

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

ANA CLÁUDIA DA SILVA PASCHOAL

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ADOLESCENTES
DE UM MUNICÍPIO PAULISTA**

RIBEIRÃO PRETO
2010

ANA CLÁUDIA DA SILVA PASCHOAL

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ADOLESCENTES
DE UM MUNICÍPIO PAULISTA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni
Vieira

**RIBEIRÃO PRETO
2010**

Autorizo reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

PASCHOAL, Ana Cláudia da Silva

Avaliação da Assistência pré-natal às gestantes adolescentes de um município paulista.

105p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Vieira, Elisabeth Meloni

1. Adolescência 2. Gravidez na adolescência 3. Assistência ao pré-natal 4. Avaliação do pré-natal.

Nome: PASCHOAL, Ana Cláudia da Silva

Título: Avaliação da Assistência pré-natal às gestantes adolescentes de um município paulista.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira (orientadora)

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Deptº de Medicina Social

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Drº. André Junqueira Caetano

Instituição: Pontifícia Universidade Católica Minas
Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª. Drª. Silvana Maria Quintana

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Deptº de Ginecologia e Obstetrícia

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Dedicatória

DEDICO este estudo aos meus pais Luiza e Deraldo, pelo amor sem medida, pela educação e ensinamentos que muito me auxiliaram dando-me base necessária para vencer esta e todas as etapas que estão por vir; especialmente pelo amor e por perceber que se realizam em minhas conquistas, sonhando comigo e vibrando. Em especial, ao meu esposo Roberto, pelo incentivo e respeito nos momentos mais atribulados desta passagem. Às minhas filhas Beatriz e Bárbara, pelo carinho, atenção, incentivo e entendimento pelas horas ausentes para a concretização deste meu sonho.

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira, que me recebeu abrindo as portas da academia para que eu pudesse desenvolver um trabalho sonhado e no qual eu acreditava, pela sabedoria com que transmitiu seus conhecimentos auxiliando-me a superar as dificuldades surgidas, por ter sempre um olhar crítico para a realização deste trabalho. Obrigada pela orientação.

Ao Prof^o. Dr^o. Amaury Lelis Dal Fabbro, pelo acolhimento, oportunidade e apoio para o início desta trajetória, direcionando-me nos caminhos que deveria percorrer.

À Mônica, Carol, Solange e Tânea, que, desde meu primeiro contato com o Departamento de Medicina Social, foram sempre atenciosas e carinhosas comigo; esclarecendo dúvidas de extrema importância para a conclusão deste trabalho.

À querida amiga Dr^a Juliana Stuginski, que acreditou no meu sonho e me incentivou desde o princípio, pela cooperação valiosa.

Aos Prof^o. Dr^o. Jair Lício, Ana Flávia Gomes, Silvana M^a Quintana e André Junqueira Caetano, que participaram das bancas de qualificação e defesa, pela disponibilidade, pelas palavras de sabedoria enriquecedora e essencial para a conclusão deste trabalho e, principalmente pela oportunidade em conhecê-los e fazerem parte desta história.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Franca, em especial, Eliana Faria, Cidinha Sicaroni, Josiane e Rosane pela disponibilidade, que carinhosamente me estimularam e apoiaram, seguindo alguns de meus passos nesta empreitada. Em especial ao Dr^o Alexandre Augusto Ferreira, Secretário Municipal de Saúde, pela permissão de utilização do banco de dados SISPRENATAL, por poder contar com sua colaboração, compreensão e incentivo, sendo entendedor do significado desse trabalho à saúde pública municipal.

À Enfª Eliana Apª Fernandes, querida amiga, pelas palavras de incentivo, carinho, disponibilidade e por todo o conhecimento passado.

À Tatiana Jisselle J. R. da Silva, com quem tive a oportunidade de conviver durante um ano de estudo no Mestrado, amiga dedicada pela atenção, incentivo e cooperação incansável.

Ao meu esposo Roberto, agradeço pela paciência, apoio em todos os momentos que precisei, seja durante este trabalho ou em muitos outros, me dando força e sendo compreensivo em todas as minhas crises, fazendo-me sorrir quando tudo parecia triste.

Aos meus pais Luiza e Deraldo, por quem sinto um amor imenso e admiração, agradeço por compartilharem comigo caminhadas e escolhas importantes em minha vida, pelas palavras de apoio e conforto dadas nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Às minhas filhas Beatriz e Bárbara, por quem tenho um amor incondicional, agradeço pela sensibilidade que tiveram em entender a necessidade desta minha realização enquanto profissional, mesmo que as privando, algumas vezes, a realização materna.

Aos meus sogros Cida e Roberto, que me acolheram durante o início dessa jornada no aconchego de seu lar e por suas incansáveis orações.

À todos companheiros de turma da pós-graduação, por compartilharem seus sonhos e saberes durante a convivência no mestrado, especialmente à Alicy.

Agradeço a Deus, que na sua infinita bondade, compreendeu os meus anseios, meus momentos de desespero e aflição, deu-me a necessária coragem para atingir o meu objetivo.

Por fim, agradeço a todos, que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

DAS UTOPIAS

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

RESUMO

PASCHOAL, A. C. S. **Avaliação da Assistência pré-natal às gestantes adolescentes de um município paulista**. 2010. 105f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

Trata o presente estudo de uma avaliação da assistência pré-natal oferecida pelo serviço municipal de saúde a gestantes adolescentes, residentes no município de Franca, estado de São Paulo, para saber se esta cumpre os protocolos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 569 de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, para o atendimento da gestante em todo ciclo gravídico-puerperal. É um estudo com referencial teórico da avaliação de serviços de saúde, utilizando o indicador de processo para descrever como a assistência está sendo prestada às gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL no município de Franca (SP), nos anos de 2006 e 2007. Foram usados como ferramentas essenciais os dados estatísticos alimentados no sistema de informação, utilizando como critérios os indicadores apontados pelo Ministério da Saúde. Os resultados, nos itens priorizados para a avaliação, indicam precariedade no serviço prestado. A análise sugere que a assistência oferecida à gestante é de baixa qualidade, em particular à adolescente grávida. Nos resultados destaca-se: 81,7% das gestantes adolescentes iniciaram o acompanhamento de PN antes de 120 dias de gestação, contudo realizam-se em média 4,4 consultas durante o PN, e apenas para 32,8% delas foi cumprido o protocolo de realização de no mínimo seis consultas de PN. Quanto à distribuição da realização dos exames laboratoriais durante o PN, foi verificado que em média 77% das gestantes adolescentes tiveram exames realizados na primeira consulta e que somente 28,8% tiveram seus exames repetidos dentre a 28ª e 30ª semana de gestação. Observou-se que uma pequena parcela (6,7%) de gestante realizou a consulta puerperal antes de completarem 42 dias de pós parto e que a maioria (84,9%) se concentra na consulta puerperal após 42 dias de pós parto. Em relação à imunização contra o Tétano, foi verificado que apenas 51,9% encontrava-se imunizada ou que já havia recebido a dose de reforço da vacina Dupla adulto. A discussão em torno dessas diferenças possibilitou ao término do estudo, concernir que o município de Franca (SP), enquanto fornecedor de dados ao sistema SISPRENATAL, nos anos considerados não teve êxito. Portanto, é pertinente que se realize a avaliação do processo nos anos subsequentes bem como as ações necessárias para a melhoria deste quadro.

Palavras-chaves: Adolescência, Gravidez na adolescência, Assistência ao pré-natal, Avaliação do pré-natal.

ABSTRACT

PASCHOAL, A. C. S. **Evaluation of the Prenatal Attendance to pregnant adolescent in a town in the state of São Paulo.** 2010. 105f. Dissertation (Master) – School of Medicine. University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

The present study deals with a detailed evaluation of the prenatal attendance offered by the town service of health, to pregnant adolescents, who live in Franca, state of São Paulo. This evaluation was conducted to know if the protocols established by the “Portaria GM/MS n° 569”, of June 1, 2000, of the Ministry of Health for the pregnant woman’s service in the whole pregnancy-puerperal cycle were being fulfilled. It is a study which has a theoretical referential of the evaluation of the health service, using the process indicator in a way so as to describe how the attendance to the pregnant adolescent enrolled in the SISPRENATAL, in Franca (SP), in the years of 2006 and 2007, is being rendered. Statistic data, which was fed into the system, was used as essential tools. The indicators pointed out by the Ministry of Health were used as criteria. They indicated the precariousness of the rendered service. The analysis suggests that the assistance offered to pregnant women is of low quality, particularly to pregnant teenager. The results highlight: 81,7% of the pregnant adolescents start prenatal tracking before 120 days of gestation, however it happens 4,4 medical appointments on average during prenatal, and only for 32,8% of them it was accomplished the protocol of at least six prenatal appointments. Distribution of laboratory examinations during the prenatal showed that on average 77% of pregnant adolescents had examinations in the first appointment and only 28,8% had their examinations repeated among 28^a and 30^a week of gestation. It was noted that a small portion (6,7%) of pregnant women attended puerperal appointment before reaching 42 days of delivery and that the majority (84,9%) focuses on puerperal appointment after 42 days from delivery. Regarding to immunization against tetanus, it was noted that only 51,9% were immunized or have received the booster dose of Adult Double vaccine. The discussion around these differences allows concluding at the end of this study that the town of Franca (SP), while a data provider to the system SISPRENATAL was not successful. Therefore, it is pertinent to reevaluate the process in the following years as well as to take the necessary actions to improve the actual situation.

Key words: Adolescence, Pregnancy in adolescence, Care pregnant, Prenatal evaluation.

RESUMEN

PASCHOAL, A. C. S. **Evaluación de la Asistencia prenatal para las adolescentes embarazadas de un municipio paulista.** 2010. 105f. Disertación (Maestrado) – Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo . Ribeirão Preto. 2010.

El presente estudio trata de una evaluación detallada de la asistencia prenatal ofrecida por el Servicio Municipal de Salud a adolescentes embarazadas, residentes en el municipio de Franca, estado de São Paulo, para saber si ésta cumple con los protocolos establecidos por la 'Portaria GM/MS nº 569' del 1º de Junio de 2000, del Ministerio de Salud, para el atendimento de las embarazadas en todo el ciclo de gestación y puerperio. Es un estudio con referencial teórico de evaluación de servicios de salud, que utiliza el indicador de proceso para describir como la asistencia está siendo prestada a las adolescentes embarazadas inscriptas en el SISPRENATAL, en el municipio de Franca (SP) en los años 2006 y 2007. Fueron usadas como herramientas esenciales los datos estadísticos alimentados en el sistema de información, usando como criterios que los indicadores señalaron por el Ministério de Salud. Los resultados, en los items priorizados para la evaluación, indican la precariedad del servicio prestado. El análisis sugiere que la ayuda ofrecida a las gestantes esté de baja calidad, en particular a las embarazadas adolescentes. Em los resultados es distinguido: 81,7% de las gestantes del adolescente habían iniciado el acompañamiento del prenatal antes de 120 días de gestación, no obstante se de media 4,4 consulta durante el prenatal, y solamente para el 32,8% de él el protocolo de la realización por lo menos de seis consultas del prenatal. Quanto a la distribución de la realización de los exames de los laboratoriais durante el prenatal, el fue verificada que en promedio el 77% de las gestantes adolescentes habían tenido examen llevadas a través en la primeira consulta y que 28,8% habían tenido solamente sus examen repitió entre la semana 28ª y 30ª de la gestación. Fue observado que un fracción pequeño (6,7%) del gestante realización antes de completar la consulta puerperal antes de terminar 42 días después del parto y que la mayoría (84,9%) si de concentrados en la consulta puerperal 42 días después del parto. Em lo referente a la inmunización contra el Tétano, se encontró que fue sólo el 51,9% inmunizado o que tenido ya recibido la dosis del refuerzo de la vacuna del doble del adulto. La discusión en torno de esas diferencias posibilitó al término del estudio, a la preocupación que el municipio de Franca (SP) como proveedor de datos al sistema SISPRENATAL, en los años considerados, no tuvo éxito. Por lo tanto, es pertinente que si lleva con la evaluación del proceso em los años subsecuentes así como las acciones necesarias para la mejora de este cuadro.

Palabras claves : Adolescencia, Embarazo en la adolescencia, Asistencia al prenatal, Evaluación del prenatal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	População feminina residente por faixa etária, Franca – SP, 2006-07	50
Tabela 2 -	Distribuição das adolescentes por idade, segundo ano de gravidez, Franca – SP	58
Tabela 3 -	Distribuição das gestantes adolescentes, segundo grupo etário, Franca - SP, 2006-07	59
Tabela 4 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de dias em que iniciaram o pré-natal, Franca - SP, 2006-07.	60
Tabela 5 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de consultas realizadas no pré-natal no ano de 2006. Franca - SP	60
Tabela 6 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de consultas realizadas no pré-natal no ano de 2007. Franca – SP	61
Tabela 7 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de consultas realizadas no pré-natal nos anos de 2006-07. Franca – SP	62
Tabela 8 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização ou não do exame ABO Rh, Franca 2006-07	63
Tabela 9 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização de exames complementares de ABO Rh, Franca 2006-07	64
Tabela 10 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame complementar de VDRL na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07	65
Tabela 11 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame de Urina rotina na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07	66
Tabela 12 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame de Glicemia de jejum na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07	67
Tabela 13 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame de anti-HIV na 1ª consulta de pré-natal, Franca 2006-07	68
Tabela 14 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo as doses recebidas da vacina Dupla Adulto, Franca 2006-07	69
Tabela 15 -	Distribuição das gestantes adolescentes que receberam a 1ª, 2ª dose e reforço da vacina Dupla Adulto segundo grupo etário, Franca 2006-07	70
Tabela 16 -	Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame complementar de VDRL, Urina rotina e Glicemia repetidos na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07	71
Tabela 17 -	Distribuição das puérperas adolescentes inscritas no SISPRENATAL que realizaram consulta de puerpério com menos ou mais de 42 dias, Franca 2006-07	71

Tabela 18 - Distribuição das puérperas adolescentes cadastradas no SISPRENATAL de acordo com o ano estudado e a realização da consulta de puerpério com menos ou mais de 42 dias, Franca 2006-07.	72
Tabela 19 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e o número de dias do início do pré-natal, Franca 2006-07	73
Tabela 20 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e o número de consultas realizadas no pré-natal, Franca 2006-07.	73
Tabela 21 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o número de consultas e ano de sua realização, Franca 2006-07	74
Tabela 22 - Distribuição de adolescentes que realizaram no mínimo 6 consultas de PN segundo idade e ano de gravidez, Franca, 2006-07	74
Tabela 23 - População feminina residente por faixa etária e número de gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL, Franca, 2006-07	75
Tabela 24 - Distribuição de gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e ano, Franca – SP	75
Tabela 25 - Diferenças entre os anos de 2006 e 2007 quanto aos critérios de avaliação do pré-natal, Franca – SP	76
Tabela 26 - Nascidos vivos por tipo de parto em adolescentes, segundo ano de gravidez, Franca – SP	77
Tabela 27 - Nascidos vivos por tipo de parto em adolescentes, segundo ano de gravidez, Franca – SP	78
Tabela 28 - Indicadores de processo da assistência pré-natal e puerperal propostos pelo Programa de Humanização e Nascimento (PHPN) e obtidos no município de Franca - SP, nos anos de 2006-07.	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis utilizadas para verificação dos critérios do PHPN	54
-------------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma de envio de exportações de dados	43
Figura 2 -	Histograma da variável Idade gestacional na primeira consulta de Pré-Natal (dias).	61

LISTA DE SIGLAS

ABO	Teste para detectar o tipo sanguíneo A, B, ou O
ACIF	Associação do Comércio e Indústria de Franca
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla do inglês: Acquired Immune Deficiency Syndrome)
AZT	Zidovudina, fármaco utilizado como antiviral
BCG	Bacilo
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CICT	Centro de Informação Científica e Tecnológica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Data Provável do Parto
DPT	vacina contra Difteria, Coqueluche e Tétano
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FACEF	Centro Universitário de Franca
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FTA-Abs	Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test
GM	Gabinete Ministerial
Hb	Hemoglobina
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla originada do inglês: Human Immunodeficiency Virus)
Ht	Hematócrito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Métodos anticoncepcionais
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNPM	Plano Nacional de Política para Mulheres
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
Rh	fator Rhesus, denominado fator Rh
RN	Recém nascido
SINAN	Sistema de Informação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Informação em Saúde de Pré-natal
SIVISA	Sistema de Informações em Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal da Saúde de Franca
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	A ESCOLHA DO OBJETO DE PESQUISA	21
1.2	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	23
2	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	26
2.1	A RELEVÂNCIA DO TEMA	27
2.2	A SAÚDE REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA	30
2.2.1	O Pré-natal da adolescente	32
2.2.2	Complicações obstétricas mais freqüentes na adolescente	34
2.3	CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DA ADOLESCENTE	36
2.4	CONTEXTUALIZANDO O SISPRENATAL	39
3	OBJETIVOS	45
3.1	OBJETIVO GERAL	46
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4	MÉTODO	47
4.1	LOCAL DO ESTUDO	48
4.2	DESENHO DO ESTUDO	51
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	52
4.4	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	53
4.5	PROCEDIMENTOS	54
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	CARACTERÍSTICAS ETÁRIAS DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL	58
5.2	APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NOS DADOS DE GESTANTES ADOLESCENTES DE FRANCA 2006/2007	59
5.2.1	Início do Pré-natal	59
5.2.2	Número de consultas Pré-natal	62
5.2.3	Realização de Exames Laboratoriais	62

5.3	REPETIÇÃO DOS EXAMES	68
5.4	VACINAÇÃO CONTRA O TÉTANO	69
5.5	CONSULTA PUERPERAL.....	71
5.6	ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ETÁRIAS NOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL	72
5.6.1	DIFERENÇAS ETÁRIAS DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL.....	72
5.6.2	DIFERENÇAS ETÁRIAS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL	73
5.6.3	ANÁLISE DA DIFERENÇAS ENTRE 2006 E 2007 NOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL.....	74
5.7	TIPOS DE PARTO.....	77
5.8	AVALIAÇÃO	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXOS	100
	Anexo A Ficha de Cadastramento da Gestante no SISPRENATAL.	101
	Anexo B Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SISPRENATAL	102
	Anexo C Carta de Encaminhamento para Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	103
	Anexo D Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	104
	Anexo E Certidão de autorização da Realização da Pesquisa junto ao Município de Franca (SP).....	105



1. INTRODUÇÃO

1.1 A escolha do objeto de pesquisa

O melhor investimento que a sociedade pode realizar para o futuro é colaborar para que seus adolescentes venham a se desenvolver de forma saudável e plena. A adolescência é, ao mesmo tempo, período de descobertas e também de grande vulnerabilidade, com necessidades, potencialidades e vivências próprias, abrangendo aspectos da convivência social adulta, inclusive sexualidade e reprodução, os quais devem ser vividos de forma plena com todos os direitos e responsabilidades a eles inerentes.

