



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

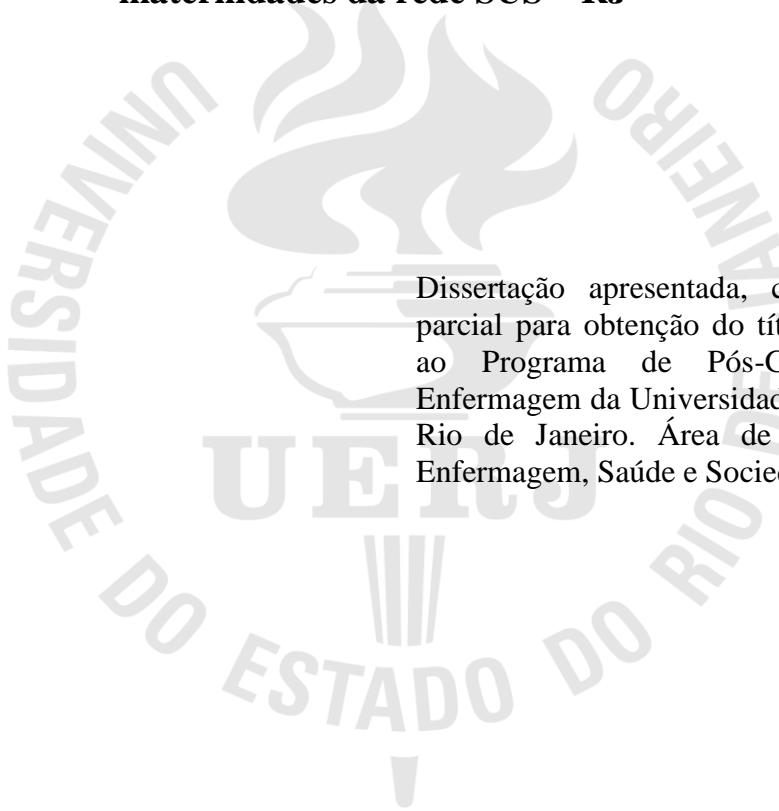
Patricia Santos Barbastefano

**O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas
maternidades da rede SUS – RJ**

Rio de Janeiro
2009

Patricia Santos Barbastefano

O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS – RJ



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B229	<p>Barbastefano, Patricia Santos.</p> <p>O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS - RJ / Patricia Santos Barbastefano. - 2009. 71 f.</p> <p>Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem obstétrica. 2. Gravidez na adolescência. 3. Serviços de saúde para adolescentes. 4. Mulheres – Saúde e higiene. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

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

Assinatura

Data

Patricia Santos Barbastefano

**O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede
SUS – RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Aprovada em doze de Março de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Vânia Reis Girianelli
Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Valdecir Herdy Alves
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, da UFF

Rio de Janeiro
2009

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pela proteção e força, que me permitiram enfrentar mais esta caminhada.

Às Dr^{as}. Vânia Girianelli, Lucia Helena Penna e Jane Márcia Progianti pelas valiosas contribuições durante a banca de qualificação.

Ao meu orientador pela paciência com meus limites e pelo apoio, permitindo-me esta grande oportunidade de aprendizado.

Aos residentes de Obstetrícia da Secretaria Municipal de Saúde, Thiago, Talita e Anna Carolina os quais me ajudaram na coleta de dados.

À minha amiga e comadre Inaiá Mattos, também pelo auxílio na coleta de dados.

À minha amiga Kátia da Costa pelas considerações acerca do tema e ajuda na aquisição de informações relevantes.

À amiga Edymara Tatagiba Medina, pelo auxílio não só na revisão de literatura, bem como nas demais implicações do método.

Aos meus colegas de turma do mestrado, com os quais dividi muitos momentos de apreensão.

Aos meus colegas do trabalho, os quais mantiveram uma escuta passiva e/ ou opinaram nos momentos que eu mais precisava. Aqui não quero citar nomes, pois posso incorrer no erro de não citar alguém importante. Tenho certeza que eles saberão de quem estou falando quando lerem este agradecimento.

Aos meus pais e familiares pelo apoio incondicional.

Às adolescentes que serviram de objeto do meu estudo, o meu Muito Obrigado.

E, por último, mas não menos importante, ao meu companheiro Leonardo e às minhas filhas Carolina e Mariana (fruto do mestrado), pela compreensão e carinho no caminho percorrido e nos momentos de ausência.

RESUMO

BARBASTEFANO, Patricia Santos. *O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS – RJ*. 2009. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar, considerando o princípio da equidade, a acessibilidade de gestantes adolescentes na busca de assistência ao parto na Rede SUS no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos foram: descrever como se dá o acesso e a referência para o acompanhamento ao parto para gestantes adolescentes nas Unidades do SUS; identificar os fatores que interferem na acessibilidade da gestante ao acompanhamento do parto na rede SUS. Trata-se de estudo quantitativo, observacional de delineamento transversal, realizado no período de abril a julho de 2008, em maternidades da rede SUS do município do Rio de Janeiro, por meio de entrevista estruturada. A amostra estudada constituiu-se de 328 puérperas adolescentes, tendo como limite o consentimento da própria e a autorização de seu acompanhante. As informações foram organizadas em um banco de dados, para posterior análise, para a qual se utilizou o *software* EPI INFO versão 6.03, e a razão de prevalência como teste estatístico. Os resultados evidenciaram que 40,5% das adolescentes eram negras; 54,9% tinham apenas o ensino fundamental; 91,5% haviam feito pré-natal; 57,6% realizaram de cinco a sete consultas de pré-natal. O acesso foi considerado insatisfatório em 36,6% dos casos, sendo que 20,7% das puérperas passaram por mais de uma unidade de saúde para parir. Concluiu-se que a assistência à gestante adolescente ainda necessita de ajustes, de modo a favorecer o acesso destas aos serviços de assistência ao parto. A rede SUS-RJ não consegue assegurar a essas gestantes o acesso à assistência ao parto considerando o princípio da equidade.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Gravidez na adolescência. Acesso aos serviços de saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The present study had as general objective to analyze, considering the principle of equity, the accessibility for pregnant teenagers looking for assistance to childbirth in Brazilian Public Health System (SUS) in Rio de Janeiro, Brazil. The specific objectives were: to describe how occur the access and the reference of pregnant teenagers for the attendance to the childbirth in SUS's Units; to identify the factors that interfere with the accessibility of pregnant teenagers for attendance to childbirth in SUS's Units. This is a quantitative study, with observational and cross-sectional design, accomplished from April to July 2008 in SUS's Units at Rio de Janeiro. Data were obtained by structured interviews. The sample consisted of 328 adolescent mothers, and the limit was characterized by the informed consent of the teenagers and the authorization of their companion. Data were organized in a database for later analysis, to which was used the software EPI INFO version 6.03 and the reason for prevalence as statistical test. The results showed that 40.5% of the teenagers were black, 54.9% had only primary school, 91.5% had had prenatal care, 57.6% had from 5 to 7 prenatal consultants. The access was considered unsatisfactory in 36.6% of cases where 20.7% of the women went through more than one health unit to give birth. It was concluded that the assistance to pregnant teenagers needs adjustments in order to facilitate the access of these women to the childbirth assistance services. The net SUS-RJ doesn't get to assure to those pregnant teenagers the access to the attendance for childbirth considering the principle of equity.

