1) 1 dose de Penicilina B (2) 2 doses de penicilina B (3) doses de penicilina B (4) não sabe (5) Não se aplica |
| 89 | (Se teve sífilis) O parceiro foi tratado? (1) sim (2) não (3) não sabe (4) Não se aplica |
| 90 | (Se Hepatite B +) Quando descobriu? (1) antes da gestação (2) durante a gestação (3) no Parto (4) não se aplica |
| 91 | (Se durante a gestação) Foi encaminhada e realizou o tratamento? (1) sim (2) não (4) não se aplica. |
| 92 | Durante o pré-natal foi informada a maternidade referência para o parto? (1) sim (2) não |
| 93 | RN mamou quantas horas depois que nasceu? (1) na 1ª hora (2) 2 horas depois (3) >2 horas (4) não mamou |

ANEXO A – PARECER DO CEP DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E OS DESFECHOS MATERNO E NEONATAL DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM NUMA UNIDADE DE REFERÊNCIA NO RECIFE-PE

Pesquisador: Michelle Ingrid Cavalcante da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71488317.9.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.267.706

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação para o curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Fiocruz-PE. O referido projeto pretende identificar e caracterizar os cuidados prestados às adolescentes gestantes na cidade do Recife, e sua relação com os desfechos maternos e neonatais, contribuindo para a melhoria da sua qualidade da assistência prestada no SUS. Será desenvolvido um estudo avaliativo quantitativo, de corte transversal, fundados nos aspectos clássicos da avaliação normativa com enfoque no processo e resultado, para verificar a adequação da assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes que pariram numa unidade de referência no Recife-PE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS.

Objetivo Secundário:

a) Avaliar a adequação assistência pré-natal de gestantes adolescentes que pariram numa unidade referência para assistência materna infantil em

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.267.706

Fernambuco.

b) Descrever os desfechos maternos e infantis em relação à adequação da assistência pré-natal de gestantes adolescentes.

c) Analisar a relação entre a adequação do pré-natal com desfechos maternos e neonatais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco de constrangimento foi mencionado tanto no TCLE/TALE quanto na descrição do projeto. "Há risco de constrangimento ao participante em responder o questionário. Você pode se sentir incomodado com algumas perguntas, porque as informações coletadas tratam sobre o atendimento recebido na unidade de assistência pré-natal. Assim ela pode escolher não responder quaisquer perguntas que venham a lhe constranger, ou ser questionada em ambiente particular."

Foram garantidos a confidencialidade e sigilo dos dados dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e com condições de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos e declarações exigidos pelo sistema CEP/CONEP conforme Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo, portanto aprovado para sua execução.

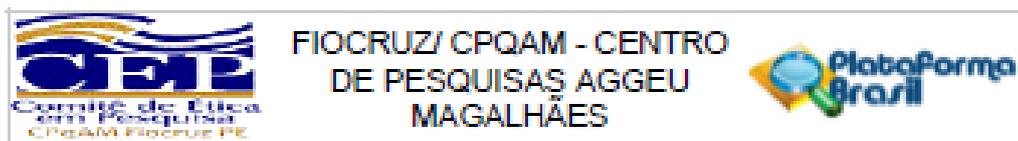
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPQAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (01)2101-2639 Fax: (01)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.267.708

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_964090.pdf | 05/09/2017 08:35:20 | | Acelto |
| Outros | anuencia.JPG | 27/07/2017 15:08:25 | Janaína Campos de Miranda | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores | equipe.JPG | 27/07/2017 15:07:43 | Janaína Campos de Miranda | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_correto.doc | 27/07/2017 15:05:05 | Janaína Campos de Miranda | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderosto.doc | 18/07/2017 21:45:01 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao.jpg | 18/07/2017 21:40:49 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEeTALE.docx | 18/07/2017 17:59:16 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetodetalhado.doc | 18/07/2017 17:56:57 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