O envolvimento profissional com os adolescentes, tanto na assistência como no ensino sempre constituiu uma área de meu interesse, pois esta é uma fase de descobertas, inovações, desenvolvimento de padrões de comportamento e preparação para o futuro. A possibilidade da existência de uma lacuna entre o fazer da equipe de saúde e as reais necessidades dos adolescentes, principalmente no que diz respeito às ações para controle da vida reprodutiva, sempre foi uma inquietação. Essa inquietação levou-me a ministrar, nos últimos anos, palestras em escolas sobre métodos contraceptivos e sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST).

No entanto, julgando a experiência prática ainda insuficiente para compreender com clareza a realidade dos adolescentes e suas necessidades, em 2004, realizei o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, desenvolvendo a monografia intitulada: *“Gravidez na Adolescência: Implicações Sociais e Psicológicas”* (PASCHOAL, 2006).

Na ocasião desempenhava atribuições em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em um bairro da periferia na cidade de Franca, interior de São Paulo, a qual mesclava atividades gerenciais e assistenciais. A prática diária permitiu-me constatar um aumento significativo de adolescentes que procuravam essa unidade a fim de realizar o acompanhamento pré-natal.

Objetivou-se naquele estudo compreender a gravidez em adolescentes, traçando o perfil das adolescentes grávidas daquela UBS, verificando os motivos que as levaram a procurar a UBS e analisar o papel da família diante da gravidez e sua influência sobre a autoestima das adolescentes.

Com aquele estudo pude compreender que a gestação para uma adolescente, muitas vezes, torna-se um projeto de vida, sem que ela imagine as responsabilidades implicadas em sua decisão. Além disso, também foi possível verificar que a gestação na adolescência faz parte do cotidiano de muitas delas, pois a grande maioria são filhas de mulheres que engravidaram na adolescência ou tinham irmãos que passaram por essa experiência.

Embora haja uma preocupação dos serviços de saúde pública com essas gestantes, muitos profissionais ainda não estão devidamente capacitados em atendê-las, levando a um atendimento com pouca ênfase às reais necessidades dessas adolescentes.

Em condições ideais, a avaliação pré-natal começa quando a gestante procura um serviço de saúde para confirmar a suspeita de gravidez e iniciar a assistência pré-natal. Essa assistência deverá ser desempenhada de forma preventiva, tendo como objetivos: assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; prevenir complicações na gestação ou parto; identificar, tratar e controlar patologias; reduzir os índices de morbi-mortalidade materna e fetal. A avaliação deverá ser de forma constante e regular durante todo o período pré-natal, buscando sempre a identificação da classificação de risco desta gestante, e seu encaminhamento quando necessário.

Atualmente existe uma crescente busca para a avaliação do processo do desempenho dos serviços de saúde, visando apontar carências relacionadas à identificação da demanda reprimida e caracterização do padrão de utilização dos serviços, bem como remetendo à elaboração de um melhor planejamento nesta área, em função de seus custos e aumento de demanda.

O acesso aos serviços de saúde é um conceito que incorpora várias dimensões, sendo ele mesmo uma dimensão da qualidade. Visando mensurar a adequação, oportunidade dos serviços ofertados e as barreiras que possam dificultar a utilização do serviço demandado direta ou indiretamente pelo usuário. A avaliação tem sido amplamente discutida na tentativa de organizar e facilitar o desenvolvimento de ações nos serviços de saúde (TANAKA; CÉSAR, 1996).

A gravidez na adolescência é um fenômeno bastante complexo, conforme relato de várias literaturas (BRASIL, 1999a; ALENCAR, GOMES, 2008; BOCARDI, 2004), e seu pré-natal deve ser avaliado e monitorado.

De forma que, apoiando-se nesta necessidade desenvolveu-se o presente estudo de avaliação do pré-natal de gestantes adolescentes, utilizando-se para isso o sistema de informações implantado pelo Ministério da Saúde: o SISPRENATAL.

Os dados foram compilados, objetivando avaliar o atendimento de pré-natal através das informações expressas no banco de dados do SISPRENATAL. A implantação e uso de um sistema de informação nacional como fonte de dados de saúde é fundamental para a avaliação e monitoramento de indicadores que possam expressar a realidade, e caso necessário guiar propostas de intervenção e melhoria da atenção à saúde.

Segundo Almeida (2004) as informações em saúde resultantes dos bancos de dados/sistemas de informações existentes, têm sido cada vez mais valorizadas, para serem utilizados como instrumentos de avaliação da qualidade de assistência prestada. Além disso, propiciam o controle de repasses financeiros entre as diferentes esferas do SUS, são frequentemente apontados como elementos importantes no processo de decisão dos serviços de saúde.

Sendo assim, a elaboração dessa pesquisa é uma forma de buscar avaliar se a assistência pré-natal oferecida pelo serviço municipal de saúde às gestantes adolescentes residentes no município de Franca (SP), cumpre os protocolos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº. 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde.

1.2 Delimitação da pesquisa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como período da vida a partir do aparecimento dos caracteres sexuais secundários, do desenvolvimento dos processos psicológicos e dos padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta; bem como da transição de um estado de dependência para outro, de relativa autonomia.

Há alguns anos, a adolescência era o período de menor risco de adoecimento e morte. No entanto, nas últimas décadas, observou-se um aumento da morbi-mortalidade nesse grupo, principalmente em relação às causas relacionadas à gravidez: toxemia, pré-eclâmpsia, anemia, desproporção céfalo-pélvica, hemorragia, parto prolongado e morte materna (CORRÊA, 2005; SANT'ANA, 2001; COATES, 2001; BRASIL, 1999; CARNEIRO, 1999).

A ocorrência da gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 1999). Em 1999 o MS estimou que 23 a 30% do total de gestações eram de adolescentes com idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1999). Contudo, outro estudo realizado posteriormente pelo mesmo órgão, mostra que houve uma queda de 30% no número de gestações neste público nos anos de 1998 a 2008. Em 2008 foram realizados 485,64 mil partos em adolescentes, enquanto esta cifra atingia 699,72 mil em 1998.

Levantamento realizado pela Secretaria do Estado da Saúde em São Paulo em 2008, revelou que foram registrados 94.461 casos de gravidez em adolescentes com até 19 anos de idade, correspondendo 22,8% de todos nascimentos; contra 148.018 ocorrência em 1998, perfazendo uma queda de 36,2% em dez anos (SP/DEMOGRÁFICO, 2009).

Conforme dados da Organização Panamericana da Saúde – OPS, em 1992 na América Latina nasceram 3.312.000 filhos de mães adolescentes. A nível mundial, de cada 100 adolescentes entre 15 e 19 anos, 5 se tornam mães anualmente (OPS, 2000).

Essas gravidezes ocorridas em meninas com idade entre 10 e 14 anos, às vezes, são oriundas de abusos sexuais e neste caso, pelos códigos e leis vigentes, a atividade sexual nesta faixa etária é considerada estupro (violência presumida) (PRADO, 2002).

Em muitos estudos é relatado que a gravidez na adolescência traz sérias implicações de ordem biológicas, familiares, psicológicas e econômicas, que atingem o indivíduo adolescente e a sociedade como um todo, podendo ser um fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre o sexo feminino (DUARTE, 2003; CORRÊA, 2005; CARVALHO e BARROS, 2000; OMS, 1977).

Na prática clínica dos profissionais da saúde, associa-se a gravidez na adolescência à probabilidade de aumento das intercorrências e morte materna, assim como aos índices elevados de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso dos recém-nascidos, entre outras conseqüências (BRASIL, 2000 e 2004). Isso deve ser considerado em um contexto em que a mortalidade materna é incompatível com o nível de desenvolvimento social, como é o caso do Brasil.

Laurenti et al. (2004) relatam que em 2002 a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 por cem mil nascidos vivos. Dados do DATASUS demonstram que em 2005, 4.100 mulheres morreram no Brasil em decorrência de problemas ou com o parto, e que para cada 100 mil nascimentos, 110 mulheres morreram durante o parto.

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, do MS (2007) os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes, pois estão muito aquém do aceitável pela OMS, que prevê um índice de mortalidade abaixo de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Nas Américas, a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente, já que o Canadá e os Estados Unidos, apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério (MS, 2007).

Rodrigues (1993), refere que a taxa de mortalidade materna entre adolescentes no Brasil é 30% maior quando comparadas as adolescentes americanas com menos de 15 anos.

As Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 1993 recomendam que a assistência pré-natal à adolescente seja feita na Unidade de Saúde e estabelece como condições para uma assistência pré-natal de qualidade: a captação precoce da adolescente gestante pelos agentes comunitários na comunidade e o controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo. Além disso, essas normas ressaltam a importância da existência de recursos humanos treinados, área física adequada, equipamentos e instrumental mínimos, instrumentos de registro e estatística, medicamentos básicos, apoio laboratorial, sistema eficiente de referência e contra-referência e avaliação das ações da assistência pré-natal (BRASIL, 1993).

A painting of a woman with long, dark, wavy hair, wearing a red dress with a white collar. She is holding a large, yellow flower with green leaves. The background is a mix of yellow and green, suggesting an outdoor setting. The style is somewhat impressionistic with visible brushstrokes.

2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

2.1 A relevância do tema

As questões relativas à adolescência vêm ocupando diversas investigações desde o início do século passado, principalmente nos campos da medicina, antropologia e psicologia (OLIVEIRA, 1999). Segundo esta mesma autora, a palavra latina *adolescere*, em sua origem etimológica tem o sentido de “*para crescer*”, já o termo “adolescente” tem sido utilizado deste o século passado não só como sinônimo de “jovem”, mas no sentido de designar a pessoa que se encontra em uma etapa cronológica entre a infância e a vida adulta.

Segundo Saito (2001), o conceito de adolescência, que envolve outro conceito que é ser adolescente, desenvolveu-se no tempo, fruto de reflexão de várias áreas do conhecimento. A autora considera que a adolescência deva ser encarada com uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserido nas mais diferentes culturas.

O adolescente é um ser concreto que vive uma determinada realidade sócio-cultural e se desenvolve segundo as suas características. Está em transformação e participa como transformador que pensa e age junto à sociedade e ao grupo social de referência.

O jovem adolescente é taxado como aquele que desafia o perigo e as regras sociais, que enfrenta os medos diante do desconhecido, as incertezas e o descontrole sobre as transformações físicas pelas quais passa. Age de forma imediata e acredita que será isento das consequências do perigo a que se expõe, não vinculando a prática sexual com a possibilidade de uma gravidez (CARVALHO e BARROS, 2000). Na opinião de Pirotta (2002), o adolescente busca a autonomia, descobertas, desafios, vivências, expectativas sociais diversas visando o exercício da sexualidade e reprodução, com questões de gênero e saúde reprodutiva influenciando em sua vivência.

Nesse período também ocorrem grandes mudanças físicas, como o surgimento dos caracteres sexuais secundários e a finalização do crescimento e desenvolvimento morfológico (OPAS, 1995). No Brasil o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, define a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, já a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos de idade. O Ministério da Saúde (MS) toma por base a definição da OMS, que define adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1990).

A maioria dos adolescentes chega à maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional ou a independência econômica (BERETTA et al., 1995).

A adolescência tem como desafio a falta de oportunidades ao conhecimento, configurando como um obstáculo à vivência digna desse período de vida e um desafio às políticas públicas que lhes atendem.

O panorama nacional apresenta uma série de indicadores preocupantes em relação à saúde e ao bem estar dessa população, entre eles pode-se encontrar: os altos índices de gravidez na adolescência, as DSTs, o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, violência dentro e fora de casa e abandono escolar.

No Brasil, a população adolescente corresponde a 30,33% da população nacional, segundo o último censo do IBGE (2007). Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional, sendo 57.426.021 de adolescentes, dos quais têm se observado transformações na sua composição etária: aumento do número de adolescentes de 15 a 19 anos e redução na faixa etária de 10 a 14 anos (IBGE, 2007).

Heilborn (2002) relata que historicamente a gravidez na adolescência se remodela durante o tempo, devido a expectativas sociais, diante da idade, sócio e historicamente, significando que em um determinado momento é tido como “natural” e aceitável em outro contexto, considera-se inaceitável.

Dessa forma, torna-se importante considerar em que contexto a gravidez na adolescência ocorre hoje. Pois, muito embora ela seja um fenômeno antigo e mundial, as expectativas sociais são diferentes na sociedade contemporânea. As transformações ocorridas com a inserção da mulher no mercado de trabalho e na vida profissional durante o século XX modificaram o papel feminino em relação ao casamento e a prole (CORRÊA, 2003).

Segundo Oliveira (1999) grandes transformações culturais aconteceram no mundo ocidental relacionadas às questões de sexualidade e reprodução, com a chamada “revolução sexual”, depois da segunda guerra mundial. Desde então, com a grande ajuda da mídia, a linguagem erotizada vem inserindo neste público um apelo sexual como uma condição de produto de alto valor comercial.

Alguns estudos apontam que adolescentes brasileiros da faixa etária entre 12 e 17 anos já iniciaram sua vida sexual, sendo que os do sexo masculino iniciam-se primeiro. Em 1999 o Brasil possuía 23% de mães menores de 20 anos de idade. Em 2000, do total de adolescentes, na primeira fase da adolescência, de 10 a 14 anos, 0,43% já tinham filhos e 17% delas, mais de um filho (BRASIL, 2004).

Embora as taxas de fecundidade desde a década de 1970 tenham diminuído, a proporção de nascidos vivos, filhos de mães menores de 20 anos, aumentou gradativamente até o início da década de 2000 - 2010.

Dados recentes da última PNDS (2006) mostram que a média de filhos por mulher caiu de 2,5 para 1,8 entre 1996 e 2006; contudo, a taxa de fecundidade entre 10 e 19 anos cresceu, passando de 17% em 1996, para 23%, dez anos depois. Considerando os dados do SUS (1996) o percentual de partos em adolescentes de 15 a 19 anos foi de 24,63%. Já em 2006 o número de nascimentos de mães adolescentes correspondeu a 16,69% dentre 10 a 19 anos (DATASUS, 2006).

Entretanto, um levantamento realizado pelo IBGE em 2007 revelou aumento da proporção de gravidez na adolescência no grupo de 15 a 17 anos, que passou de 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006. Este levantamento também indicou que foi somente no grupo etário que envolve a adolescência que houve aumento da taxa de fecundidade no pai, embora o número de parto esteja diminuindo.

Pesquisa feita pelo MS mostra que o número de partos em adolescentes com idades entre 10 e 19 anos apresentou uma redução de 30,6% nos últimos dez anos. Em 1998, foram registrados 699.720, diante de 485.640 no ano de 2008. Em todas as regiões do Brasil a queda foi significativa (ANDRADE, 2009).

Dados recentes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, sobre Saúde da Criança e da Mulher, mostram que a taxa de fecundidade entre 10 e 19 anos cresceu no Brasil, de 17% em 1996, para 23%, dez anos depois.

O conceito de gravidez de risco nessa faixa etária, deixou de ser foco meramente voltado para o critério clínico, porém não menos importante, passando na atualidade a postular que o risco seja mais social do que biológico, indicando

fatores relacionados à vulnerabilidade, como por exemplo, econômicos, sociais e psicológicos.

A recorrência de nova gravidez nessa fase é elevada, além de haver a possibilidade de um número maior de filhos durante toda a vida reprodutiva da mulher que engravida na adolescência. Em nosso meio, as taxas de gravidez na adolescência variam de serviço para serviço, mas estima-se que 20 a 25% do total de mulheres gestantes sejam adolescentes, apontando que 18% das adolescentes entre 15 a 19 anos já haviam ficado grávidas alguma vez (SANTOS JÚNIOR, 1999).