Keywords: Obstetrical Nursing. Pregnancy in adolescence. Health Services Accessibility. Women's health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS), seus Princípios e as Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	15
1.2 Gestação na adolescência	25
1.3 Acesso das gestantes aos serviços de saúde	28
1.4 Mortalidade Materna	33
2 METODO	37
3 RESULTADOS	43
4 DISCUSSÃO	49
5 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A - Formulário para Entrevista	62
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	66
ANEXO A - Mapa das áreas de Planejamento da Cidade do Rio de Janeiro	68
ANEXO B - Lista de bairros e sua distribuição por Áreas de Planejamento	69
ANEXO C - Autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde	70
ANEXO D - Autorização do Comitê de Ética do Hospital Geral de Bonsucesso	71

INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se por um período de profundas modificações físicas e emocionais na vida do ser humano, aqui, em especial, na vida da mulher. É o momento de transição entre a infância e a vida adulta (HERCOWITZ, 2002).

A gestação na adolescência tem tomado vulto à medida que, a cada dia mais, adolescentes são internadas nas unidades de saúde como gestantes, e é ainda mais significativa a precocidade desse fato. Tem-se tornado, portanto, cada vez mais interessante, estudar as repercussões da maternidade precoce sobre a saúde da adolescente (YAZLLE, 2002). Ainda de acordo com o autor Yazlle (2002), alguns estudos têm evidenciado intercorrências perinatais com essas gestantes.

Para Yazlle (2002), gestantes adolescentes constituem um grupo de risco, porém é uma gravidez que pode ser bem tolerada por essas adolescentes, principalmente por aquelas que recebem uma assistência pré-natal precoce e regular.

Na minha experiência profissional, não percebo a gestação na adolescência como risco. Observo as adolescentes, quando comparadas a outras gestantes de maior idade, ainda mais seguras quanto ao domínio do seu corpo na gestação e no momento do parto, e não evidencio risco nos trabalhos de parto do grupo em questão. A adolescente é um ser único e tem suas especificidades; quando as levamos em consideração, conseguimos suprir suas necessidades e tudo acontece de maneira tranquila.

Há também o fator social, pois a gestação interfere diretamente na vida desta menina, no que diz respeito aos seus estudos, bem como na inserção no mercado de trabalho (YAZLLE, 2002).

De acordo com Ayres (1993), as adolescentes apresentam muita dificuldade de se aproximar dos serviços de saúde, e estes, dificuldade em acolhê-las. Várias barreiras de acesso são observadas, desde as geográficas (distância e quantidade de serviços), até as econômicas, ofertas de serviços em horários compatíveis com as necessidades do usuário - no caso, a adolescente - e ainda a disponibilidade de profissionais preparados para atender a clientela em questão (CARVACHO et al., 2008).

No Brasil, 95% dos partos são hospitalares (DATASUS). Sendo assim, é pertinente a discussão do acesso às maternidades. Sabe-se ainda que, quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso aos serviços e menor é a probabilidade de adequação destes às necessidades das parturientes, especialmente quando se trata de pacientes de alto risco. Vale ressaltar que é inútil a determinação do risco de uma gestante se a chegada

à maternidade de referência não ocorre a tempo. Dentre os motivos para tal atraso incluímos as longas distâncias, a falta de um sistema de transporte eficaz e a falta de um sistema de comunicação e referenciamento (MENEZES et al., 2006).

Lopez Alegria, Schor e Siqueira (1989) observaram em seus estudos que as gestantes adolescentes apresentavam o maior número de intercorrências obstétricas, evidenciando a necessidade de início da cobertura pré-natal precoce e seus fatores protetores, evitando, assim, o risco aumentado de morbimortalidade materna e perinatal. Observa-se, porém, ainda hoje, o início do pré-natal normalmente no 2º trimestre, com um número de consultas muito aquém do minimamente preconizado.

A morte materna no Brasil configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (BRASIL, 2004a).

O estudo da mortalidade materna tem desafios que superam análises individuais dos casos e remetem a uma dimensão maior: a população e suas questões de vida, saúde e doença, em uma sociedade na qual não existe consenso sobre a igualdade de gênero e de direitos reprodutivos (MARTINS, 2006). Ainda segundo esse autor, morre, a cada minuto no mundo, uma mulher em virtude de complicações na gravidez e no parto. Ao fim de um ano, todas essas mortes somam 529 mil; a maioria ocorre em países em desenvolvimento e poderia ser evitada. Para cada mulher que morre, outras 30 sofrem seqüelas ou problemas crônicos de saúde.

Tais situações parecem ser também comuns às gestantes adolescentes - um grupo bastante significativo nas internações obstétricas atuais; portanto, alvo de toda esta problemática.

Em estudo sobre mortalidade perinatal e evitabilidade, Lansky, França e Leal (2002) perceberam que as declarações de óbito são muito mal preenchidas, havendo escassez do dado "morte em relação ao parto", o qual determinaria melhor o momento da ocorrência do óbito, se antes ou durante o parto. Tal situação dificulta a análise e leva a diferentes e fundamentais implicações para a avaliação do óbito fetal.