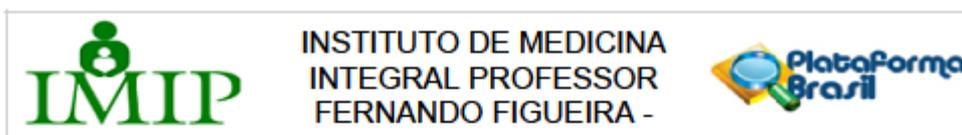
Não

RECIFE, 11 de Setembro de 2017

Assinado por:
Janaína Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO B – PARECER DO CEP DO ISNTUTUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDES FIGUEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E OS DESFECHOS MATERNO E NEONATAL DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM NUMA UNIDADE DE REFERÊNCIA NO RECIFE-PE

Pesquisador: Michelle Ingrid Cavalcante da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71488317.9.3001.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.620.677

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma resposta de pendência do projeto intitulado: "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E OS DESFECHOS MATERNO E NEONATAL DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM NUMA UNIDADE DE REFERÊNCIA NO RECIFE-PE".

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes na rede SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios forma descritos e corretamente avaliados no protocolo de pesquisa encaminhado anteriormente a este CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentou algumas fragilidades as quais forma pontuadas no parecer anterior, a saber:

Definir sobre os critérios de exclusão (se houver, definir os mesmos ou se não há, registrar que não haverá critérios de exclusão);

Corrigir período do estudo (consta de julho a outubro o período de coleta);

No TCLE e assentimento:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.620.677

substituir o termo âmbito e escrever SUS por extenso;

Esclarecer sobre a afirmação de "opinião sobre o atendimento recebido na maternidade", pois o estudo se propõe a verificar sobre o atendimento pré-natal e o instrumento relaciona-se a este fim;

Incluir no TCLE e no TALE que os participantes não terão custos ou qualquer prejuízo, decorrentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O autor encaminhou carta de encaminhamento contendo as alterações realizadas.

Todas as alterações também foram realizadas e encaminhadas em um novo projeto (corrigida) anexado nesta plataforma.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto as pendências, o autor fez a correção de todas e as encaminhou devidamente em carta resposta, assim como corrigiu no protocolo de pesquisa, reencaminhado:

o autor informa que não haverá critérios de exclusão;

Corrigiu o período de coleta para início após a aprovação deste CEP;

Todas as correções no TCLE foram realizadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_995348.pdf | 16/04/2018 21:41:56 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE.pdf | 16/04/2018 21:40:13 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Tcle.pdf | 16/04/2018 21:39:33 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Aceito |
| Outros | carta.pdf | 16/04/2018 21:39:02 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Aceito |
| Outros | sigapmichelle.pdf | 07/02/2018 08:48:47 | LAISE MARIA XAVIER DA SILVA | Aceito |

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-680

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (01)2122-4756

Fax: (01)2122-4752

E-mail: comitedeticos@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.020/077

| | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|--|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetcocorrigido.pdf | 26/01/2018 13:35:34 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Outros | cartaimip.pdf | 26/01/2018 13:33:15 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Outros | folhaderosto.pdf | 06/11/2017 15:56:56 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Outros | anuencia.JPG | 27/07/2017 15:08:25 | Janaina Campos de Miranda | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores | equipe.JPG | 27/07/2017 15:07:43 | Janaina Campos de Miranda | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_cometo.doc | 27/07/2017 15:06:06 | Janaina Campos de Miranda | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderosto.doc | 18/07/2017 21:46:01 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao.jpg | 18/07/2017 21:40:49 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEeTALE.docx | 18/07/2017 17:59:16 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projctodetalhado.doc | 18/07/2017 17:56:57 | Michelle Ingrid Cavalcante da Silva | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Prestação da CONEP:

Não

RECIFE, 25 de Abril de 2018

Assinado por:

Edvaldo da Silva Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-860

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (01)2122-4758

Fax: (01)2122-4752

E-mail: comitedeetica@imip.org.br