A gravidez é um processo de mudanças significativas, durante o qual a adolescente experimenta alterações corporais, fisiológicas, emocionais, afetivas e relacionais, o que torna essa condição por si só, uma situação de maior vulnerabilidade. Sendo assim, um período que exige cuidados especiais, principalmente quando esta ocorrer nesta fase da vida da mulher. O Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde orienta que toda gestante, e isso inclui a adolescente, deve a priori ter o acompanhamento da gestação na Unidade Básica de Saúde, avaliando em cada consulta a situação de risco gestacional deve ser avaliada e a partir daí, ser referenciada ao serviço especializado.

2.2A saúde reprodutiva na adolescência

O início precoce da atividade sexual, a falta de orientação sobre sexualidade e a utilização inadequada de métodos anticoncepcionais (MAC) podem levar à gravidez indesejada na adolescência.

Doreto (2006) refere que a própria condição social que cerca a vida sexual do adolescente favorece a ocorrência de uma gestação não planejada e os expõe aos riscos de contrair doenças transmitidas sexualmente diante da inexistência de práticas preventivas.

Embora os estudos apontem que é alto o uso de MAC na adolescência Vieira et al. (2001), descrevem no estudo realizado através dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996), 63,3% das adolescentes brasileiras de quinze a dezenove anos utilizaram qualquer método contraceptivo,

sendo o preservativo o mais utilizado pelos parceiros destas adolescentes. Quanto à prática do sexo seguro, uso do preservativo nas relações sexuais, os dados apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais já vivenciadas e destes, 35,1% era do sexo feminino e 64,9% do masculino (UNICEF, 2002). Segundo o IBGE (2000), 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% do sexo feminino e 18% do sexo masculino) vivenciam união marital (BRASIL, 2002).

Pinto e Silva (1984) e Rodrigues et al. (1993) relatam em seus estudos que a idade média da menarca em países desenvolvidos se apresenta entre 11 e 12 anos e no Brasil, permeia entre 12 e 13 anos. Referem que esta média está mais baixa do que a observada nas décadas passadas, o que favorece a gestação na adolescência. Não diferentemente o que diz Santos Junior (1999) quando relata que ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais cedo, e essa evolução tem sido apontada como a principal consequência a gravidez na adolescência.

Por outro lado, sabe-se que a gravidez na adolescência não é necessariamente indesejada na opinião de alguns autores, os motivos pelos quais as adolescentes engravidam são diversos, destacando-se a falta de informação, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos (VIEIRA, 2006).

A gestação nesta faixa etária tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes, podendo ser um fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre o sexo feminino (CAVASIN, 2004).

Na maioria dos casos, uma gestação na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde. No entanto, alguns estudos têm demonstrado também que uma gestação pode ser uma opção para adolescentes de ambos os sexos, estando incluída em seus projetos de vida e revelando-se um elemento reorganizador e não somente desestruturador (ARILHA, 1998; HEILBORN, 2002; BRASIL, 2006).

Não se pode negar que, do ponto de vista da saúde reprodutiva e sexual, ao mesmo tempo em que marca uma passagem para a vida adulta, também insere o

adolescente, de forma mais intensa, no grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, à gravidez não planejada e ao aborto (SCHOR et al., 2007).

Segundo Schor et al., 2007 a idade mostra-se um importante marcador na iniciação sexual, devendo ser considerado de forma relevante na elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual do grupo adolescente; não somente aquele engajado em atividade sexual ou tendo iniciado sua vida reprodutiva, mas também aquele que ainda não a iniciou, buscando estimular atitudes responsáveis em relação à sexualidade e reprodução, preparando-o para o início de uma vida sexual com menor risco.

Quando uma gravidez que ocorreu contrária à vontade da adolescente, ou sem apoio social e familiar, pode levar à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se em uma das principais causas de óbitos por problemas relacionados à gravidez. No ano de 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (BRASIL, 1999). Cantone (2007) refere que diariamente, no Brasil, 146 adolescentes de 10 a 19 anos dão entrada em hospitais públicos devido aos abortos provocados com ou sem autorização judicial e as internações para curetagem pós-aborto chegam a números alarmantes. No Brasil, segundo o MS (2007), o aborto inseguro é a quarta causa de morte materna e a quinta causa de internação, registrando 220 mil internações motivadas por aborto inseguro, em 2007.

Para a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF, 2007), são realizados cerca de 46 milhões de abortos para interrupção de gravidez indesejada em todo o mundo, dos quais 19 milhões são feitos de forma insegura e 70 mil resultam em mortes maternas, em grande parte preveníveis e evitáveis.

2.2.1 O pré-natal da adolescente

A busca pelos serviços de saúde é distinta entre adolescente do sexo feminino e masculino, refletindo, em geral, nas construções sociais e culturais, e as desigualdades nas relações de gênero, o que não difere da população adulta

(CASTRO, 2004). Tal como as mulheres adultas, as adolescentes buscam mais os serviços de saúde em função da saúde reprodutiva, principalmente a partir dos 14 anos de idade necessitando de atenção à gestação, ao parto ou ao puerpério, o que demonstra relação direta com a idade reprodutiva (BRASIL, 1998).

Para FEBRASGO (2004), o controle de pré-natal é um dos elementos-chave na resolução dos problemas obstétricos e perinatais e na prevenção da morbimortalidade materna. As gestantes adolescentes são captadas tardiamente e são menos assíduas neste tipo de assistência, levando as ocorrências gestacionais indesejadas (hipertensão, anemias, infecções, ruptura prematura de membranas e mortalidade materna), além de complicações do parto (distócias ósseas e funcionais, apresentação fetal, partos operatórios). Mães adolescentes realizam menos consultas de pré-natal e têm filhos com menor peso e idade gestacional quando comparadas às adultas jovens.

Observou-se em um estudo populacional realizado em país desenvolvido que mães muito jovens (menores ou iguais a 15 anos) têm piores resultados perinatais e seus filhos também têm maior risco de morrer no primeiro ano de vida, quando comparadas ao grupo das adolescentes mais velhas (16-19 anos) e ao grupo de adultas jovens (20-23 anos) (KASSAR et al., 2006). Além disso, de acordo com Vieira e Silva (2008), o aborto faz parte do contexto histórico de vida de muitas adolescentes e jovens que tiveram gravidez indesejada no início de sua vida reprodutiva e realizá-lo é uma opção de peso, principalmente se a gravidez ocorrer fora de uma união matrimonial estável. O aborto se configura como importante causa de morte materna, sendo portanto, problema de saúde pública.

Conforme DATASUS (2006), no Brasil a primeira causa de internação de adolescentes do sexo feminino entre a faixa etária de 10 a 19 anos no Sistema Único de Saúde, está relacionada à gravidez, parto e puerpério representando em todas as regiões do país 69,53% das internações nessa faixa etária: Norte – 13,03%; Nordeste- 36,38%; Sudeste- 31,87%; Sul 10,97% e Centro-Oeste- 7,73%.

Outro fator relevante com relação à assistência pré-natal às adolescentes nos serviços de saúde é que ela deve ser necessariamente, realizada por uma equipe multiprofissional capacitada objetivando o preparo da adolescente para a gestação, parto, amamentação, maternidade e o estabelecimento de vínculos com o serviço para a promoção da saúde e a educação sexual (FEBRASGO, 2004). Cabe

aqui ressaltar a fundamental importância do profissional que recebe a adolescente no serviço de saúde para sua adesão ao pré-natal.

Parenti (2002) reforça que a atenção pré-natal às adolescentes deve estar inserida em uma política pública que viabilize cuidados básicos de saúde, educação permanente e aconselhamentos individuais, levando o profissional a exercer suas competências destituído de julgamento de valor moral, de forma que o respeito e o acolhimento sejam estabelecidos (FEBRASGO, 2004; PARENTI, 2002).

De acordo com o Manual Técnico da Assistência ao Pré-natal (2002), para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e pós-parto; além de enfatizar que melhorar a assistência depende da atenção que cada profissional dedica à sua gestante.

O Plano Nacional de Política para Mulheres (PNPM), desenvolvido em 2004 pelo Ministério da Saúde, apontou como prioridade a promoção da assistência obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, para que haja redução dos índices de mortalidade materna e neonatal em 75% até o ano de 2015.

Watkins et al. (2006) no Relatório do Desenvolvimento Humano referiram que em cerca de 92% dos casos de mortalidade materna poderiam ser evitáveis através da prestação de uma assistência de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal.

2.2.2 Complicações obstétricas mais frequentes na adolescente

Segundo Bocardi (2004), a gestação na adolescência por suas implicações biopsicossociais, é considerada pela OMS, um problema médico-social grave e de “alto risco”, repercutindo no elevado índice de morbi-mortalidade materna e neonatal.

Estudos mostram que as adolescentes têm maiores riscos de anemia, toxemia, pré-eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvico, parto prolongado, hemorragia e morte materna. Problemas estes, que poderiam ser minimizados em decorrência

da realização de uma assistência ao pré-natal de boa qualidade (JOLLY et al., 2000; PONTE JÚNIOR, 2004).

Rouquayrol (1994) afirma que para as adolescentes que levam a gravidez até o final, a gestação e o parto podem apresentar complicação importantes. Para a adolescente que ainda não completou o seu crescimento, as necessidades de satisfazer as demandas nutricionais do feto podem prejudicar o seu próprio estado nutricional. Se o corpo da adolescente é pequeno pode haver dificuldade na passagem do feto durante o parto.

O reconhecimento de que uma gestação pode expressar o desejo da adolescente não significa negar a importância das ações de assistência pré-natal e de planejamento familiar futuro. Ações estas que contemplem a mulher em todo seu ciclo vital, visando estratégias que incluam informação, educação, aconselhamento, serviços para cuidado pré-natal, parto e puerpério, prevenção e tratamento de infecções do sistema reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente na promoção à saúde (PARENTI, 2002).

Apesar de muito frequente, nem sempre a gravidez nesta fase da vida é um evento único, se não bem orientada, esta se repete tendo como agravante o pequeno espaço interpartal, ocorrendo a outros problemas, como por exemplo, ao baixo peso do recém-nascido (RN).

Não obstante deve-se considerar também que as condições de saúde podem refletir a situação social, econômica e assistencial dessa população. Daí a necessidade de se classificar a gestação como de alto, médio e baixo risco, a fim de se diferenciar o atendimento em cada um deles (BRASIL, 2002).

Sobre o conceito, existem riscos tanto físicos e imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam á longo prazo, nos filhos de adolescente. Fatos que devem ser levados em consideração, inclusive pela equipe que atende esta gestante no pré-natal, devido á dificuldade em adaptar-se a sua nova condição (CARVALHO, BARROS, 2000).

Frente a esse contexto, não se pode ignorar o fato de que as adolescentes podem morrer por complicações evitáveis da gravidez, do parto ou puerpério. Esse quadro pode relacionar-se à falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar, à falta de informações, à dificuldade da implementação do parto humanizado, ampliando-se as possibilidades de risco e morte.

2.3 Contextualizando as políticas de atenção ao pré-natal da adolescente

No Brasil, os primeiros serviços/ações de saúde voltados especificamente aos adolescentes surgem já na década de 70, entre 1974/75, em centros como São Paulo e Rio de Janeiro. As determinações da OMS/OPAS e as novas demandas no setor saúde a partir do Movimento de Reforma Sanitária culminam na criação, pelo Ministério da Saúde, em 1989, do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que traça as normas para a implementação nacional de uma atenção integral à saúde do grupo (PIROTTA; PIROTTA, 1999). O PROSAD elegeu como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes. As ações desse Programa são orientadas pelo princípio de integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato das questões de saúde e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do SUS.

Fundamentam-se numa política de promoção da saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHKE, 2000).

As Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 1993 recomendam que a assistência pré-natal à adolescente fosse realizada na Unidade de Saúde (US). Estabelece como condições para uma assistência pré-natal de qualidade: a captação precoce da adolescente gestante pelos agentes comunitários na comunidade e o controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo (BRASIL, 1993).

Desde a Declaração de Alma-Ata, pela OMS (1978), está claro que a meta traçada pela conferência de “Saúde para todos no ano 2000”, não foi alcançada na sua plenitude e que continuamos com índices alarmantes de morbi-mortalidade materna e perinatal; bem como o sistema de saúde não é acessível e igualitário à toda camada da população.

É inegável que desde 1988, quando com a aprovação da nova Constituição e do artigo 196 que estabelece a saúde como um direito, o SUS passou por inúmeras transformações.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, Constituição, 1988, artigo 196).

Estas transformações possuem atualmente dois grandes eixos como questões complexas: a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde. Na busca de resolver estas duas questões, inicia a Reforma Sanitária, que segundo Ceccim (2002) pode ser sintetizada em sua nova denominação ao sistema brasileiro de saúde: Sistema Único de Saúde (SUS); e posteriormente com a criação de programas e instrumentos que realizarão importantes mudanças relacionadas à estruturação da atenção básica.¹

Em 2006, através da criação da portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde 2006, bem como aprova as Diretrizes Operacionais de referido pacto na perspectivas de superar as dificuldades apontadas até então. Visando ter gestores assumindo o compromisso público na construção do pacto, que será revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do próprio SUS, enfatizando as necessidades de saúde da população em questão implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Através do Pacto pela Vida os gestores assumiram compromisso em torno das prioridades de sua população e estabeleceram metas para serem cumpridas, ficando pactuadas as seguintes prioridades:

- saúde do idoso;
- controle do câncer de colo de útero e de mama;
- redução da mortalidade materna e infantil;
- fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- promoção da saúde;
- fortalecimento da Atenção Básica.

¹ Lei 8080/90, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, 1991), Programa de Saúde da Família (PSF, 1994) e as Normas Operacionais, como a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02).

Falar em avaliação da qualidade da assistência pré-natal é descrever sobre a valorização de alguns aspectos que serão traduzidos em ações concretas que permitirão avaliar o serviço de saúde, o qual será essencial para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil.

Na medida em que caminhamos no campo das transformações no último século na saúde, torna-se necessário recriar práticas cotidianas, definindo um modelo de atenção à saúde de bases programáticas (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005). Essas bases, segundo esses autores estariam organizadas por grupos populacionais e por doenças de importância sanitária, objetivos definidos com base no diagnóstico populacional, organização interna das atividades prestadas, utilização de equipe multidisciplinar, padronização de fluxogramas de atividades e condutas diagnósticas e terapêuticas, além de sistema de informação e avaliação permanente dos serviços.

Campos (1997) refere que estas bases programáticas desafiam a tradição dos programas verticais e planejamentos normativos do MS existentes, apesar das tentativas de ações descentralizadoras.

Para Vieira (2005), avaliar o serviço de saúde centra-se na relação existente entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, tendo por objetivo a produção de dados confiáveis e válidos, possibilitando ao serviço, apresentar respostas apropriadas aos problemas identificados, melhorando a assistência e até a satisfação dos usuários com o serviço. Tanaka (2004) e Vieira (2005) acrescentam que o modelo de referencial teórico usualmente utilizado para avaliar os serviços de saúde foi o criado por Donabedian em 1960 e modificado em 1980, tendo como componentes a estrutura, o processo e os resultados, desenvolvendo também os pressupostos conceituais da avaliação da qualidade através de indicadores específicos. Para Tanaka e Melo (2004) a avaliação deve ser uma ação contínua que sirva para direcionar ou redirecionar a execução das ações, atividades e programas, propiciando uma real transformação da assistência, e garantido à população uma atenção integral e melhoria nas condições de vida.

Na opinião de Tanaka (1996), “avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a

emissão de um juízo de valor” (p. 46). Além disso, para avaliar o uso de tecnologia no processo de trabalho há necessidade de pré-definição de critérios ou parâmetros, os quais poderão ser explícitos ou implícitos.

Nagahama e Santiago (2006) referem que a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal levam a identificar o desempenho do serviço e a evidenciar a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante.

Segundo Tanaka e César (1996) o componente processo corresponde à avaliação de como são executadas as atividades em um serviço e como se dá a dinâmica da inter-relação entre as partes. A análise das relações entre as atividades deverá possibilitar a avaliação da utilização da tecnologia prevista na estrutura, para que esta seja aplicada na execução. Também afirmam que para conseguir, após aplicar o processo, a obtenção do produto, o resultado, há necessidade da participação efetiva do usuário, e que sem seu envolvimento, fica impossível realizar avaliação do processo.

2.4 Contextualizando o SISPRENATAL

Mediante o panorama existente no início do século XXI da assistência ao pré-natal e suas repercussões na saúde da mulher, o MS instituiu, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria GM/MS nº.569, de 1º de junho de 2000, visando reverter o quadro atual.

O PHPN estabelece um conjunto de ações voltadas à atenção básica na gravidez, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que poderão ocorrer durante o período gestacional e pós-parto, propiciando a cada gestante o direito a uma assistência integral e de boa qualidade. Tem por objetivo a redução nas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotando medidas que asseguram a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Em seu Art. 1º, parágrafo único, institui como objeto do programa a execução de ações de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos estados,

municípios e do Distrito Federal. O PHPN tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde pactuadas entre ambas as partes.