Percebe-se, ainda hoje, um grande número de causas de morte associada à assistência pré-natal e perinatal inadequadas, como as relacionadas à asfixia intra-uterina e intraparto, ao baixo peso ao nascer, às afecções respiratórias do recém-nascido, às infecções e à prematuridade.

Hotimsky et al. (2002) ressaltam que, embora o SUS preconize integralidade das ações e integração entre os períodos pré-natal, parto e puerpério, não se chegou ainda a realizar tal união, considerando dificuldades e limitações emergentes da complexidade das intervenções públicas.

Sobre essa questão, relatam Campos e Carvalho (2000) que o município sofreu, nos últimos anos, um esvaziamento dos leitos públicos obstétricos, causado pela menor participação das instituições federal e estadual devido à carência de recursos humanos. Isto acarreta uma sobrecarga aos serviços públicos municipais, levando a uma utilização maior dos serviços privados conveniados.

Considerando a má distribuição das várias unidades dentro das Áreas Programáticas, poder-se-ia justificar um maior déficit de leitos públicos nas regiões mais periféricas. Além disso, nem todas teriam disponível a unidade de alto risco neonatal, fazendo a gestante de risco sair à procura desse local o qual, muitas vezes, nem estaria referenciado no pré-natal. Por outro lado, já existiria incorporação de tecnologia sofisticada e avançada na atenção pré-natal e perinatal, não justificando tais limitações (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Ainda relacionado a esse fato, Leal, Gama e Cunha (2005) demonstraram que as maternidades conveniadas ao SUS são as que mais recusam parturientes, parte delas por ser gestantes de risco e necessitarem de serviços especializados ausentes nessas instituições. Por outro lado, o número de leitos de UTI Neonatal e Berçário Intermediário é bem menor que o necessário em todo o Brasil (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

A adequação dos serviços está associada à sua melhor utilização, pois se observa que as gestantes, mesmo de baixo risco, acabam procurando assistência em maternidades de alta complexidade por entenderem que esses locais abrigam mais recursos ou por serem mais próximas de seu local de residência. Se houvesse distribuição e referenciamento adequados das gestantes durante o pré-natal, o acesso, possivelmente, seria mais bem garantido (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Na colocação de Leal, Gama e Cunha (2005), a inexistência de sistema de referência e ainda o não funcionamento adequado do sistema de regulação de vagas, bem como a inexistência de protocolos clínicos, acabam sobrecarregando as maternidades de alto risco, gerando prejuízos a quem realmente necessita do serviço.

Campos e Carvalho (2000), em seu artigo, concluem que o fluxo das gestantes ocorre em direção às regiões mais ricas, ligando as parturientes residentes em locais de baixa renda a áreas onde se encontram melhores e maiores ofertas de serviços de saúde, evidenciando os grandes percursos percorridos por essas mulheres. Acrescentam ser mais significativo dentro

desse panorama o fato de não somente as gestantes de baixo risco, mas também as de alto, peregrinarem, causando, dessa maneira, um agravo significativo em suas condições, aumentando assustadoramente as taxas de complicações perinatais relacionadas à distância percorrida.

Importante salientar que muitas dessas gestantes acabam peregrinando por conta própria, pois, segundo estudo realizado por esses autores, "apenas 1/5 das gestantes estudadas foi transportada de ambulância" (total de puérperas estudadas: 6.652).¹

De acordo com Tanaka (1995), um dos aspectos centrais da "inoportunidade" da assistência ao parto que acaba levando ao óbito está relacionado à "peregrinação hospitalar"; isto é, ao fato de as gestantes em trabalho de parto freqüentemente terem de recorrer a mais de uma instituição antes de serem internadas. O acesso dificultado torna-se fator determinante para o resultado final para a criança e muitas vezes até para a mãe, pois diminui as chances de intervenções clínicas eficazes.

Todo esse cenário interfere diretamente no trabalho da enfermeira obstétrica, pois as gestantes acabam apresentando na fisiologia do parto algumas alterações relacionadas diretamente à peregrinação, a qual pode ocasionar distócias facilmente evitáveis, caso esse fenômeno não ocorresse. A enfermeira não tem nenhum domínio sobre isso, pois, quando a parturiente é recebida, esse dado não chega com ela, tal é o descaso com a clientela.

Menezes et al. (2006) inferem que, nas últimas décadas, as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos e de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e intermediário (UI) para recém-nascidos no município do Rio de Janeiro, Brasil, vêm sendo bastante discutidas. Apesar de programas de referenciamento de gestantes de alto risco e da humanização do pré-natal e nascimento, pode-se ainda observar um fluxo de gestantes das regiões mais periféricas em direção ao centro do município, onde existe uma maior concentração de serviços.

Esse fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde. A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Nesse caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTI Neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade. Tudo isso configura o denominado neste estudo de "peregrinação anteparto", ou seja, a busca por serviços de saúde para gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto (MENEZES et al., 2006).

¹ Foi considerada peregrinação neste estudo quando a gestante adolescente passou por mais de uma Unidade de Saúde e não conseguiu acesso, quando não estava em trabalho de parto.

Questão de pesquisa

Considerando o princípio da equidade, como se dá o acesso das gestantes adolescentes ao atendimento do parto nas maternidades da Rede SUS no município do Rio de Janeiro?

Objeto

A acessibilidade à assistência ao parto para gestantes adolescentes.

Pressuposto

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a equidade da atenção, garantindo às gestantes adolescentes o acesso aos serviços de saúde.

Questões norteadoras

1. Quantas adolescentes, que fazem o pré-natal nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), precisam peregrinar à procura de vagas para parir?
2. Quais fatores interferem na acessibilidade da gestante adolescente ao acompanhamento do parto na rede SUS?

Objetivos do estudo

O objetivo geral deste estudo é analisar, considerando o princípio da equidade, a acessibilidade das gestantes adolescentes à assistência ao parto na Rede SUS no município do Rio de Janeiro.

Objetiva-se especificamente:

1. Descrever como se dá o acesso e a referência para o acompanhamento do parto de gestantes adolescentes nas unidades do SUS;
2. Identificar os fatores que interferem na acessibilidade da gestante adolescente ao acompanhamento do parto na rede SUS.