Já no Art. 4º, institui que o incentivo financeiro à Assistência Pré-natal será executado mediante a adesão dos municípios e estará condicionada ao cumprimento de todo o protocolo, e somente assim, o município receberá o valor do incentivo, a saber: valor de R\$ 10,00 na realização do cadastro da gestante, valor de R\$ 40,00 após o término de todo o ciclo gravídico-puerperal e, devidamente alimentado o sistema. A unidade hospitalar que aderir ao programa e realizar o parto da gestante receberá o valor de R\$ 40,00, na emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto.

Frente ao PHPN estabeleceram protocolos para o atendimento da gestante em cada fase de seu ciclo. Faz parte do protocolo do pré-natal a realização dos seguintes procedimentos:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Realizar, no mínimo, 6 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente: uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação;
3. Realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto;
4. Realizar os seguintes exames laboratoriais:
 - Primeira consulta: ABO Rh, VDRL, Urina rotina (tipo I), Glicemia de jejum, Hb e Ht, Toxoplasmose e Testagem anti-HIV;
 - 30ª semana: VDRL, Urina rotina (tipo I), Glicemia de jejum;
 - Outros exames complementares: Coombs indireto, Cultura de Urina com antibiograma, Curva Glicêmica.
2. Vacinação antitetânica: doses imunizantes ou reforço;
3. Realização de atividades educativas;
4. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes;

5. Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

O PHPN tem por filosofia o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, humanização esta compreendida, entre outros, em dois aspectos fundamentais:

1. A adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e ao recém-nascido, reconhecendo que a instituição deverá organizar-se de maneira a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas que rompam o que havia de tradicional no atendimento;

2. A adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e que, acarretam frequentemente maiores riscos para ambos.

Segundo o MS, o PHPN é um importante instrumento para a organização e a estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes no município, o qual se baseia na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde e aponta responsabilidades para os três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Ao federal cabe articular com os estados, municípios e Distrito Federal a implantação do programa, estabelecendo mecanismo de controle, de avaliação e de acompanhamento deste processo, além de assessoria técnica.

Ao estadual, cabe elaborar os planos regionais, articulados com as secretarias municipais de saúde, no sentido de organizar seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção

Para a inclusão do município no PHPN é necessário que o gestor municipal participe da elaboração dos planos regionais em conjunto com a secretaria estadual, além de garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e o acompanhamento de suas gestantes, no estabelecido no Art. 1º do PHPN.

A adesão dos municípios credenciados no SUS ao PHPN ocorreu de forma gradativa e, desde sua implantação foi disponibilizado um sistema informatizado, denominado SISPRENATAL (Sistema de Informação em Saúde de Pré Natal), o qual deve ser alimentado sistematicamente com informações sobre as gestantes nele cadastradas.

O SISPRENATAL constitui-se em um *software* desenvolvido pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), possuindo interface com o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes inscritas no programa.

A alimentação do referido sistema é realizada através de duas fontes de dados:

1. Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo A);
2. Ficha de Registro Diário de Atendimento (Anexo B),

as quais são preenchidas, em geral, por profissionais que realizaram a primeira consulta e as consultas subseqüentes.

Os dados constantes no banco possibilitam a emissão de relatórios gerenciais sobre a assistência obstétrica para os gerentes das unidades de saúde, para os gestores municipal e estadual e, possibilitando ainda, a formação da base de dados nacional do SISPRENATAL. Este, por sua vez, alimenta a Coordenação Nacional do Programa oferecendo conhecimento sobre a qualidade da assistência pré-natal no país (Figura 1).

O relatório de indicadores é especialmente útil, tanto em nível local como nacional, pois demonstra o percentual de gestantes que realizaram os procedimentos preconizados pelo PHPN.

As exportações de dados devem ser realizadas mensalmente, logo após a geração do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial).

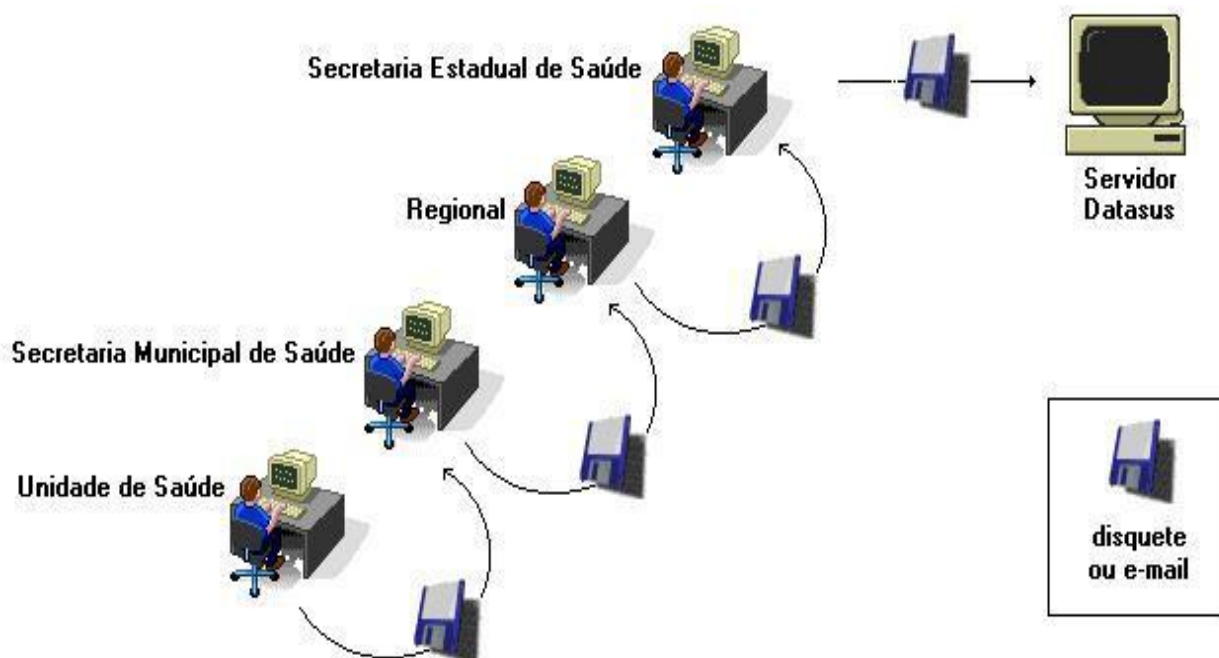


Figura 1. Fluxo de Envio de Exportações de Dados

Fonte: DATASUS/MS

O MS promoveu no ano de 2002, uma avaliação piloto do processo de adesão e implementação do PHPN em diferentes estados, os quais se encontravam em diferentes estágios em relação ao seu andamento. Essa avaliação pôde fornecer subsídios para adequações ao programa, além de oficinas regionais que puderam encontrar formas de criatividade para sua realidade regional (MS, 2002).

Um estudo, realizado por Serruya et al. (2004) avaliou preliminarmente os indicadores gerados pelo PHPN para todo o País nos dois primeiros anos do programa (2001 e 2002). Realizou comparação entre ambos os anos e entre estados e regiões. Encontrou, frente à implantação do programa, conflitos de atribuições nos três níveis de governo. A análise dos indicadores mostrou que houve significativa melhora na adesão, passando de 9,25%, em 2001, para 27,92%, em 2002. Com cerca de 90% das gestantes cadastradas com até 120 dias de gestação. Contudo, o percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal ficou

em torno de 20% para ambos os anos. Apontou que, “à medida que se adicionam os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal. Assim, apenas 2%, em 2001, e 5%, em 2002, das mulheres cadastradas realizaram o conjunto das atividades assistenciais estabelecidas” (SERRUYA et al., 2004, p.75).

Sendo assim, esta pesquisa objetiva avaliar o processo de acompanhamento da gestante adolescente como importante questão de saúde pública, visando o cumprimento do protocolo do PHPN do Ministério da Saúde pactuado pelo município de Franca.



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar se a assistência pré-natal oferecida pelo serviço municipal de saúde às gestantes adolescentes residentes no município de Franca, estado de São Paulo, cumpre os protocolos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº.569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde para o atendimento da gestante em todo o ciclo gravídico-puerperal através das análises dos dados contidos no sistema de informação SISPRENATAL, da Secretaria Municipal da Saúde nos anos de 2006 e 2007.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar as gestantes adolescentes quanto a sua idade (anos completos) no início do pré-natal;
2. Verificar com quantos dias de gestação é realizada a primeira consulta do pré-natal;
3. Verificar o número e a distribuição das consultas ao longo da gestação;
4. Verificar a realização dos exames laboratoriais em cada momento da gestação;
5. Verificar a cobertura vacinal destas gestantes;
6. Verificar se ocorreu consulta puerperal em até 42 dias pós-parto.



4. MÉTODO

Este capítulo tem por objetivo descrever os detalhes metodológicos adotados para a realização deste estudo.

Em termos de organização da análise dos dados, observamos três etapas:

- ✓ pré-análise: consistiu da digitação e da organização dos dados em software Excel;
- ✓ exploração dos dados: consistiu da transformação dos dados brutos em tabelas de frequência e cruzamento dos dados;
- ✓ tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os dados foram submetidos a operações que permitiram colocar em destaque as informações obtidas.

4.1 Local do Estudo

O município de Franca está situado no Nordeste de São Paulo na região compreendida entre os rios Pardo e Grande.

No início do século XIX, a região recebeu um fluxo populacional de grandes proporções. São os mineiros que vinham das Gerais, principalmente do sul de Minas, criar gados e plantar suas lavouras. Em 1805, já considerada Freguesia de Nossa Senhora da Conceição da Franca, a região passa a ter o seu primeiro núcleo urbano. Em 1821 a povoação é elevada a Vila Franca Del Rei, e em 1824 era chamada Vila Franca do Imperador. No anos de 1839 é criada a comarca de Franca e em 1856, a Vila passa a categoria de cidade.

A Vila Franca foi berço de inúmeras cidades do nordeste paulista. Franca é hoje sede da 14ª Região Administrativa do Estado, a qual se compõe de vinte e três municípios, a saber: Franca, Aramina, Batatais, Buritizal, Cristais Paulista, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo,

Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales de Oliveira, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista.

Em 2006/2007, Franca pertencia à Direção Regional de Saúde, denominado na época de DIR-13, e era referência para 22 municípios. Atualmente pertence ao Departamento Regional de Saúde (DRS VIII), sendo referência apenas para alguns serviços regionais – CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Saúde Auditiva -, e também para os municípios do Colegiado - Três Colinas, oferecendo atendimento no Ambulatório de Gestante de Alto Risco.

O município de Franca possui uma área total de 609 Km², com uma área urbanizada de 84 Km² e geograficamente posicionada a nordeste do estado de São Paulo.

Quanto ao seu aspecto econômico, a população economicamente ativa do referido município é de 63,51% (FACEF/ACIF, 2000).

No setor primário destaca-se a lavoura, pecuária e olericultura. Na lavoura destaca-se o cultivo de café e milho. Em relação a pecuária, destaca-se a de corte sobre a de leite. A olericultura é uma atividade em progressão no município.

No setor fabril destaca-se como pólo de concentração e atração regional, interestadual e internacional dos calçados masculino.

No setor terciário há uma grande diversidade no tipo de estabelecimentos comerciais.

A população francana conta com um percentual de 71,56% de famílias que recebem de 01 a 04 salários mínimos.

No período de 1991 a 2000, a população de Franca teve uma taxa média de crescimento anual de 2,46%, passando de 233.098 em 1991 para 287.737 em 2000.

Pelo Censo de 2000, Franca tem uma população oficial de 287.400 habitantes (01/08/2000). Segundo o IBGE, usando como a data de 1° de julho de 2008, estima-se que a população para o município de Franca seja de 327.176 habitantes. (DO n° 167 de 29/08/2008, p. 104), com um total de 107.268 mulheres em idade fértil (10-49 anos) em 2007, proporção de 65% da população feminina.

Nos últimos anos, foi registrada uma redução nas taxas de crescimento, fecundidade e natalidade. Houve aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população. A taxa de natalidade passou de 20,3 em 2000 para 15,8 nascidos vivos/mil habitantes em 2007 (VE SMS – Franca).

A população feminina estimada para a faixa etária de 10 a 14 anos para o ano de 2006 era de 14.978 e de 15.350 para a faixa etária de 15 a 19 anos, assim como em 2007 era de 13.390 e 13.872 respectivamente, conforme podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 - População feminina residente por faixa etária, Franca - SP, 2006-07.

Faixa Etária	2006		2007	
	Feminino	% Feminino	Feminino	% Feminino
Menor 1 ano	2829	1,7	2474	1,5
1 a 4 anos	11585	7	10471	6,2
5 a 9 anos	14635	8,8	13391	7,9
10 a 14 anos	14978	9	13390	7,9
15 a 19 anos	15350	9,2	13872	8,2
20 a 29 anos	29100	17,5	29127	17,1
30 a 39 anos	26965	16,2	26499	15,6
40 a 49 anos	21512	13	24380	14,3
50 a 59 anos	13725	8,3	17594	10,3
60 a 69 anos	8765	5,3	10199	6
70 a 79 anos	4643	2,8	5889	3,5
80 anos e mais	1924	1,2	2525	1,5
Total	166011	100	169811	100

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

A Rede de Atenção Básica é constituída por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Unidades de Saúde da Família (PSF), e ainda 01 Pronto Socorro de Referência Adulto e 01 Pronto Socorro de Referência Infantil, o qual presta atendimento a cerca de 240 mil habitantes exclusivamente SUS.

O Serviço de Vigilância Municipal foi instituído no município de Franca através da Lei 5124 de 28 de dezembro de 1998. A municipalização das ações de Vigilância Sanitária atendeu aos pressupostos constitucionais acerca do Sistema Único de Saúde e em especial à Norma Operacional Básica nº 1 (NOB), no tocante às práticas descentralizadoras que deveriam ser encaminhadas pelos gestores do sistema de saúde.

Com o início da implantação do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (SIVISA), em meados do ano de 2003, foi possível construir um mecanismo confiável de cadastro e informações sobre o universo de atuação da Vigilância no município.

O município de Franca (SP) assinou o Termo de Adesão do PHPN no ano de 2001 sendo publicado no DO nº 109–E de 06 de junho de 2001, seção 1 e sua implantação ocorreu em 1º de julho do mesmo ano.

O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção visando posterior monitoramento do desempenho do sistema e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal.

De acordo com o Relatório de Gestão para os anos de 2006 e 2007, o qual é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários, foram pactuadas propostas, metas e ações a serem cumpridas visando uma melhor cobertura no sistema de saúde do município.

4.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal e retrospectivo que teve uma abordagem metodológica quantitativa utilizando o referencial teórico da pesquisa avaliativa por meio da análise dos dados secundários do SISPRENATAL do ano de 2006 e 2007.

Os dados necessários ao desenvolvimento deste estudo foram coletados com base nas informações armazenadas no SISPRENATAL (Anexos A e B), obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde de Franca/SP, com a finalidade de avaliar se houve cumprimento de todas as etapas preconizadas pelo MS para o acompanhamento do pré-natal na rede pública, e especialmente nas adolescentes.

Na presente pesquisa utilizou-se os indicadores de processo que traduzem a qualidade da atenção prestada às gestantes adolescentes identificando o cumprimento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) em sua totalidade, quanto à realização do número de consultas consideradas como ideal, bem como o cumprimento dos demais critérios instituídos

neste programa, como nos demais estudos já realizados de avaliação do processo do PHPN (ALENCAR, GOMES, 2008; KOFFMAN, BONADIO, 2005; SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004; COUTINHO et al., 2003; SCOCHI, 2002; PARADA, 2008; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2006; SILVEIRA, SANTOS & COSTA, 2001).

Mediante as recomendações do MS, foram adotadas as seguintes categorias: pré-natal adequado, quando a gestante compareceu em no mínimo seis consultas; pré-natal não adequado, quando a gestante compareceu em até cinco consultas ou não realizou pré-natal.

4.3 Sujeitos do estudo

No período estudado, que compreendeu de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, havia 5088 gestantes cadastradas no SISPRENATAL do município, das quais 1072 (21%) são adolescentes.

No período de 2006 e 2007 ocorreram 5478 e 5416 nascimentos respectivamente, dos quais 13,2% e 12,6% são de gestantes adolescentes, e destas, 60,3% e 93% estavam cadastradas no SISPRENATAL.

O critério adotado para considerar um indivíduo adolescente foi o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), também adotado pelo Ministério da Saúde de que adolescente é todo indivíduo com idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1990). Porém, foi considerada para o presente estudo, adolescência precoce (10 a 14 anos) e a tardia (15 a 19 anos).

Para cada uma dessas faixas etárias, foram consideradas a realização do pré-natal e o cumprimento de todo o protocolo do SISPRENATAL.

Portanto, a população de estudo foi composta por gestante adolescente cadastrada no SISPRENATAL no município de Franca/SP, as quais iniciaram seu acompanhamento de pré-natal entre os anos de 2006 a 2007. O estudo incluiu 1072 gestantes adolescentes cadastradas no SISPRENATAL do município de Franca – SP no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

A seleção da população de estudo foi realizada mediante aos critérios de inclusão: ser gestante adolescente, na época da gestação ter realizado acompanhamento pré-natal no serviço municipal de saúde, e de exclusão: não

residir no município de Franca e o cadastramento da gestante adolescente ter ocorrido após 31 de dezembro de 2007.