Justificativa e relevância

O presente estudo configura-se como oportuno e relevante, pois se propõe a discutir como acontece o acesso e a referência aos serviços de saúde para um grupo bastante particular, a adolescente, em um momento também bastante diferenciado, a gestação.

Sua importância, considerando o contexto, o momento histórico e o espaço geográfico em análise, está diretamente ligada ao fato de a atenção à saúde da população em geral, e do binômio materno fetal em especial, ser preocupação básica do Estado. Cabe a ele assegurar o

acesso da gestante adolescente aos serviços de pré-natal e parto do Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo-os efetivamente em funcionamento, contribuindo para a redução dos problemas enfrentados pelas usuárias.

O estudo mostra-se relevante por incluir aspectos científicos, técnicos e assistenciais em suas diferentes dimensões, frente ao fenômeno fisiológico de gravidez e de parto. Analisando a evolução da humanidade nos seus diversos segmentos, percebe-se que o processo evolutivo tendeu a criar necessidades de consumo, de modo que a satisfação dessas necessidades viria a garantir suporte à criação das mesmas e também compensação para suas diversificações.

A evolução dos princípios político-ideológicos pautados na igualdade de direitos de cidadania no país se encarregou de atribuir ao Estado a responsabilidade pelo atendimento ao parto, com gratuidade e qualidade. No entanto, verificou-se a criação paralela da indústria da cesárea. Aos poucos, conforme as sociedades aderiam à nova “moda” (parto hospitalar), cujo surgimento envolveu conscientização generalizada de que seria mais bem garantida a saúde materno-fetal, foi-se plasmando a redução da qualidade do atendimento em saúde pública, com a certeza da migração para os planos privados de saúde. Ocorre, entretanto, que, em países em desenvolvimento como o nosso apenas pequena parcela da população tem poder aquisitivo para manter um plano privado de saúde. O restante desses indivíduos tem como única opção o atendimento oferecido pelo SUS.

Assim, a presente pesquisa representa importante contribuição para gestores públicos, ao apontar onde há falhas do sistema de saúde, possibilitando o trabalho focado nas mesmas, visando à sua restauração e à conseqüente adequação às demandas das usuárias.

Trará também contribuições para o profissional de saúde, em especial para o enfermeiro obstétrico, o qual, quando se perceber nesse contexto, observará suas dimensões e poderá contribuir intervindo nas mudanças necessárias e urgentes para um vir a ser com melhorias desse atendimento voltado para o direito de parir, nascer e viver com saúde, dignidade e cidadania.

A usuária também será beneficiada à medida que o estudo dará voz às suas reivindicações, apontando as mudanças necessárias para o atendimento de suas necessidades. Em um contexto no qual a maior parcela dos estudos (MELO et al., 2007; D’ORCI; CARVALHO, 1998; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004) sobre a temática foi desenvolvida com base no ponto de vista dos gestores, das instituições ou dos profissionais, apontar a opinião da clientela emerge como contribuição significativa.

Limitação

O estudo limitar-se-á aos objetivos propostos; não se cogita produção de graus considerados de dificuldade, justificada por algum excesso de abrangência, porque o campo, o material e a realidade analisada têm limitações crônicas decorrentes do acesso também limitado às verbas destinadas à saúde, neste momento histórico no qual o Brasil procura reduzir investimentos no exterior para poder investir nas necessidades mais gritantes do nosso dia-a-dia, como o acesso aos serviços de pré-natal e parto, porque, como fenômeno fisiológico não pode ser adiado, não se pode esperar.

Este estudo encontra-se inserido no Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-MUSAS) da Faculdade de Enfermagem da UERJ, no Grupo de Pesquisas sobre Gênero Poder e Violência na Saúde e na Enfermagem.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e as políticas de atenção à saúde da mulher

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90. O SUS tem por objetivo promover a saúde, priorizando as ações de prevenção e tornando as informações relevantes de cunho público, para que todos os cidadãos conheçam os seus direitos e os riscos à sua saúde. Dele fazem parte os centros e os postos de saúde, os hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa.

Por intermédio do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, a exames, a internações e a tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

Princípios do SUS

UNIVERSALIDADE	É entendida como a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema de saúde, a todo e qualquer cidadão.
EQÜIDADE	Prestação de bens e serviços de acordo com as necessidades e/ou com a complexidade de cada caso, objetivando proporcionar uma maior uniformidade de ações.
INTEGRALIDADE	“É entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). É o direito que a população tem de ser atendida na sua totalidade, conforme suas necessidades.
DESCENTRALIZAÇÃO	A gestão do SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios.
REGIONALIZAÇÃO	A Descentralização representa a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, chegando até o nível municipal.
CONTROLE SOCIAL	Diz respeito à distribuição dos serviços, de maneira a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade, o que exige ações articuladas entre Estados e Municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios.
RESOLUBILIDADE	É a obrigatoriedade de implantação e de funcionamento de Conselhos de Saúde nos três níveis do governo.
	É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento à saúde, o serviço deve estar capacitado para atendê-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

As ações e os serviços públicos de saúde são promovidos pelo SUS, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, pautados nas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Um dos mais significativos avanços de sua implantação foi a ampliação do acesso aos serviços de saúde como resultado do processo de descentralização político-administrativa, orientado pelas Normas Operacionais – NOB – SUS, editadas pelo Ministério da Saúde (CASTAMANN, 2006).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doenças e de agravos e de garantir o acesso aos serviços de saúde”.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética etc.); e a oportunidade de acesso universal e igualitário aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O presente estudo se propõe a discutir mais profundamente o princípio da equidade proposto pelo SUS, por meio do acesso aos serviços de saúde, mais especificamente ao atendimento do parto para gestantes adolescentes.

Ferreira (2006, p. 358) define equidade como “disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; justiça”. De acordo com Brasil (1990), equidade é assegurar ações e serviços em todos os níveis de complexidade conforme cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo indivíduo é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer com igualdade para todos.

Travassos et al. (2000) corroboram com essa definição relatando que políticas voltadas para a equidade pressupõem distribuição de recursos de acordo com as necessidades da localidade, ou seja, áreas mais necessitadas devem receber mais recursos, visando às mudanças a serem efetuadas em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais.

Na verdade, para o princípio da equidade ser promovido como proposto, os demais princípios e diretrizes propostos pelo SUS precisam ter condições de acontecer. A partir das mudanças introduzidas pela NOB-SUS 01/1996, torna-se evidente a necessidade de uma melhor articulação entre os sistemas municipais de saúde e de se fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde na sua função reguladora, tornando possível a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, tendo então a regionalização um importante destaque nesse processo (CASTAMANN, 2006).

O Ministério da Saúde buscou então estratégias e instrumentos voltados para o fortalecimento da gestão pública do SUS, com o objetivo de garantir melhor acesso e qualidade das ações de saúde, adotando como significativas a ampliação da atenção básica, a regionalização e a organização da assistência à saúde (CASTAMANN, 2006).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, várias dificuldades são observadas, desde as barreiras geográficas (distância e quantidade de serviços) até as econômicas, ofertas de serviços em horários compatíveis com as necessidades do usuário, e ainda a disponibilidade de profissionais para atender à clientela (CARVACHO et al., 2008).

No que diz respeito à atenção à mulher, o PHPN (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) mostra-se como uma importante política para garantir o acesso da gestante aos serviços de saúde.

Criado em junho de 2000, o Programa estabelece diretrizes para a assistência pré-natal e para o atendimento do parto no SUS. Cada município que adere ao programa tem de definir sua rede de atenção ao pré-natal, ou seja, as unidades-referência para os exames previstos e os hospitais responsáveis pela assistência ao parto. Tem enfoque fundamental na humanização da atenção – busca promover a garantia do acolhimento à gestante, a escuta e o esclarecimento de dúvidas, o respeito à privacidade e à individualidade no pré-natal e parto, por meio de incentivos financeiros aos municípios.

A estratégia de humanização da assistência pré-natal, além do atendimento ao parto e ao nascimento, está inserida no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, lançado em março de 2004, cuja meta foi reduzir os elevados índices para 15%, até o final de 2006, e em 75% até 2015 (BRASIL, 2004a).

É ainda bastante incipiente a implantação do PHPN. Em fórum realizado em 26 de maio de 2003, na cidade do Rio de Janeiro, intitulado ‘Primeiro Fórum Fluminense: Maternidade Segura e Cidadania’, o objetivo foi realizar um debate sobre a humanização da assistência ao pré-natal e ao parto, a prevenção da mortalidade materna e a consolidação dos direitos reprodutivos.

Nessa ocasião surgiu a informação formal de que apenas 14% dos municípios do país não são habilitados ao PHPN, porém, dos 86% habilitados ao programa, apenas 29% enviam os dados exigidos e necessários como condição para a manutenção desses municípios no programa. Assim, 71% dos municípios não enviam os dados e conseqüentemente são

desabilitados do programa (descredenciamento), revelando a enorme dificuldade de efetivação/implantação do PHPN².

Os objetivos mais relevantes do PHPN são:

- Diminuir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;
- Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, do atendimento ao parto e ao puerpério e da assistência neonatal;
- Estabelecer a implementação de redes de assistência à gestação de alto risco, com incremento de custeio e investimento nas unidades hospitalares integrantes dessas redes;
- Integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e, ainda, o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;
- Estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal, definindo mecanismos de regulação, criando fluxos de referência e contra-referência que garantam o atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

Expostos tais objetivos do PHPN, conclui-se que a reforma da atenção na área materno-infantil está na pauta da agenda política do SUS e em processo de realização. Rocha (2004) considera que a política de humanização ao parto encontrou, para sua implementação, todo um conjunto de desafios institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de recursos humanos e de cultura sexual e reprodutiva, mas, apesar disso, avanços foram alcançados. Isso por que todo processo de reformas é construído historicamente com a formação de novos valores legitimados pela sociedade e com convergências sociais e políticas. Assim também se constitui o SUS e, igualmente, caminha o PHPN.

Lembra Castamann (2006, p. 123) que o conceito de acesso é pouco discutido por nossos gestores. Cita, contudo, estudiosos como Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), que buscam fontes internacionais, mas, ainda assim, limita-nos, pois os significados são relativos.

² Portaria GM/MS nº 569 de 1/06/00 – Institui o Programa.

Portaria GM/MS nº 570 de 1/06/00 – Estabelece incentivos Componente I.

Portaria GM/MS nº 571 de 1/06/00 – Define o Componente II.

Portaria GM/MS nº 572 de 1/06/00 – Pagamento do Parto.

Portaria GM/MS nº 9 de 5/07/00, republicada em 01/09/00 – Define o Termo de Adesão.

Portaria GM/MS nº 356 de 22/09/00 – Define o Sistema Regulatório e destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar.

Portaria Conjunta nº 27 de 03/10/00 – Fixa os limites por Unidade da federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS n.º 572/00.

Enquanto em nossa língua o termo significa ‘ingresso’, ‘passagem’, ‘entrada’; em outros idiomas, significa ‘acesso fácil’. Supõe-se como certo “acesso fácil”.

De acordo com Rocha (2004), a descentralização das ações e dos serviços de saúde é o princípio básico a nortear o Sistema Único de Saúde (SUS), e seu curso vem avançando desde a década de 90, quando o nível federal transferiu as responsabilidades com a gestão e com a prestação de serviços de atenção à saúde para os estados e, principalmente, para os municípios. Relata ainda que, no final do ano de 2001, 99% dos municípios encontravam-se habilitados às condições de gestão definidas pelo Sistema, embora ainda persistissem contradições entre o *status* de habilitados e o desenvolvimento prático da gestão e a oferta de serviços.

Assim, a população de gestantes deve ser atendida no primeiro nível do sistema, no ambulatório, tendo a 'garantia' da assistência básica nos municípios por meio da habilitação destes pela Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e, posteriormente, pela Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA). Tendo posteriormente a demanda da assistência no nível hospitalar do sistema, quando deixar essa condição para passar à de parturiente, “haja vista a cultura brasileira ser de partos hospitalares” (ROCHA, 2004).

A integralidade das ações implica repensar aspectos importantes da organização do trabalho, da gestão, do planejamento e, principalmente, da construção de novas práticas em saúde, embasadas nas necessidades reais de cada indivíduo. A Integralidade tem sido vivenciada no Brasil na formulação das políticas de saúde e nas práticas de alguns serviços; porém, apesar de ser um dos princípios do SUS, sua incorporação continua sendo um grande desafio (SOUZA, 2006).