4.4 Critérios de avaliação

Segundo a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (GM/MS), para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde, deveremos utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores de processo:

1. Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até 120 dias de gestação, em relação à população-alvo (nº de gestantes existentes ou estimado pelo nº de nascidos vivos do município);
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal;
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Foram selecionadas para este estudo variáveis capazes de caracterizar as gestantes adolescentes cadastradas no banco do SISPRENATAL do município de Franca/SP, bem como avaliar se houve cumprimento de todas as etapas preconizadas pelo MS para o acompanhamento do pré-natal na rede municipal de saúde.

Idade gestacional na 1ª consulta de PN (dias)
Nº consultas realizadas no PN
Distribuição das consultas no PN (1º, 2º e 3º trimestre)
Realização dos exames de PN
Distribuição dos exames no PN (1ª consulta e 30ª semana)
Realização da vacinação
Realização da consulta puerperal (até 42 dias, após 42 dias do parto e não realização)

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para verificação dos critérios do PHPN

Foram verificadas as seguintes variáveis:

✓ Identificação das gestantes adolescentes, segundo dados extraídos do cadastro do banco de dados do SISPRENATAL, considerando como informações sócio-demográficas: a idade (anos completos); 10 a 19 anos – definidas adolescentes pela OMS (BRASIL, 1990).

✓ Dados relacionados à caracterização obstétrica e avaliação do processo assistencial: foram incluídas as variáveis: idade gestacional, (em dias), na primeira consulta; nº de consultas realizadas no pré-natal; distribuição das consultas de pré-natal ao longo da gestação (número de consultas realizadas no 1º, 2º e 3º trimestre da gestação); os número de vezes de realização de exames laboratoriais foram registrados em cada momento da gestação (início e trigésima semana); esquema vacinal das gestantes (nº de doses, imunizadas); ocorrência da consulta puerperal ou não e com quantos dias após o parto.

4.5 Procedimentos

Para obtenção dos dados secundários, foram utilizados o cadastro geral do SISPRENATAL (Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal), que é um software desenvolvido pelo DATASUS com a finalidade de monitorar o acompanhamento adequado das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde e as planilhas de armazenamentos de todos os dados compilados no sistema.

Não foi possível processar os dados diretamente do programa SISPRENATAL, pois não havia como manipular o sistema ou extrair o banco de dados. Várias foram as tentativas em buscar, junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a extração das informações contidas no banco em sua forma original, porém não foi encontrado pessoal habilitado ou software para realizar esta tarefa. Dessa forma os dados foram copiados para outro software, o Excel, através da digitação dos dados que haviam sido impresso em papel.

O processamento dos dados consistiu inicialmente da transcrição das informações sobre as variáveis selecionadas para a planilha do Excel. O tratamento estatístico foi realizado pela análise descritiva das variáveis.

No período de agosto a outubro de 2008, os dados foram selecionados individualmente no banco de dados do SISPRENATAL em busca de identificar quais eram as gestantes adolescentes inscritas no programa. Após esta primeira etapa, houve digitação dos dados constantes no banco de dados para uma planilha elaborada no Excel, seguidamente se fez uma análise dos dados referentes à população estudada utilizando para os cálculos as medidas de tendência central, uso da média aritmética ou mediana com seu respectivo desvio-padrão em resposta aos objetivos específicos traçados.

A análise dos dados das variáveis quantitativas foi realizada utilizando-se o programa Epi-Info 6.0 e Stata 9, observando os valores máximos e mínimos, bem como cálculo de médias, medianas e desvios-padrão.

Ao final da análise serão apresentadas as estatísticas descritivas para cada ano individualmente, onde estão incluídas as variáveis: idade, número de dias de gestação em que foi iniciado o pré-natal, a realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento de pré-natal, realização de exames laboratoriais, vacina antitetânica e consulta puerperal.

4.6 Aspectos éticos

O presente trabalho passou por análise e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) de acordo com a Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A identidade ou qualquer outro dado foi mantido em sigilo, gravados no computador através de código (Processo HCRP nº 7979/2008, aprovado na 270ª reunião Ordinária de 21/07/2008) (Anexo C).

Por se tratar em análise de banco de dados secundários, foi solicitada a dispensa ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D)

Foi solicitada autorização ao Secretário Municipal de Saúde para avaliação dos dados secundários constantes no banco de dados do SISPRENATAL do município de Franca / SP (Anexo E).

As análises a seguir descrevem os resultados do estudo para toda população de gestantes adolescentes no período acima citado.



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características Etárias das Gestantes Cadastradas no SISPRENATAL

Das 1072 gestantes adolescentes, a média de idade encontrada foi de 17,07 (+/- 1,6 anos) e a idade mais frequente foi de 19 anos. No que se refere à idade das gestantes, na faixa de 10 a 14 anos, verificou-se, conforme pode ser observado na Tabela 2, apresentada a seguir, que 68 adolescentes (6,3%) constavam dentro dessa faixa, enquanto que 1004 adolescentes (93,7%) encontravam-se na faixa etária de 15 a 19 anos.

Tabela 2 - Distribuição das adolescentes por idade, segundo ano de gravidez, Franca – SP

Idade	2006		2007		Total
	n	%	n	%	
10	0	0	1	0,1	1
11	0	0	1	0,1	1
12	0	0	2	0,3	2
13	3	0,7	14	2	17
14	18	4	29	4,5	47
15	59	13,8	56	9	115
16	80	18,5	114	18	194
17	92	21	122	19	214
18	93	21	141	22	234
19	90	21	157	25	247
Total	435	100	637	100	1072

Fonte: SISPRENATAL

Da totalidade dos partos ocorridos no município de Franca neste período (10.894), para 69,6% destes o acompanhamento do pré-natal ocorreu na rede pública.

O banco de dados SISPRENATAL apresenta o nome completo da gestante como identificação e a sua idade.

A tabela 3 apresenta a distribuição das adolescentes cadastradas no SISPRENATAL consolidada por grupos etários.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes adolescentes, segundo grupo etário, Franca - SP, 2006-07

Idade	N	%
10 a 14	68	2
15 a 19	1004	98
Total	1072	100

Fonte: SISPRENATAL

5.2 Aplicação dos Critérios de Avaliação do Pré-natal nos Dados de Gestantes Adolescentes de Franca 2006/2007

Segundo a Febrasgo (2004), o controle de pré-natal é um dos elementos-chave na resolução dos problemas obstétricos, perinatais e na prevenção da morbimortalidade materna; pois as gestantes adolescentes geralmente são captadas tardiamente e são menos assíduas neste tipo de assistência, levando a ocorrências gestacionais indesejadas, além de complicações do parto. Mães adolescentes tendem a realizar menos consultas de pré-natal e têm filhos com menor peso e idade gestacional quando comparadas às adultas jovens.

Falar em avaliação da qualidade da assistência pré-natal é descrever sobre a valorização de alguns aspectos que serão traduzidos em ações concretas que permitirão avaliar o serviço de saúde, o qual será essencial para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil.

5.2.1 Início do Pré-natal

O início do pré-natal deve ser o mais precoce possível, e segundo o que o MS preconiza é que este seja iniciado antes de 120 dias da data da última menstruação.

É de suma importância a captação precoce das gestantes adolescentes no pré-natal, pois esta tem por objetivo o fortalecimento de sua adesão para um

acompanhamento sistemático, universal e estará integrado com ações preventivas. Seu sucesso estará diretamente interligado ao início do pré-natal e número de consultas realizadas.

No presente estudo foi verificado que 876 (81,7%) das gestantes adolescentes iniciaram seu pré-natal antes de 120 dias de gestação (17 semanas e 1 dia) considerando 2006 e 2007 (Tabela 4). Encontrou-se a média de idade gestacional de 23 semanas (161 dias).

Tabela 4 - Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de dias em que iniciaram o pré-natal, Franca - SP, 2006-07.

	< 120 dias		≥ 120 dias		Total
	N	%	N	%	
	876	81,7	196	18,3	1072

Fonte: SISPRENATAL

No ano de 2006 verificou-se que mesmo havendo cerca de seis vezes mais gestantes adolescentes captadas com idade gestacional menor de 120 dias e sua maior concentração encontrava-se dentro da faixa etária dos 17 a 18 anos, a média de idade gestacional para este referido ano foi de 13 semanas (91 dias) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de dias em que iniciaram o pré-natal no de 2006 Franca - SP

Dias	Idades								Total
	10 a 14	%	15 a 16	%	17 a 18	%	19	%	
< 120 dias	16	80	122	87,1	154	83,2	80	88,9	372
≥ 120 dias	4	20	18	12,9	31	16,8	10	11,1	63
Total	20	100	140	100	185	100	90	100	435

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 2,39$

* $p = 0,49$

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na distribuição de faixa etária das gestantes captadas com menos ou com mais de 120 dias de gestação em 2006.

No entanto não diferentemente, encontrou-se no ano de 2007 cerca de quatro vezes mais gestantes adolescentes captadas com idade gestacional menor de 120 dias e sua maior concentração encontrava-se dentro da faixa etária dos 17 a

18 anos, a média de idade gestacional para este referido ano foi de 13,6 semanas (95 dias) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de dias em que iniciaram o pré-natal no de 2007 Franca - SP

Dias	Idades								Total
	10 a 14	%	15 a 16	%	17 a 18	%	19	%	
< 120 dias	36	76,6	134	78,8	210	79,8	124	79	504
≥ 120 dias	11	23,4	36	21,2	53	20,2	33	21	133
Total	47	100	170	100	263	100	157	100	637

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 0,28$

* $p = 0,96$

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na distribuição de faixa etária das gestantes captadas com menos ou com mais de 120 dias de gestação em 2007.

Foi encontrado o valor mínimo de dias de início do pré-natal de 18 dias de gestação e número máximo de 269 dias, tendo como média 93,07 dias para o grupo em questão (Figura 2).

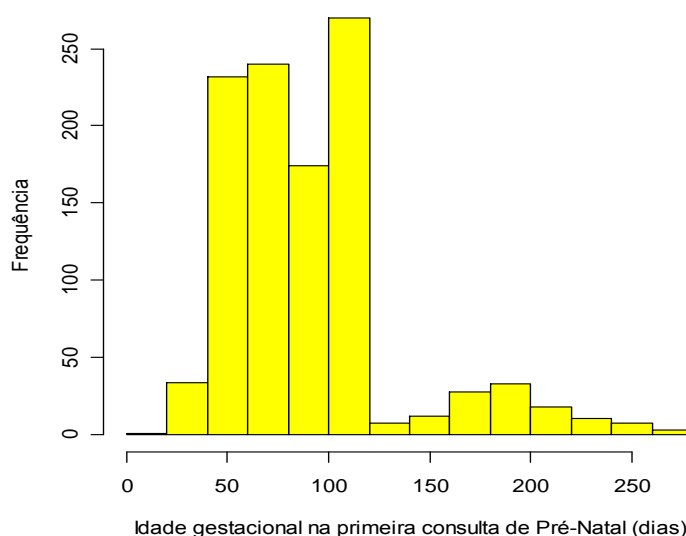


Figura 2 - Histograma da variável Idade gestacional na primeira consulta de Pré-Natal (dias).

5.2.2 Número de Consultas do Pré-natal

Quanto ao cumprimento da realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, 352 gestantes adolescentes, ou seja, 32,8% cumpriram o protocolo estabelecido pelo PHPN da realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e 720 (67,2%) não cumpriram esta etapa (Tabela 7). Entretanto, a tabela a seguir nos mostra uma redução constante a cada consulta do pré-natal (da 1ª a 6ª) da ordem de 14%, notadamente apenas um terço das gestantes adolescentes realizaram a 6ª consulta preconizada pelo PHPN. Sendo encontrado no presente estudo uma média de 4,4 consultas por gestantes adolescentes, ficando abaixo do preconizado pelo MS.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes adolescentes segundo o número de consultas realizadas no pré-natal nos anos de 2006-07. Franca - SP

Nº consultas	2006		2007		Total
	n	%	n	%	
1	435	100	637	100	1072
2	366	84,1	558	87,6	924
3	308	70,8	468	73,5	776
4	251	57,7	384	60,3	635
5	201	46,2	295	46,3	496
6	143	32,9	209	32,8	352
7	111	25,5	144	22,6	255
8	51	11,7	72	11,3	123
9	10	2,3	23	3,6	33
	1876		2790		4666

Fonte: SISPRENATAL

5.2.3. Realização de Exames Laboratoriais

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, todos os esforços na atenção básica devem ser desenvolvidos no sentido de garantir o desenvolvimento de uma gravidez segura, sendo definidas ações de prevenção de agravos,

promoção da saúde e tratamento dos problemas que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal.

São realizados diversos exames laboratoriais durante o pré-natal os quais têm por objetivo monitorar e garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar adequada e precocemente quais as pacientes com maiores chances de evolução desfavorável durante a gestação. Os exames pré-natais podem garantir uma gestação segura, mas devem ser realizados logo que a gestação for confirmada.

a) Testagem do Tipo Sanguíneo pelo Sistema ABO e fator Rh

Exame realizado para verificar qual é o tipo de sangue e, se o fator Rh é positivo ou negativo. Caso a gestante seja Rh negativo e o pai do feto seja Rh positivo, há o risco do corpo da gestante produzir anticorpos contra o sangue do feto, podendo ocorrer uma incompatibilidade sanguínea que levará à destruição das células vermelhas do feto, podendo levar à sua morte antes mesmo do nascimento.

Este fenômeno é chamado de Eritroblastose Fetal. É importante sabermos o tipo de sangue da gestante e estes dados deverão estar anotados no cartão no pré-natal para uma possível necessidade de transfusão sanguínea. No que diz respeito à realização desse exame pelas gestantes adolescentes estudadas, verificou-se que 824 gestantes (76,9%) o fizeram e 23,1% não realizaram este exame, conforme podemos verificar na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização ou não do exame ABO Rh, Franca, 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	N	%	n	%	
ABO Rh	824	76,9	248	23,1	1072

Fonte: SISPRENATAL

b) Realização do Hemograma Completo

Tem por objetivo avaliar o nível de hemoglobina, assim avaliar também a quantidade de leucócitos e plaquetas. As gestantes, que estiverem com os níveis alterados, deverão ser tratadas, pois estão com anemias ou algum tipo de infecção sistêmica, o que poderá comprometer o feto, causando fenômenos hemorrágicos. Se o resultado da hemoglobina for inferior a 8 g/dl, será diagnosticado anemia grave e a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de atendimento de pré-natal de alto risco.

No tocante ao presente estudo, verificou-se que 821 gestantes (76,6%) realizaram o exame de Hemoglobina e 251 (23,4%) não realizaram; enquanto que 820 gestantes (76,5%) realizaram o exame de Hematócrito e 252 (23,5%) não o fizeram, nos anos estudados (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo a realização de exames complementares de ABO Rh, Franca 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
Hb	821	76,6	251	23,4	1072
Ht	820	76,5	252	23,5	1072

Fonte: SISPRENATAL

c) Testagem de Sorologia para Sífilis

A Sífilis é uma doença infecciosa, de caráter sistêmico e evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. O agente etiológico é o *Treponema pallidum* que é transmitido predominantemente pela via sexual ou materno-infantil (transmissão vertical).

A Sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, pois ela poderá causar abortamento tardio, natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro (MS, 2006).

É uma sorologia indicada para detectar uma das principais infecções congênicas e, é obrigatória na realização do pré-natal. É um teste de triagem para Sífilis, doença que pode causar anomalias congênicas, caso seja transmitida ao feto. A Sífilis pode ser detectada em vários estágios mas é de tratamento simples, e o pré-natal é o momento de prevenir a Sífilis congênita. O MS utiliza como critério de avaliação (indicador de resultado) que seja no máximo encontrado 1 caso de Sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos.

Em caso do resultado da sorologia para Sífilis ser positivo, deverá ser encaminhado para o teste confirmatório (FTA-Abs). Se o teste confirmatório der como resultado “não reagente”, deverá ser descartado a hipótese de Sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gestação e outras doenças (por exemplo Lúpus), neste caso, a gestante deverá ser encaminhada para consulta com especialista em sérico de pré-natal de alto risco.

Se o teste confirmatório for “reagente”, o diagnóstico de Sífilis está confirmado, devendo iniciar imediatamente o tratamento da gestante e do seu parceiro sexual. Na impossibilidade de realização do teste confirmatório (FTA-Abs) em tempo hábil, considerar o resultado positivo em qualquer titulação para Sífilis e iniciar o tratamento.

Na tabela 10 estão distribuídos os exames de VDRL realizados pelas gestantes adolescentes nos anos estudados e em dois momentos distintos, ou seja, primeira consulta (VDRL 1) e 30ª semana de gestação (VDRL 2). Podemos observar que 29% das gestantes adolescentes repetiram o VDRL 2 na 30ª semana de gestação. Índice muito abaixo do esperado pelo PHPN. Isto significa que das 831 gestantes adolescentes cujo VDRL 1 foi realizado apenas 311 (37,4%) teve o VDRL 2 realizado.

Tabela 10 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo a realização do exame complementar VDRL na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
VDRL 1	831	77,5	241	22,5	1072
VDRL 2	311	29	761	71	1072

Fonte: SISPRENATAL

d) Exame de Elementos e Sedimentos na Urina

Na gestação por ação da progesterona e pelo próprio crescimento uterino, o aparelho urinário sofre modificações, com dilatação e compressão das vias urinárias, favorecendo a retenção. Portanto, a gestante tem maior propensão à bacteriúria assintomática e infecção. Casos não tratados podem evoluir para Pielonefrite aguda, onde o risco de trabalho de parto prematuro chega a 20% (BASEGIO et al., 2000).

Além da possível infecção urinária, que já é risco também para ruptura da bolsa amniótica, este exame ainda poderá ser útil na detecção de proteínas em gestantes hipertensas, o que indicará a presença de pré-eclâmpsia.

No estudo apresentado foram verificadas que somente 77,3% das gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL, em 2006/2007, realizaram este exame no início de seu pré-natal (Urina rotina 1) e apenas 28,7% realizaram no 3º trimestre (Urina rotina 2) (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo a realização do exame de Urina rotina na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
Urina rotina 1	829	77,3	243	22,7	1072
Urina rotina 2	308	28,7	764	71,3	1072

Fonte: SISPRENATAL

e) Glicemia de Jejum

É um exame simples e útil para detectar intolerância à glicose, o qual poderá levar como consequência o Diabetes gestacional, que é uma das intercorrências endocrinológicas mais frequentes da gestação, comprometendo tanto a mãe quanto o feto. Sendo uma patologia totalmente controlável, permite evitar as

complicações e os óbitos fetais. Quando não controlada, o recém-nascido poderá nascer com peso muito elevado, geralmente acima de 4000 gr. denominado como macrossomia, pode ainda dificultar o trabalho de parto normal (MORAES; FILHO, 2000).

A dosagem de glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante, devendo ser solicitado na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o Diabetes mellitus gestacional (DMG), independente da presença de fatores de risco.

No que diz respeito à realização do exame de glicemia de jejum nas gestantes adolescentes verificou-se que 77,2% das gestantes realizaram no início do pré-natal (glicemia 1) e que somente 28,9% o repetiram na 30ª semana de gestação (glicemia 2).

Semelhantemente ocorreu o fato para o ano de 2007, conforme podemos observar na tabela 12 abaixo.

Tabela 12 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo a realização do exame de Glicemia de jejum na 1ª consulta e repetido na 30ª semana de gestação, Franca, 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
Glicemia 1	828	77,2	244	22,8	1072
Glicemia 2	310	28,9	762	71,1	1072

Fonte: SISPRENATAL

f) Sorologia Anti-HIV

A sorologia para a detecção da infecção pelo HIV tem sido recomendada na rotina do pré-natal devido ao risco real da transmissibilidade vertical do vírus HIV e possibilitar a redução da infecção fetal pelo uso do antiviral (AZT) durante a gestação, que de acordo com a recomendação da Coordenação Nacional de DST/Aids, deve ser iniciado pela gestante portadora do HIV após a 14ª semana de gestação (BRASIL, 1999b). Este mesmo órgão recomenda que o teste deva ser

oferecido para todas as gestantes, mediante seu consentimento e com aconselhamento pré e pós teste. Em todos os casos, o profissional deverá discutir o significado do resultado, reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, além de informar que o teste deverá ser repetido a cada nova gestação (MS, 2006).

Segundo Duarte (1997) existem algumas complicações da infecção pelo HIV, tais como abortamento, baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro, e outros, podem estar relacionados à presença de outros fatores, que por si só prejudicam o desenvolvimento da gestação.

No presente estudo foi possível constatar que foram realizados 76,3% e 77,7% o exame de sorologia anti-HIV pelo método Elisa nas gestantes adolescentes nos anos de 2006 e 2007. Considerando o biênio 2006/2007 827 gestantes adolescentes realizaram o exame complementar anti-HIV na primeira consulta de pré-natal (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame de anti-HIV na 1ª consulta de pré-natal, Franca 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	N	%	n	%	
HIV	827	77,1	245	22,9	1072

Fonte: SISPRENATAL.

5.3 Repetição dos Exames

É preconizado pelo MS que toda gestante deve realizar uma nova coleta para controle dos exames de Urina rotina, Glicemia de jejum e sorologia para Sífilis (VDRL), dentre a 28ª e 30ª semana de gestação.

Neste estudo foi encontrada uma menor proporção de gestantes adolescentes que realizaram os segundos exames supracitados (cerca de 28,8%). Tomando como fundamento as indicações preconizadas pelo MS para a realização

do segundo exame e o seu valor, este passo não cumprido no SISPRENATAL, nos remete a pensar o quanto estas gestantes adolescentes estão desprovidas de cuidados e suas possíveis conseqüências para o feto.

Com base nos resultados encontrados, expomos abaixo a tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo realização do exame complementar de VDRL, Urina rotina e Glicemia repetidos na 30ª semana de gestação, Franca 2006-07

Registro	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
VDRL 2	311	29	761	71	1072
Urina rotina 2	308	28,7	764	71,3	1072
Glicemia 2	310	28,9	762	71,1	1072

Fonte: SISPRENATAL

5.4. Vacinação Contra o Tétano

O Tétano é uma doença infecciosa aguda não-contagiosa, causada pela ação de toxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, que provoca um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Atualmente, o tétano é uma doença pouco incidente, mas não se justifica o descuido com as vacinas, porque se trata de uma enfermidade grave com risco de vida para a pessoa.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005), no Brasil, há uma tendência de declínio das taxas médias de incidência no período de 1982 a 2003, com uma redução de 72% no número absoluto de casos confirmados. O mesmo manual técnico refere que a região Sudeste foi a que apresentou a maior redução no coeficiente de incidência neste mesmo período, decrescendo de 1,00 para 0,01 por 100 mil habitantes. A doença tem acometido todas as faixas etárias, mas atualmente, 46,2% dos casos estão concentrados no grupo de 20 a 49 anos de idade. Nele preconiza-se realizar a vacina chamada Dupla adulto, pois ela irá proteger contra o Tétano e a Difteria, não somente o público em questão, mas também a todas as pessoas que necessitarem de proteção contra o Tétano.

De acordo com protocolo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto (MS, 2006).

No presente estudo, encontramos uma pequena porcentagem que recebeu a 1ª dose, 131 gestantes adolescentes (12,2%). Para a 2ª dose, quando se esperava um número próximo as 131 gestantes da 1ª dose, houve uma redução de 51,9%, ou seja, apenas 63 (5,9%) gestantes adolescentes receberam a 2ª dose. Talvez isso possa ser explicado pelo fato de ser preconizado pelo MS que, todas as pessoas devem receber o reforço da vacina Dupla adulto com 15 anos de idade, ou melhor, 10 anos após ter recebido o 2º reforço da vacina DPT (contra Difteria, Coqueluche e Tétano) do esquema de vacinação infantil (com 5 anos de idade), conforme demonstra a Tabela 15 a seguir. Considera-se como imunizadas as gestantes que receberam dose de reforço (255) ou com vacinação completa válida (301), perfazendo um total 556 gestantes, ou seja, 51,9% destas.

Tabela 15 - Distribuição das gestantes adolescentes segundo as doses recebidas da vacina Dupla Adulto, Franca 2006-07

	1ª dose				2ª dose				Reforço		Imune	
	sim	%	não	%	sim	%	não	%	sim	%	sim	%
2006-07	131	12,2	941	88	63	5,9	1009	94	255	23,8	301	28,1

Fonte: SISPRENATAL, Franca -SP

Entre as adolescentes gestantes que receberam a vacinação Dupla adulto (preconizada pelo CVE), seja nas doses 1ª, 2ª ou reforço, não houve boa cobertura em nenhuma das situações e/ou anos estudados (Tabela 16). Observa-se que na faixa dos 15 anos, período em que as adolescentes deveriam ter recebido o reforço da vacina Dupla adulto, pelo calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde, não houve cobertura eficaz, se considerarmos a 1ª dose (12,2%), a segunda dose (5,9%) e a dose de reforço (23,8%) perfazendo um total de 42,1%. Isto indica uma possível exposição e vulnerabilidade para o neonato contrair Tétano neonatal.

Tabela 16 - Distribuição das gestantes adolescentes que receberam a 1ª, 2ª dose e reforço da vacina Dupla Adulto segundo grupo etário, Franca 2006-07

Idade	1ª		2ª		Reforço		Total
	n	%	n	%	n	%	
10 -14	4	0,4	2	0,2	20	1,9	26
15 - 19	127	11,8	61	5,7	235	21,9	423
Total	131	12,2	63	5,9	255	23,8	449

Fonte: SISPRENATAL

5.5 Consulta Puerperal

A consulta puerperal é muito importante, pois é através dela que a puérpera será avaliada sobre seu estado de saúde e condições pós-gravídicas, é o momento de oferta quanto ao planejamento familiar bem como avaliar o aleitamento materno e identificar situações de risco e conduzi-las.

O que o Ministério da Saúde recomenda que seja realizada uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do recém-nascido ou que a mulher e o bebê retornem ao serviço dentro de 7 a 10 dias após o parto. Este retorno à unidade de saúde deverá ser incentivado durante as consultas de pré-natal, bem como na maternidade.

Quanto à realização da consulta de revisão de parto (consulta puerperal) no presente estudo, verificou-se que somente 6,7 % das puérperas adolescentes realizaram esta consulta antes de completarem 42 dias após o parto. Observou-se que uma pequena parcela de puérperas não realizou a consulta puerperal, ou seja, apenas 95 (8,8%), enquanto que a maior concentração desse indicador 911 (84,9%) encontra-se na categoria das que realizaram a consulta puerperal após os 42 dias do nascimento da criança, ficando aquém do período estabelecido pelo MS (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição das puérperas adolescentes inscritas no SISPRENATAL que realizaram consulta de puerpério com menos ou mais de 42 dias, Franca 2006-07

n = 1072	até 42 dias		> 42 dias		não realizada	
	n	%	n	%	n	%
Total	66	6,7	911	84,8	95	8,8

Fonte: SISPRENATAL

Entre as gestantes adolescentes estudadas, verificamos que uma menor proporção realizou a consulta puerperal até 42 dias de pós-parto (6,7% e 5,8%) nos anos de 2006 e 2007 respectivamente; 2,5% e 13,1% não realizaram a consulta puerperal. A maioria, 90,8% e 81%, realizou a consulta de puerpério após os 42 dias de pós-parto (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição das puérperas adolescentes cadastradas no SISPRENATAL de acordo com o ano estudado e a realização da consulta de puerpério com menos ou mais de 42 dias, Franca 2006 – 07.

Ano	Gestantes adolescentes	realizada até 42 dias pós parto		realizada após 42 dias do parto		não realizada	
		n	%	n	%	n	%
2006	435	29	6,7	395	90,8	11	2,5
2007	637	37	5,8	516	81	84	13,1

Fonte: SISPRENATAL, Franca.

5.6 Análise das Diferenças Etárias nos Critérios de Avaliação do Pré-natal

5.6.1 Diferenças Etárias do início do Pré-natal

Em relação à captação precoce das gestantes adolescentes estudadas, verificou-se que 876 (81,7%) iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação, sendo que 364 (33,9%) estavam dentro da faixa etária de 17-18 anos (Tabela 19), e apenas 196 gestantes adolescentes iniciaram após 120 dias, correspondendo a 18,3%. A média encontrada da idade gestacional de início do pré-natal foi de 23 semanas (161 dias) para as gestantes adolescentes.

Observa-se maior porcentagem (82,6%) de gestantes com 19 anos que iniciaram o pré-natal antes de completarem 120 dias de gestação do que gestantes com 14 anos ou menos (77,6%); entretanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,077$).

Tabela 19 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e o nº de dias do início do pré-natal, Franca 2006-07

Dias	Idades								Total
	10 - 14	%	15 - 16	%	17 - 18	%	19	%	
< 120 dias	52	77,6	256	82,6	364	81,2	204	82,6	876
≥ 120 dias	15	22,4	54	17,4	84	18,8	43	17,4	196
Total	67	100	310	100	448	100	247	100	1072

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 1,10$

* $p = 0,077$

5.6.2 Diferenças Etárias em Relação ao Número de Consultas no Pré-natal

A média de consultas de pré-natal foi de 4,4 consultas por gestantes adolescentes, ficando muito aquém do esperado.

Para 720 gestantes (67,2%) não foi cumprido o protocolo de realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e apenas 352 (32,8 %) cumpriram esta etapa.

Verifica-se maior porcentagem de gestantes adolescentes que não cumpriram o mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS nas duas faixas de idade, 10 a 14 anos (64,2%) e 15 a 19 anos (67,4%) do que gestantes adolescentes que realizaram 6 ou mais consultas durante a gestação, 35,8% na faixa de 10 a 14 anos e 32,6% na faixa de 15 a 19 anos. Entretanto essa diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,591$) (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e número de consultas realizadas no pré-natal, Franca 2006-07

Idade	< 6 cons.	%	≥ 6 cons.	%	Total
10 - 14	43	64,2	24	35,8	67
15 - 19	677	67,4	328	32,6	1005
Total	720		352		1072

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 0,2888$

* $p = 0,591$

5.6.3 Análise da Diferenças entre 2006 e 2007 nos Critérios de Avaliação do Pré-natal

No ano de 2006 havia 21 adolescentes grávidas com idade entre 10 a 14 anos e 414 com idade entre 15 a 19 anos, as quais estavam realizando seu pré-natal na rede pública, correspondendo a 2,84% de toda a população feminina do município no mesmo período. Já em 2007 houve um aumento de nos casos de gestantes adolescentes acompanhadas pela rede municipal, onde pudemos observar que na faixa etária de 10 a 14 anos havia 47 adolescentes grávidas e 590 estavam dentre a faixa etária de 15 a 19 anos, correspondendo a 4,42% da população feminina do município no mesmo ano (Tabela 21).

Tabela 21 - População feminina residente por faixa etária e nº de gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL, Franca - SP, 2006-07

Idade	2006			2007		
	Pop. Fem.	Gestante Adolesc.	%	Pop. Fem.	Gestante Adolesc.	%
10 - 14 anos	14978	21	0,14	13390	47	0,22
15 - 19 anos	15350	414	2,7	13872	590	4,2
Total	30328	435	2,84	27262	637	4,42

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas e SISPRENATAL

Observa-se que não houve associação entre a distribuição etária das gestantes adolescentes e os anos estudados ($p= 0,051$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição de gestantes adolescentes de acordo com o grupo etário e ano, Franca.

Idade	Ano				Total
	2006	%	2007	%	
10 -14	21	4,8	47	7,4	68
15 - 16	139	32	170	26,7	309
17 - 18	185	42,5	263	41,3	448
19	90	20,7	157	24,6	247
Total	435	100	637	100	1072

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 7.7500$

* $p = 0,051$

Observa-se maior porcentagem de gestantes adolescentes que não cumpriram o mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS nos dois anos estudados, 67,4% em 2006 e 67% em 2007, do que gestantes adolescentes que realizaram seis ou mais consultas 32,6% em 2006 e 33% em 2007. Contudo essa diferença não é estatisticamente significativa ($p= 0,912$), ou seja, não houve melhora ou piora em 2007 quando comparamos com 2006 (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com o número de consultas e ano de sua realização, Franca 2006-07

Ano	< 6 cons.	%	≥ 6 cons.	%	Total
2006	293	67,4	142	32,6	435
2007	427	67,0	210	33,0	637
Total	720		352		1072

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 0,0123$

* $p = 0,912$

Testou-se a idade da gestante segundo o número de consultas em 2006 e 2007 e não houve diferença estatística significativa segundo mostra a tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição de adolescentes que realizaram no mínimo 6 consultas de PN segundo idade e ano de gravidez, Franca, 2006-07

Idade	2006				2007			
	<6	%	≥6	%	<6	%	≥6	%
10 - 14	12	2,7	9	2,1	32	5	15	2,4
15 - 19	281	64,6	133	30,6	395	62	195	30,6
Total	293	67,4	142	32,6	427	67	210	33

Fonte: SISPRENATAL

* $\chi^2 = 1,047$

* $p = 0,316$

* $\chi^2 = 0,025$

* $p = 0,873$

Na tabela 25 podemos verificar que apesar da captação para o início do pré-natal ser relativamente precoce, o número de adolescentes gestantes que realizam no mínimo 6 consultas durante o pré-natal é baixo, ficando em 32,7% e 33%, para os anos de 2006 e 2007, respectivamente.

A realização de todos os exames preconizados pelo MS na 1ª consulta e a repetição de alguns na 30ª semana, apresenta baixa cobertura na 1ª coleta (76,8% e 77,4%), respectivamente nos anos de 2006 e 2007, havendo uma queda na taxa da 2ª coleta, ficando em torno de 29,4% e 28,4%, no mesmo período

No tocante a realização da vacinação Dupla Adulto (contra o Tétano e a Difteria), houve uma cobertura de 51,9%, nos anos estudados, visto que uma parcela dessas adolescentes já se encontravam imunizadas (28,1%).

Quanto à consulta puerperal acontecer antes de 42 dias após o parto, somente 6,7% realizaram em 2006 e 5,8% em 2007, conforme Tabela 25 a seguir.