A ampliação da atenção básica é caracterizada pela identificação das ações necessárias para que a atenção aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro seja resolutiva e de boa qualidade, assegurando o acesso a essas ações o mais próximo possível da residência do cliente.

O Programa de Saúde da Família constituiu-se em uma das estratégias priorizadas pelo Ministério da Saúde para organizar essa atenção, tendo como principal desafio a promoção de práticas e de ações de saúde de forma integral e contínua, oferecendo às famílias o acesso à informação, bem como a atenção à saúde mais próxima de sua casa, melhorando assim a qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2006a).

O acesso aos serviços de saúde perpassa por vários aspectos da atenção: existência de vaga, regionalização dos serviços, proximidade dos serviços e ainda por um sistema eficaz de referência e contra-referência.

A regionalização visa promover um planejamento capaz de permitir a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos com sistema de comunicação e fluxos de relacionamento, os quais garantam à clientela o acesso aos serviços nos diferentes níveis de complexidade exigidos para a resolução dos problemas de saúde desta, além de melhor utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2006a).

Castro, Travassos e Carvalho (2005) deixaram claro que nosso país apresenta grande inadequação na oferta de leitos hospitalares, seja pelo excesso em alguns locais, pela falta em outros, pela baixa complexidade dos leitos ofertados ou mesmo por problemas de qualidade do cuidado ofertado. Levantaram a hipótese de que no seu estudo existiu algum nível de demanda induzido pela oferta no uso de serviços hospitalares. Por isso mesmo, sugeriram investigações mais aprofundadas nessa área, de forma a subsidiar intervenções, visando maior adequação do sistema às necessidades da população. Esse achado sinaliza a existência de certo número de internações que poderiam ser evitadas, permitindo a aplicação desses recursos em outros serviços. Esse efeito significa também que, quando a oferta for insuficiente, internações justificadas por necessidades de saúde podem deixar de acontecer.

No que diz respeito ao acesso da gestante aos serviços de saúde, observa-se uma situação não muito diferente. Elas necessitam procurar várias unidades de saúde para conseguir um lugar para o atendimento pré-natal, bem como para o atendimento ao parto. O fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde. A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal (MENEZES et al. 2006).

Abel-Smith e Leiserson (apud UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987, p. 440) relatam que:

[...] O grau de acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo. Recomenda a OMS que a definição do que seja "acessível" deva ser adaptada a cada realidade e a cada região.

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) demonstram que fatores da oferta moldam o desenho do sistema em cada localidade, dando-lhe características particulares, pois a participação dos serviços de saúde suplementar diminui o consumo e aumenta, conseqüentemente, o acesso; porém, a parcela da população apta a fazer uso desse sistema é bastante seletiva, demonstrando as desigualdades geográficas e sociais ainda existentes.

Já Oliveira, Travassos e Carvalho (2004) relacionam o efeito da distância no acesso aos serviços, o raio de alcance dos serviços de mais alto nível é maior que o dos serviços básicos, pensando-se apenas em estrutura da rede. Acredita que, no caso das redes de alta

complexidade, a concentração do atendimento em poucos centros determina a existência de maiores distâncias a se percorrer para ser atendido.

Nos procedimentos mais freqüentes, observa-se um deslocamento menor. Considerados esses resultados à luz das pretensões expressas na NOAS (Norma Operacional de Assistência a Saúde), verifica-se que o seu objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde de uso mais freqüente o mais próximo da residência dos cidadãos é alcançável em curto prazo. A oportunidade de receber tratamento deve refletir, porém, a necessidade de saúde da população e não a distância do serviço, e, nesse aspecto, a organização das referências intermunicipais para os outros níveis de atenção ainda tem muito a avançar.

Observa-se também a importância dos sistemas locais de saúde e da regionalização do atendimento, ressaltando que, nas áreas nas quais não se indica a implantação de determinados serviços, o sistema de referência deverá incluir mecanismos para viabilizar o transporte dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2008).

A Regulação Assistencial (regulação de vagas) é a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. Compreende estabelecer ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial e é um instrumento definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

A regulação tem por objetivos oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada; organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades demandadas pela população; aperfeiçoar a utilização dos recursos disponíveis; fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação e fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada (PPI) (RIO DE JANEIRO, Jan.2009).

Desde a Constituição Federal de 1988, oferecer arranjos locais dos serviços de saúde capazes de propiciar a atenção integral à saúde constitui um dos maiores desafios para os gestores do SUS.

Nas questões de saúde relacionadas à mulher, a implantação da Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b) foi um exemplo significativo de integralidade de ações, pois, com as demandas do movimento feminista, reestruturou as práticas de saúde, antes restritas ao ciclo gravídico puerperal. Foram incorporadas ações para ampliar e

qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST (BRASIL, 2004b).

As ações são sintetizadas da seguinte forma:

- Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
- Promover a atenção à saúde da mulher negra;
- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
- Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e na implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

De acordo com Rocha (2004), o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher) era constituído de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres em distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais em suas necessidades detectáveis epidemiologicamente. Assim, sua formulação baseou-se em dada realidade epidemiológica e foi norteadas por princípios democráticos e feministas, cujas idéias apresentadas questionavam a relação autoritária entre profissional de saúde *versus* usuário, enfatizando uma visão mais integral da mulher assistida.

As linhas estratégicas de intervenção do PAISM explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde.

Costa (2002) comenta que o conceito da política de saúde integral para as mulheres colocou o Brasil em privilegiada posição internacional. Acerca desse reconhecimento, relata que, a partir de documentos emergidos das conferências internacionais de 1994 (Cairo) e de 1995 (Beijing), as conquistas recentes sobre os direitos reprodutivos não devem limitar as políticas brasileiras, mas, sim, amparar os avanços conceituais já institucionalizados aqui.

O mesmo autor refere que a inclusão do homem nas ações de saúde reprodutiva – tida como a grande novidade – já se encontrava contemplada nos princípios do PAISM e em suas diretrizes, desde a sua formulação, por meio da orientação da integralidade assistencial proposta. Por conseguinte, não seriam aceitáveis recuos diante do conceito de integralidade da assistência em razão de todo o processo histórico e da conquista de um programa e de uma política tão atuais e caros para o processo de luta das mulheres.

Acrescenta que a assistência integral concebida no PAISM no âmbito do movimento feminista brasileiro constitui-se um patrimônio inegociável e deve ser a referência conceitual estratégica em saúde para a implementação das ações de saúde reprodutiva. O PAISM, no plano dos conceitos e das políticas públicas para a atenção às mulheres, é a referência e satisfaz plenamente (COSTA, 2002).

O PAISM é uma importante contribuição como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender o atendimento integral construído desde a base, com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas, mas com a liderança e a participação direta e fundamental das maiores interessadas, as mulheres.

Semelhante concepção rompeu com a forma verticalizada de se construir a política pública na época ao propor a alteração da perspectiva limitada à atenção materno–infantil, sugerindo, como seus objetivos, a contemplação dos vários aspectos da saúde feminina, de modo a abarcar todas as fases de vida, como, por exemplo, oferecer às mulheres atividades integrais clínicas e educativas, visando aprimorar o controle do pré-natal, do parto e do puerpério (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Desse modo, o PAISM representou um marco pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva no contexto da atenção integral, e a sua adoção mostrou-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. O princípio de integralidade preconizado pelo PAISM acompanhou a formação do SUS na década de 90 e

surgiu como uma primeira proposta para o que, então, no ambiente da redemocratização do país e da reforma sanitária, culminou em uma política de saúde com princípios de descentralização e de integralidade das ações.

A nova proposta mostrou-se ambiciosa e buscou a quebra do modelo hegemônico, calcado no biologicismo, em uma relação de poder extremamente desigual e perversa e eminentemente masculinizada. A proposta do PAISM emergiu pouco antes da grande reforma que ocorreria no setor de saúde – a formulação do SUS, mas que nunca chegou a ser totalmente implantada no país (GIFFIN, 2002).

A concepção de integralidade surgiu no PAISM com o movimento feminista. O termo assistência integral procurava indicar a ampliação do horizonte em que os problemas da saúde da mulher deveriam ser pensados. Nesse sentido, é pertinente o comentário de Mattos (2004, p. 59):

Integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas se incidem.

O PAISM e o SUS, no entender de Valadares (1999), trazem o princípio de integralidade para o atendimento à mulher, reconhecendo, porém, uma grande dificuldade em sua implementação efetiva dentro de um sistema de saúde no qual os profissionais têm sua formação baseada no modelo de especialização clínica.

Mattos (2004) refere que o desafio da integralidade se desdobra em três dimensões; embora estejam intrinsecamente associadas entre si, nem sempre são tomadas como condições para reflexão dos sentidos da integralidade. Como primeira dimensão está aquela relativa à capacidade de as políticas governamentais ordenarem o sistema de saúde, como a capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população. A segunda dimensão destaca a organização dos serviços de saúde no sentido de garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica, demandados em cada situação assistencial, para dar resolutividade ao atendimento prestado. Por fim, a terceira dimensão é aquela relacionada aos conhecimentos e às práticas dos trabalhadores da saúde, pois se refere à capacidade de gerar acolhimento e de desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

Nessa perspectiva, um dos maiores desafios do SUS e de suas equipes de gestão é constituir foco comum entre os profissionais de modo a centrar a atenção no paciente, para possibilitar a constituição de um modo competente de realizar as mudanças de um modelo de atenção corporativo-centrado para um modelo usuário-centrado (BRASIL, 2006a).

1.2 Gestação na adolescência

A juventude é o processo de transição da infância à vida adulta, com progressiva emancipação da família e conseqüente aquisição de autonomia (AQUINO et al., 2003). A adolescência é marcada por lutas e por contradições de atitude, pois o adolescente ainda não sabe qual direção tomar, ou seja, está à procura de si mesmo (MARTINS, 2005).

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social. (HERCOWITZ, 2002, p. 390).

Nessa fase, os familiares devem estar atentos ao comportamento dos jovens, pois pode acarretar diversas repercussões, positivas ou não. A busca de identidade do jovem tornar-se-á ainda mais complicada se esta se vir, de repente, grávida (MARTINS, 2005).

A gestação na adolescência tem tomado vulto à medida que mais adolescentes são internadas, a cada dia, nas unidades de saúde, como gestantes, e é ainda mais significativa a precocidade desse fato. Tem-se tornado, portanto, cada vez mais interessante estudar quais as repercussões da maternidade precoce à saúde da adolescente (YAZLLE, 2002).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo (SANTOS; SILVA, 2000, p. 177).

Yazlle (2002) relata ainda que alguns estudos têm evidenciado intercorrências pré, pós e perinatais a essas gestantes; uns as consideram um grupo de risco, outros sustentam que a gravidez é bem tolerada por estas adolescentes, principalmente por aquelas que recebem uma assistência pré-natal precoce e regular.

Santos e Silva (2000) referem que a gestação na adolescência tem sido considerada de risco devido à possibilidade de intercorrências, tanto para a adolescente quanto para o seu concepto. Dentre estas se encontram maior índice de complicações obstétricas e recém-nascidos de baixo peso. Refere-se ainda à ocorrência de repercussões psicológicas, culturais e econômicas.

Existe, porém, o fator social, pois a gestação interfere diretamente na vida desta menina, no que diz respeito aos seus estudos, bem como a inserção no mercado de trabalho (YAZLLE, 2002). A literatura nos mostra que, em relação à trajetória acadêmica, a maternidade na adolescência é marcada pelo afastamento da jovem de seus estudos, seja por vergonha, cansaço, imposição da sociedade, entre outros, sendo grande a sua defasagem na escolaridade, contribuindo, assim, para os determinantes socioeconômicos dessa clientela (COSTA et al. 2005).

Aquino et al. (2003) já apresentam outra opinião, evidenciando em seu estudo que o enfoque de risco dado à gestação na adolescência tem sido criticado por diversos autores, os quais acreditam que tanto as implicações na trajetória escolar quanto profissional já existiam antes da gestação, não sendo, portanto determinantes da pobreza, mas por ela condicionada.