Tabela 25 - Diferenças entre os anos de 2006 e 2007 quanto aos critérios de avaliação do pré-natal, Franca – SP

Critérios	2006 (n=435)		2007 (n=637)	
	n	%	n	%
Início do PN antes de 120 dias de gestação	372	85,5	504	79,1
Realização de mínimo 6 consultas	142	32,6	210	33
Realização dos 1º exames laboratoriais	334	76,8	493	77,4
Repetição dos exames laboratoriais	128	29,4	181	28,4
Vacinação completa (1ª, 2ª e reforço)	179	41,5	272	42,7
Realização da consulta puerperal antes de 42 dias pós parto	29	6,7	37	5,8

Fonte: SISPRENATAL

5.7 Tipos de Parto

Na faixa etária de 10 a 19 anos em 2006 e 2007, ocorreram no município de Franca (SP), 1540 nascimentos, entre partos vaginais e cesáreas, representando cerca de 14,1% do total de nascimento em todas as faixas etárias (Tabela 26). No município de Franca os nascimentos ocorrem quase em sua totalidade na rede hospitalar, composta pela Santa Casa de Misericórdia (referência ao atendimento de pacientes do SUS), Hospital Unimed e Hospital Regional, ambos conveniados), não diferentemente que ocorre em todo o Brasil, onde 95% dos partos são hospitalares (DATASUS, 2007).

Tabela 26 – Nascidos vivos por tipo de parto em adolescentes, segundo ano de gravidez, Franca – SP

2006		2007		Total
Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	
498	283	461	298	1540

Fonte: SINASC Web – V.E.M., 2007

Verifica-se na tabela acima, que cerca de 63,8% e 60,7% dos nascimentos ocorridos respectivamente nos anos de 2006 e 2007, foram de partos normais realizados nas gestantes adolescentes, o que mostra a busca da intensificação na redução do parto cesárea como meio de humanização do nascimento.

Os dados do SINASC (tabela 27) mostram que houve um aumento no número de gestantes adolescentes que realizaram o parto cesárea no ano de 2007 em relação a 2006, principalmente nas idades de 15 anos ou mais. Observa-se que em 2006 o percentual de parto cesáreas foi de 36,2 contra 39,3% em 2007. As adolescentes com idade de 18 anos contribuíram com cerca de 72% de aumento no número de cesáreas entre adolescentes no período analisado.

Tabela 27 - Nascidos vivos por tipo de parto em adolescentes, segundo ano de gravidez, Franca - SP

Idade	2006				2007				Total
	Vaginal		Cesárea		Vaginal		Cesárea		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	3	0,6	1	0,3	1	0,2	1	0,3	6
14	9	1,8	13	4,6	10	2,2	8	2,7	40
15	37	7,4	16	5,6	33	7,1	20	6,7	106
16	76	15,3	34	12	67	14,5	34	11,4	211
17	110	22	65	23,1	106	23	60	20,2	341
18	123	24,8	68	24	106	23	94	31,5	391
19	140	28,1	86	30,4	138	30	81	27,2	445
Total	498	100	283	100	461	100	298	100	1540

Fonte: SINASC Web - V.E.M., 2007

Alguns autores referenciados por Magalhães et al. (2006) sugerem que em adolescentes jovens os ossos pélvicos e o canal de parto ainda podem estar em processo de crescimento, aumentando a indicação de parto cesárea. No entanto, contrariando essa teoria da imaturidade biológica, a frequência de cesárea em muitas casuísticas com adolescentes encontradas em vários estudos, tem sido menor que em mulheres adultas.

5.8. Avaliação

Todos os indicadores avaliados neste estudo se encontram descritos na Tabela 28 logo a seguir.

Tabela 28 - Indicadores de processo da assistência pré-natal e puerperal propostos pelo Programa de Humanização e Nascimento (PHPN) e obtidos no município de Franca - SP, nos anos de 2006-07.

Critérios	2006 (n=435)		2007 (n=637)	
	n	%	n	%
Porcentagem de gestantes adolescentes que iniciaram pré-natal até 120 dias em relação à população-alvo	372	85,5	504	79,1
Porcentagem de gestantes adolescentes que realizaram 6 consultas de pré-natal	142	32,6	210	33
Porcentagem de gestantes adolescentes que realizaram 6 consultas de pré-natal e puerpério	23	5,3	29	4,6
Porcentagem de gestantes adolescentes que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos	31	7,1	71	11,1
Porcentagem de gestantes adolescentes que realizaram 6 consultas de pré-natal, puerpério e todos os exames básicos	6	1,4	15	2,4
Porcentagem de gestantes adolescentes que receberam dose imunizante da vacina antitetânica	252	57,9	304	47,7
Porcentagem de gestantes adolescentes que realizaram 6 consultas de pré-natal, puerpério, todos os exames básicos, teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica	3	0,7	3	0,5

Fonte: SISPRENATAL

A análise dos dados relativos ao número de dias de gestação em que as adolescentes se encontravam no início do pré-natal mostrou que 876 (81,7%) delas realizaram a primeira consulta antes de 120 dias de gestação, enquanto apenas 196 (18,3%) delas o fizeram após os 120 dias.

Constatamos que em 2006 85,5% das gestantes adolescentes iniciaram o PN com gestação menor que 120 dias, houve piora nesse indicador para 2007, quando 79,1% das gestantes adolescentes iniciaram o PN com menos de 120 dias.

Considerando as questões relativas aos riscos da gravidez na adolescência existe a necessidade de melhorar esses indicadores entre 25% a 50%. Encontramos aqui dois problemas: 1) muitas gestantes adolescentes não são captadas precocemente pelo serviço de saúde que oferece o PN. Conseqüentemente realizam número insuficiente de consultas de PN durante a gestação (4,4 consultas/gestantes adolescentes), e não completam o esquema de exames laboratoriais preconizado, seja no início do PN ou durante a 28ª e 30ª semana de gestação. 2) Mesmo para aquelas que são captadas precocemente os procedimentos preconizados não são cumpridos.

No tocante à assistência pré-natal, o PHPN prevê como uma das ações essenciais, a captação precoce das gestantes, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra até o 120 dias de gestação; visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

Coutinho et al. (2003), ao pesquisarem sobre o processo da assistência prestada a usuárias do SUS em Juiz de Fora (MG), constataram que somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, não obstante esse indicador se manteve em outros estudos, havendo destaque apenas em Pelotas, Rio Grande do Sul, onde esse índice chegou a 46% (SILVEIRA et al., 2001).

Considerando que a espera para realizar a primeira consulta de PN não deverá ultrapassar 15 dias, período geralmente ocorrido entre a confirmação da gestação e o agendamento da consulta, no município de Franca (SP) foi estabelecido o protocolo de ação quanto ao diagnóstico de gravidez ser realizado pelo profissional enfermeiro da UBS/PSF, visando assim viabilizar as ações em caso de resultado positivo, ou seja, providenciar o pedido de exames complementares, laboratoriais e ultrassonográficos, a fim de que fiquem prontos antes do retorno da gestante com o médico, que com os exames em mãos poderá intervir positivamente e/ou realizar a classificação de risco.

Vários estudos realizados até então, indicam que a adolescente gestante pode ter maior predisposição a riscos gestacionais, seja de ordem biológica da própria fisiologia da adolescente, ou seja, por resultados obstétricos (CONDE-AGUDELO et al., 2005; JOLLY et al., 2000; FRASER et al., 1995; DUARTE, 2003).

Verificamos que apenas cerca de 30% das gestantes adolescentes realizam o número preconizado de pelo menos 6 consultas de PN. Isso irá influenciar a realização dos exames laboratoriais e outros procedimentos.

Embora 90% das gestações sejam de baixo risco para as mulheres em geral, com evolução favorável, deverá ser seguido um calendário de consultas, o qual consiste em realizar uma consulta pelo médico ou pelo enfermeiro a cada quatro semanas até 32 semanas de gestação, passando a quinzenal até 36 semanas e semanais até o parto (BASEGIO et al., 2000). Contudo para as gestantes adolescentes, Magalhães et al. (2006), refere que alguns autores indicam que a gravidez nas adolescentes se associa com aumento dos riscos gestacionais.

A OMS sustenta que as adolescentes têm uma probabilidade muito maior de intercorrências clínicas como: anemia na gravidez, partos prematuros (devido à infecção do trato urinário), bebês de baixo peso, por desenvolvimento fetal insuficiente e desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Tal agravo, se não tratado adequadamente, poderá conduzir à morte, sendo o risco mais elevado de morte materna entre as adolescentes de até 20 anos. Entre as adolescentes de 10 a 14 anos, o risco de morte materna é cinco vezes maior, quando comparado com as adolescentes de 15 a 19 anos (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OMS, 1998). No Brasil, o Ministério da Saúde em manual técnico destinado aos profissionais sobre Pré-natal e Puerpério, reconhece como fator de risco para gestação somente as adolescentes com idade menor que 15 anos (BRASIL, 2005).

Grangeiro et al. (2008) refere que a realização das seis consultas durante o pré-natal seria o mínimo necessário para garantir não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestante e a detecção precoce de fatores de risco e agravos que poderão surgir, mas, de igual importância, estabelecer vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de prepará-las melhor para o parto e puerpério, de maneira a vivenciá-los com autonomia e segurança.

Em relação ao número de consultas da pré-natal, apenas cerca de um terço (32,8%) das 1072 gestantes adolescentes realizaram no mínimo seis consultas dentro do que é estabelecido pelo MS. Observou-se uma redução gradativa em torno de 14% a cada consulta, das quais apenas 3,3% chegaram ao número de nove consultas em acompanhamento gestacional.

Algumas pesquisas na literatura revelam que o número de consultas durante o pré-natal está diretamente relacionado com as condições de nascimentos dos recém-nascidos. Um estudo realizado em Caxias do Sul (Rio Grande do Sul) evidenciou que o parto de RN de muito baixo peso está fortemente associado ao pequeno número de consultas realizadas pelas gestantes.

Dados do DATASUS mostram que, embora ainda haja muita dificuldade para realização dos procedimentos previstos na atenção pré-natal, houve um aumento no número de consultas de gestantes no SUS. De acordo com pesquisa realizada por este órgão em 1995 foi registrada uma média de 1,2 consulta pré-natal por parto realizado. Já em 2003, esse número aumentou para 5,1, provavelmente

impulsionado pela implantação do PHPN em 2000. E no último levantamento realizado pelo mesmo órgão no ano de 2006, essa média subiu para 5,7 consultas (DATASUS, 2008).

No presente estudo constata-se que a maioria das gestantes apesar de ser captadas precocemente para o pré-natal não obteve o número de consultas suficientes para uma boa assistência. Além disso, verificamos que cerca de somente 6,7% das gestantes adolescentes realizam a consulta de puerpério antes de 42 dias de pós-parto. O puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001). Entretanto, se utilizamos os critérios de avaliação do PHPN que combina o número de consultas com a realização da consulta de puerpério antes de 42 dias, verificamos que cerca de 5% das gestantes adolescentes se enquadram neste critério.

Para o PHPN, o término do acompanhamento de uma gestante acontece após ela passar por essa consulta de revisão de parto. É de extrema importância a realização desta consulta, principalmente por parte adolescente, pois é nessa hora que se deve ouvir suas queixas, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao rastreamento de infecção, anemia, exame da mama, incentivo para a continuação do aleitamento materno, garantir o adequado intervalo interpartal, planejamento familiar e detectar possíveis estados depressivos. É momento de completar o esquema vacinal contra o Tétano, para aquelas que ainda não completaram, ou não têm a imunização contra a Hepatite B e Rubéola.

Nesta consulta também pode ser realizado o exame preventivo para câncer cervical, principalmente aquelas que não o realizaram durante a gestação.

O presente estudo indicou que apenas 6,7% das puérperas adolescentes realizam esta consulta antes de completarem 42 dias após o parto, enquanto que a maior concentração desse indicador 911 (84,9%) encontra-se na categoria das que realizaram a consulta puerperal após os 42 dias do nascimento da criança, ficando aquém do período estabelecido pelo MS.

Serruya et al. (2004) menciona que existe dificuldade de captação da mulher embora as altas taxas de vacinação do recém-nascido no primeiro mês de vida apontem para a presença das mães no serviço de saúde. Em estudo realizado em 2001 e 2002, apontam que o maior porcentual alcançado foi de 19%. Eles também destacam alguns motivos para a baixa cobertura como: perda da informação por

falha no registro e falha de estrutura dos serviços de atenção básica para a sua realização, como por exemplo, de perder a oportunidade de da revisão de parto no momento em que a puérpera leva seu bebê para realização do teste do pezinho e/ou na realização da vacina BCG.

Os exames laboratoriais realizados no pré-natal (tipagem sangüínea, hemograma completo, hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, urina tipo I e sorologias: VDRL e anti-HIV), são considerados claros marcadores da qualidade na assistência durante o pré-natal.

Encontramos ainda, diferentes resultados quanto à cobertura de exames básicos no início da gravidez, quando estes foram considerados isoladamente, ou seja, ABO Rh (76,9%), Hb/Ht (76,6/76,5%), VDRL (77,5%), Urina tipo I (77,3%), Glicemia de jejum (77,2%) e anti-HIV (77,1%).

Contudo, ao analisarmos o exame anti-HIV, o valor obtido de 77,1% foi superior ao índice nacional obtido pela pesquisa, realizada em 2006, pelo Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT), denominado Projeto Sentinela Parturiente, o qual encontrou um índice de 63%, considerando as desigualdades regionais.

No tocante a cobertura dos exames preconizados para serem repetidos até a 30ª semana de gestação, encontrou-se um índice muito menor que o observado entre os exames do início da gravidez, variando entre si: VDRL (29%), Urina tipo I (28,7%) e Glicemia (28,9%), ficando aqui a prerrogativa da discrepância entre os dois momentos.

A testagem de sorologia para Sífilis é um marcador importante na assistência prestada às gestantes (indicador de resultado), além de ser uma doença de notificação compulsória devido a sua elevada taxa de prevalência, transmissibilidade vertical e mortalidade fetal. Verificou-se que em 831 (77,5%) das gestantes adolescentes foi realizado no início do pré-natal, enquanto que este índice caiu 40% na sua repetição na trigésima semana gestacional. Segundo o MS, através do Boletim Gestante com Sífilis, apontou estimativas de um estudo realizado em 2004 a prevalência de sífilis de 1,6% em mulheres na hora do parto. Apesar da constante vigilância na cobertura de pré-natal, observa-se, com frequência, a não realização da rotina preconizada, sendo ainda esse agravo sub-notificado em nosso país (BRASIL, 2006).

Segundo o relatório de gestão municipal de 2007, através do SINAN, foram notificados seis casos de Sífilis congênitas no grupo de mulheres em idade fértil. Esse índice está acima de 1 caso para 1000 nascidos vivos, (nível considerado tolerável pelo MS), já que no mesmo período obteve-se em 5.416 nascidos vivos em Franca, 1,11 casos da doença.

Quando analisados em conjunto com o número de consultas de pré-natal preconizados (6 consultas), verifica-se que para menos de 10% das gestantes adolescentes os critérios de avaliação do PHPN são cumpridos.

Em relação à cobertura vacinal contra o Tétano, verificamos que 51,9% das gestantes receberam a dose imunizante da vacina dupla adulto. A oferta adequada de serviços de saúde deve levar em conta as demandas específicas da população. Dentre essas especificidades considera-se a vacinação como circunstância relevante da qualidade na atenção básica.

De acordo com o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (2000), a gestante pode ser considerada imunizada com no mínimo duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto (DPP), e a vacina preconizada para a imunização é a vacina Dupla Adulto (contra o Tétano e Difteria).

A partir do levantamento desse indicador, detectou-se em Franca uma baixa cobertura de vacinação contra o Tétano, 42,1%, oferecido pelas unidades básicas de saúde, valor aquém do esperado, considerando o percentual mínimo de 60% proposto pelo MS (BRASIL, 2004). Entretanto, o percentual de gestantes imunizadas contra o tétano é mais elevado se considerarmos que algumas adolescentes encontravam-se imunizadas anteriormente, por encontrar-se no grupo que recebeu o reforço da vacina Dupla adulto a partir dos 15 anos de idade. No entanto, pelos dados do SISPRENATAL não há como comprovar esta suposição, o que indica uma falha no sistema de informação que deveria permitir essa avaliação.

Em estudo semelhante desenvolvido por Coutinho et. al. (2003) na cidade de Juiz de Fora (MG), a vacinação contra o Tétano foi registrada em 42,4% dos casos e o relato de cobertura vacinal anterior à gestação foi encontrado em 26% das gestantes.

Neste contexto, evidenciam-se outros estudos realizados por Trevisan et al. (2002) e Silveira et. al. (2001), em Pelotas e em Caxias do Sul respectivamente,

onde 55% das gestantes foram adequadamente imunizadas no pré-natal e em Caxias do Sul, este percentual foi de 91,2%.

E finalmente ao analisarmos o indicador que contempla o conjunto de ações previstas para o pré-natal, ele nos mostra a precariedade existente no serviço de saúde do município estudado, pois encontramos o índice inferior a 1%.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo tiveram o objetivo de demonstrar uma melhor compreensão das variáveis relacionadas ao cumprimento de todas as etapas do protocolo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecidos pela Portaria GM/MS nº.569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde para o atendimento da gestante adolescente em todo o ciclo gravídico-puerperal. Buscou-se relacionar a utilização de serviços de saúde por esta população, representando uma contribuição às políticas e programas desenhados para aprimorar a qualidade da atenção à saúde a esse grupo populacional.

Trata-se de um estudo com referencial teórico da avaliação de serviços de saúde, utilizando o indicador de processo de forma a descrever como a assistência está sendo prestada às gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL no município de Franca (SP), nos anos de 2006 e 2007.

Uma vez realizada a análise dos resultados, é possível considerar que o estudo atingiu o objetivo proposto ao conseguir descrever o processo da assistência pré-natal das adolescentes cadastradas num sistema de informação em saúde, o SISPRENATAL.

Possibilitou demonstrar que aplicados os critérios do PHPN aos dados do SISPRENATAL a avaliação da assistência pré-natal no município de Franca é precária. Mostrou pouca diferença entre o ano de 2006 e 2007, embora informações contidas no Relatório de Gestão Municipal apontem taxa de mortalidade infantil num índice de 10,1%, considerada baixa, segundo parâmetros nacionais. Durante os anos em questão houve dois casos de mortalidade materna na faixa de 15 a 19 anos (1/ano), correspondendo a 18,5 óbitos em 100.000 nascidos vivos, respectivamente.

No ano de 2004 foi implantado no município o Ambulatório de Gestação de Alto Risco, para o qual são direcionadas gestantes acompanhadas pela rede básica até então, e que após a avaliação do risco gestacional, são encaminhadas a este serviço.

Por meio da comparação entre os anos estudados foi possível identificar que a média de idade dessas gestantes foi de 17 anos, as quais iniciaram seu pré-natal em torno de 93 dias de gestação, corresponde a 81,7% do total das gestantes estudadas que iniciam o pré-natal no período preconizado pelo PHPN.

No tocante a realização do número consultas de pré-natal, houve baixa cobertura, visto que foi possível verificar que somente 32,8%, ou seja, um terço das gestantes adolescentes cadastradas realizaram o mínimo de seis consultas, perfazendo uma média de 4,4 consultas por gestantes.

Na realização dos exames laboratoriais, foi possível identificar que no primeiro momento houve uma cobertura em torno de 77%, caindo para menos da metade, as que repetiram a segunda bateria de exames dentro da 28^a a 30^a semana de gestação (28,8%).

No que se tange a realização da vacinação, observou-se uma baixa cobertura vacinal, ficando em torno de 42% para ambos os anos, onde o esperado era de 60% proposto pelo MS.

Em relação à consulta puerperal pode-se verificar que apenas 6,7% a realizaram em 2006 e 5,8% em 2007, dentro do prazo preconizado inferior a 42 dias de pós parto.

A avaliação dos indicadores gerados nestes dois anos mostrou que provavelmente há perda progressiva da efetividade, desde a organização da oferta de ações individuais e coletivas, passando pela capacitação dos profissionais e uso de protocolos, até as coberturas populacionais dos programas. É necessário aprofundar identificando as causas, pois caso isto não seja feito, o SISPRENATAL poderá ser um fator complicador não permitindo tomada de decisões com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da gestante.

Neste processo, o envolvimento do município e a capacitação de recursos humanos desempenham um papel fundamental.

Cabe aqui ressaltar a importância da continuidade desse estudo para verificar como os anos subseqüentes refletem positivamente nos resultados aqui encontrados, visto que houve a busca de constante melhoria das práticas voltadas para a assistência desse público.

Além disso, não se dispõe de avaliação que investigue as questões relacionadas ao registro do SISPRENATAL, já que poderia ser levantada a hipótese de sub-registro, incompletude de registro ou falhas no sistema de registro.

Coutinho et al. (2003) afirmam que a desobediência às normas e rotinas do programa – principalmente a inadequação dos registros das consultas -, tem sido, um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal.

De forma que este estudo sugere um aprofundamento na implantação do SISPRENATAL, assim como da qualidade da assistência pré-natal no município de Franca.



REFERÊNCIAS

ALENCAR, N. G.; GOMES, L. C.; Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com programa de saúde da família. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 13-17, 2008.

ALMEIDA, M. F.; Serviços de Saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup.2: S147-S173, 2004.

ANDRADE, V. **Jornal O Povo on line**. Disponível em: < URL: <http://bog3.opovo.com/educação/gravidez-entre-adolescentes-cai-30-em-dez-anos>. Acesso em: 20 out. 2009.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: BERQUÓ, E. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998.

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Desenvolvimento e Saúde** - (PNDS), 1996. Rio de Janeiro: Bemfam, Macro; 1997.

BERETTA, M. I., DENARI, F.E., PEDRAZZANI, J. C. Study on the incidence of adolescent births in a municipality of the State of São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 3, p 181-91, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS (Conselho Nacional de Saúde). Resolução n. 196/96 regulamenta e estabelece as diretrizes para as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>>. [2009 14 mar].

_____. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendação para a redução da transmissão vertical**. 1998b. Disponível em: <URL:[http:// www.AIDS.gov.br/assistência/folder htm](http://www.AIDS.gov.br/assistência/folder htm)>. Acesso em: 08 set. 1998.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 102-3.

_____. Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988. Art.196. **Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII Capítulo II Seção II**, Brasília: Senado Federal. 1988.

_____. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563.

_____. **Lei n.º 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **“Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – princípios e diretrizes”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)**. Brasília: Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Portal de Serviços do Governo – **Gestante com Sífilis**. Brasil – 2006. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/data/Pagesr>>. Acesso em: 22 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 66p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. **Plano Nacional de Políticas para a Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 6ª edição. Brasília, 2005.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998**: manual de entrevista. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. PROSAD. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 17-18, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Portaria GM/MS nº. 569, de 1º de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: Construindo uma Agenda Nacional**. Brasília: Ministério da Saúde 1999.

_____. **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. Brasília. Ministério da Saúde , 2000.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 01/96**, 1996, publicada no Diário Oficial da União em 06 de novembro de 1996.

_____. **Portaria nº. 373**, de 27 de fevereiro de 2002: Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/02. Brasília, 2002.

_____. **Portaria nº. 399**, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus** – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006. IDB-2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2009.s

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

BASEGIO, D. L. (Coord). **Manual de Obstetrícia**. Rio de Janeiro. Revinter, 2000. p. 2.

BOCARDI, M. I. B. **Assistência pré-natal na adolescência**: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde. 2004. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa Interunidades em Doutorado em Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-16, mar-abr, 2005.

CAMPOS, G. W.S.; **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CANTONE, A. D.; Gravidez da adolescência. **RedePsi Colunista**. 27 de abr. de 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/article.php>. Acesso em: 24 de junho de 2009.

CAVASIN, S. (Org.) **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos**: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CARNEIRO, A. B. A. M.; MATOS, C. M. A. S. Gravidez aos 11 anos de idade. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 119-121, 1999.

CARVALHO, G.M.; BARROS, S.M.O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 9-17, 2000.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: Unesco, 2004.

COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez na adolescência. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. F. N.: **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. Atheneu, São Paulo, 2001, p. 70-80.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, p 9-36, 2002.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; LAMMERS, C. Maternalperinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am J Obstet Gynecol**. v. 192, n. 2, p. 342-9, 2005.

CORRÊA, H. **Adolescências**. Pediatría Moderna, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 70 – 76, 2005.

CORRÊA, M. A questão do gênero na história da antropologia no Brasil. **Antropólogos e antropologia**, Belo Horizonte, Editora da UFMG, 2003.

CORRÊA, S.; VENTURA, M. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, jul. 2006.

COUTINHO, T., TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 25, n. 10, p. 717-24. 2003.

Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) - **Projeto-Sentinela Parturiente 2006**. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/pautas>>. Acesso em: 22 de out. 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internavional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata**. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Alama-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 de maio 2008.

DORETO, D. T. **Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP**. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Ribeirão Preto (SP), 2006.

DUARTE, M. C. **Gravidez na Adolescência**. Dissertação de Mestrado. 2003.

DUARTE, M.F.S. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, v.9, p. 71-84, 1998. Supl. 1.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Saúde do adolescente**: manual de orientação. São Paulo, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Voz dos adolescentes**: relatório da situação da adolescência brasileira. Brasília, 2002.

GRANJEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá – CS segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 42, n. 1., p. 105 -11, 2008.

IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional – Ministério da Saúde. DATASUS, 2002.

HEILBORN, M. L. (Coord). **Gravidez na adolescência**: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil. Pesquisa realizada por: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS, 2002.

KASSAR, S. B.; LIMA, M. C.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; BARBIERI, M. A.; GURGEL, R. Q. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 6, n. 4, p 397-403, out./dez. 2006.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality – the Case for Tracers. **N. Engl. J. Méd.** v. 288, n. 4, p. 189-94, 1973.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Ver. Bras. Saúde Materna Infantil. Recife, v. 5 (supl.1): S23-S32, dez., 2005

LAURENTI, R., MELLO, J. M. H. P. M., GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

MAGALHÃES, M. L. C.; FURTADO, F. M.; NOGUEIRA, M. B.; CARVALHO, F. H.C.; ALMEIDA, F. M. L.; MATTAR, R.; CAMANO, L. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.**v. 28, n. 8, p. 446-52, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-79, jan. 2006.

OLIVEIRA, N. R.; **Perfis de grávidas e mães adolescentes**: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. 1999. Tese. [Doutorado]. Instituto de Psicologia da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Necesidades de salud de los adolescentes**. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1977. (Série de Informes Técnicos n. 609).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud de los adolescentes y los jóvenes en las América: escribiendo el futuro. In: **Comunicação para la salud**. Washington (DC), n. 6, 1995.

PARADA, M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 8, n. 1, p 113-24, jan./mar. 2008.

PARENTI, P. W. **Gravidez na adolescência**: análise do conhecimento constituído pela enfermagem. 2002. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

PASCHOAL, A. C. S. **Gravidez na adolescência**: implicações sociais e psicológicas. Brasil. Tratados de Enfermagem, São Paulo, v. 3, p. 22-37, 2006.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde sobre Saúde da Criança e da Mulher do Ministério da Saúde, 2006 (PNDS, 2006). Site: www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf.

PINTO e SILVA, J. L. C.; Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. **J. Brás. Ginecol.**, São Paulo, v. 94, p. 227-32, 1984.

PINTO e SILVA, J. L. C.; CECATI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2005.

PIROTTA, W. R. B. PIROTTA, K. C. M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR, N. et al. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda chuva contra o amor**: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. Tese (Doutorado Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2002.

PIROTTA, K. C. & SCHOR, N. Intenções Reprodutivas e Práticas de Regulação da Fecundidade entre Universitários. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 8, n. 4, ago 2004.

PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p.25-37, 2004.

PRADO, L. R. **Curso de direito penal brasileiro**. Vol. I – Parte Especial. 3ª Ed. Rev. Atual. Ampl. São Paulo: Editora Revista dos tribunais, 2002.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. **Características de La mortalidad em La niñez**. Washington; OMS, 1973.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. 196 p.

RODRIGUES, A. P.; SOUZA, M. C. B.; BRASIL, R. M. C.; CARAKUSHANSKY, G. Gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 199-223, 1993.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. v. 1, p. 223-29.

SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez na adolescência: um enfoque atual. In WEINBERG, C.: **Geração Delivery**. Sá Editora, São Paulo, 2001, p. 61-73.

SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DE SÃO PAULO E FUNDAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. **SP Demográfico: Resenha de estatísticas vitais do estado de São Paulo**. Ano 9, n. 5, maio 2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/maio2009.pdf>>. Acesso em: 07 de fevereiro 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 26, n. 7, p. 517-24. 2004.

SCHOR, N.; LATORRE, M. R. D. O.; BORGES, A. L. V. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1583-94, jul. 2007.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 803-9, 2002.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-9, jan./fev, 2001.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. (BEMFAM). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde** (PNDS/96). Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. 1993. Dissertação. (Mestrado). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1993.

TANAKA, O. Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004. p. 24-5.

TANAKA, O. Y.; FIGUEIREDO, A. M. A.; A Avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo-SP, v. 19, p. 98-105, 1996.

TANAKA, O. Y.; CESAR, C. L. G. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2): p. 59-70, 1996.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004. p. 24-5.

TREVISAN, M. R.; DE LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 24, p. 293-9, 2002.

VIEIRA, E. M.; BARDIANI, R.; DAL FABBRRO, A. L.; RODRIGUES JR., A. L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p 263-70, 2001.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Org.). **Fundamentos de Epidemiologia**, Barueri, SP: Manole, 2005. p. 337-354.

VIEIRA, E. M.; SILVA, R. S. **Aborto provocado**: sua dimensão e características entre mulheres solteiras e casadas da cidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva – UNIFESP, 2008.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 6, n. 1, p. 135-40, jan./mar. 2006.

UNICEF. **A voz dos adolescentes**. Brasília, 2002. Disponível em: <www.unicef.org/>. Acesso em: 10 jul. 2009.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **RBGO**, v. 24, n. 9, 2002.

WATKINS, K. **Relatório do desenvolvimento humano 2006**. PNUD, 2006.

ANEXOS

Anexo A – Ficha de Cadastro da Gestante - SISPRENATAL



PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIA/SUS
Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE / PRONTUÁRIO U.B.S. N°

N° da Gestante no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF	
Nome da Gestante	Código da Área	Microárea
11. Nome da Mãe da Gestante	10. Data de Nascimento	
12. Endereço Residencial		
Número	Complemento	Bairro
Município	UF	CEP

Preencher com apenas um dos seguintes documentos (itens 13 e 17)

13. N° do Cartão SUS	14. N° do CRF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento		
Nome do Cartório	Livro	Folha
16. Identidade		
Número	Órgão Emissor	
17. Carteira de Trabalho		
Número	Série	UF
18. Data da 1ª Consulta de Pré-Natal	19. Data da última Menstruação	
20. Assinatura e carimbo do responsável pela 1ª Consulta de Pré-Natal	21. Atividade profissional do responsável pela 1ª Consulta de Pré-Natal	

Preencher no campo 21 o código da atividade do profissional responsável pela 1ª Consulta, conforme tabela:

01 - Enfermeiro	29 - Obstetrícia	60 - Enfermeiro do PSF	74 - Medicina Geral Comunitária	79 - Enfermeiro Obstetra
22 - Ginecologia	59 - Médico do PSF	73 - Ginecologia/Obstetrícia	76 - Enfermeiro do PACS	84 - Médico (qualquer especialidade)

Anexo B – Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SISPRENATAL



PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

FICHA DE REGISTRO DOS ATENDIMENTOS DA GESTANTE NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde 2. Código da Unidade no SIA/SUS 3. Município Data / /

4. Nome do Gestante 5. Número no SISPRENATAL 6. N° do Prontuário UBS

N°	Data Consulta	Atividade Profissional	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina Anti-tetânica			Consulta		
										1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune	Puerperal	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento: _____

Código da atividade do profissional, conforme tabela:

- 01 - Enfermeiro 59 - Médico do PSF 74 - Medicina Geral Comunitária 84 - Médico (qualquer especialidade)
- 22 - Ginecologista 60 - Enfermeiro do PSF 76 - Enfermeiro do PACS
- 29 - Obstetrícia 73 - Ginecologia/Obstetrícia 79 - Enfermeiro obstetra

No caso de exames, assinalar com "x" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeiro que realizou naquele dia.
No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "x" de acordo com a data de realização da vacina.

Anexo C - Carta de Encaminhamento para Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa



PROJETO DE PESQUISA



Ribeirão Preto, 23 de JUNHO de 2008.

Ilustríssimo Senhor
 Prof. Dr. Sérgio Pereira da Cunha
 MD. Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
 Do HCFMRP e da FMRP-USP

Senhor Coordenador,

Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ADOLESCENTES DE UM MUNICÍPIO PAULISTA", juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto de pesquisa acima mencionado será desenvolvido no departamento de PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA- SP.

Informo também que o pesquisador responsável e orientador possuem currículo Lattes.

O Orçamento do presente projeto encontra-se em análise pela equipe técnica da UPC.

Atenciosamente,

ELISABETH MELONI VIEIRA

ANA CLÁUDIA DA SILVA PASCHOAL

De acordo:

ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA
 CRMV: 4-6806
 SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA- SP
 Carimbar e Assinar



Anexo D - Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 22 de julho de 2008

Ofício nº 2642/2008
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado "**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ADOLESCENTES DE UM MUNICÍPIO PAULISTA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 270ª Reunião Ordinária realizada em 21/07/2008 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 7979/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

ANA CLÁUDIA DA SILVA PASCHOAL

PROFª DRª ELISABETH MELONI VIEIRA (Orientadora)

Depto. de Medicina Social

Anexo E - Certidão de Autorização da Realização da Pesquisa junto ao Município de Franca (SP)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário

CERTIDÃO

Alexandre Augusto Ferreira, Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Franca, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

CERTIFICA, para os devidos fins, que está ciente do Projeto de Pesquisa intitulado "Assistência Pré-Natal as Gestantes Adolescentes de um Município Paulista", para a obtenção do título de Mestrado pela Faculdade de Medicina da USP-Ribeirão Preto, a ser realizado pelo mestrando **Ana Cláudia da Silva Paschoal**, portadora do CPF 112.034.788.28 RG 18.658.963.

CERTIFICA, ainda, que somente permitirá o acesso ao Banco de Dados do SISPRENATAL (DATA SUS), bem como aos prontuários de pacientes das Unidades Básicas de Saúde do Município de Franca, após aprovação do trabalho pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade**.

Em 10 de Junho de 2008.


Alexandre Augusto Ferreira
Secretário Municipal de Saúde