Segundo Sabroza et al. (2004), a responsabilidade precoce trazida pela gestação, acompanhada pelo processo de amadurecimento, ainda inacabado, resulta em adolescentes mal preparadas para assumir as responsabilidades geradas pela maternidade. Para esse autor, o problema da instabilidade conjugal, associado aos problemas familiares, mobilizados pela notícia da gestação, mostra o risco aumentado de os filhos dessas jovens serem vítimas de maus tratos, principalmente quando a gestação é indesejada. Devido a toda essa problemática, os aspectos emocionais da gravidez precoce devem ser abordados na tentativa de minimizar prejuízos emocionais, principalmente nos casos de gestação indesejada (SABROZA et al., 2004).

Estudo realizado por Sabroza et al. (2004) evidenciou que são intensas as repercussões emocionais da gestação em puérperas adolescentes. Em muitos casos, apresentam autovalorização negativa, baixa expectativa em relação ao futuro e um grande sofrimento psíquico, mostrando um alto grau de estresse emocional.

Para minimizar essas intercorrências, torna-se necessária a inclusão do pai do bebê e da família da adolescente no contexto, durante as consultas de pré-natal, no momento do parto e do pós-parto, tornando-se figuras indispensáveis para que a adolescente e o novo ser se sintam amparados e possam prosseguir (COSTA, 2003).

Montgomery (1998), no entanto, relata que o homem responde à paternidade de diferentes maneiras, indo desde o entusiasmo até a resistência ou ambivalência. Quando é aceita pelo pai, mostra-se como um dado positivo em relação à evolução da gestação, pois a recusa do adolescente em aceitar a paternidade pode gerar conflitos que vêm a interferir no relacionamento dele com seus filhos.

Segundo Costa et al. (2005), vários estudos salientam que a preparação do homem para a paternidade, ao participar da gravidez desde o início, traz contribuição significativa para o equilíbrio do casal, principalmente quando se trata de pais adolescentes, os quais se mostram ainda despreparados para assumir tal papel.

A gestação nem sempre é um ato desastroso ou inconseqüente; muitas vezes é planejada pela adolescente por ter um relacionamento estável e desejar ser mãe; muito embora a proporção de gestação indesejada nessa fase da vida seja bem mais expressiva (BELO; SILVA, 2004).

A adolescente, principalmente a menos favorecida economicamente, muitas vezes tem o desejo de engravidar com o intuito de livrar-se dos abusos e da violência vivenciados no âmbito familiar. Elas utilizam essa estratégia como luta pela melhoria de sua posição social (MATURANA; PROGIANTI, 2007).

Para essas adolescentes, a gestação com certeza mostra-se sem risco, haja vista todas as repercussões anteriormente citadas já se encontrarem resolvidas pelo seu objetivo de formar uma família e mudar de vida. No entanto, apesar dessa percepção ser reconhecida em vários espaços, a idéia da gravidez em adolescentes como uma gestação de alto risco ainda é a norteadora do acesso destas aos serviços de atendimento ao pré-natal e ao parto.

Silva e Tonete (2006), estudaram as repercussões da gestação na adolescência para os familiares e evidenciaram que, inicialmente, mostra-se como um susto, surpresa inesperada e negativa, principalmente quando a adolescente não é casada e/ou não tem compromisso estável com o rapaz, e a família acredita ter dado todas as orientações necessárias para que essa situação não ocorresse. Conforme a gestação vai se desenvolvendo, os familiares, principalmente na figura da mãe da adolescente, se conformam com a situação e ajudam a adolescente a passar por essa etapa, que se torna ainda mais difícil quando não apoiada.

Segundo Martins (2005), sendo a gestação um momento de grandes mudanças na vida da mulher, e principalmente da adolescente, torna-se necessário o acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível, com o intuito de minimizar as possíveis intercorrências e/ou riscos.

A organização do SUS ainda tem como grande desafio a construção de um modelo tecno-assistencial coerente com as necessidades da população, e vem se esforçando nesse sentido, pois tem buscado desenvolver atualmente, dentro do princípio proposto, uma abordagem cada vez mais centrada no usuário, além de promover a discussão sobre os direitos de o cidadão receber um atendimento de qualidade na área da saúde.

No âmbito da assistência à maternidade e à infância, várias iniciativas relacionadas à humanização da atenção à saúde já foram realizadas pelo Ministério da Saúde. Embora consideradas importantes contribuições e experiências realizadas no âmbito do SUS, também foram tidas como iniciativas fragmentadas, sem articulação entre si, devido ao risco de a humanização tornar-se mais um "programa" a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, e não uma política.

Para Gomes (2002), mesmo com a expansão da rede pública de saúde e com a melhora no atendimento às gestantes, ainda hoje é comum encontrar mulheres, já em trabalho de parto, enfrentando uma jornada até serem aceitas por um hospital.

Em pesquisa realizada com 520 mulheres, que deram à luz no Amparo Maternal, entidade filantrópica que não recusa assistência a grávidas de baixo risco, 67% tiveram de percorrer mais de um hospital antes de serem internadas; 61% passaram por duas maternidades, e 15% por três ou mais.

A peregrinação de mulheres em trabalho de parto é um problema conhecido pelos profissionais de saúde. A literatura mostra que essa busca pode trazer sérios problemas à mãe e à criança. Na população analisada, não houve morte materna, mas quatro bebês não sobreviveram. Coincidência ou não, todos eram filhos de mulheres que tiveram de passar por mais de um hospital (ROCHA, 2004).

As dificuldades das gestantes não começam com as primeiras contrações. Segundo a referida pesquisa, entre as mulheres entrevistadas, um número razoável realizou o pré-natal (80,4%). Destas, 51% fizeram menos de seis consultas, o mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Observamos na literatura que essas dificuldades também são enfrentadas pelas gestantes adolescentes; portanto, mediante as razões já expostas, estas deveriam iniciar o pré-natal o mais precocemente possível e ter facilitado o acesso ao atendimento ao parto.

O Estatuto da Criança e do Adolescente vem, em seu artigo 8º, alíneas 1ª e 2ª, garantir à gestante adolescente o atendimento pré e perinatal, obedecendo-se aos princípios da regionalização e hierarquização do SUS e priorizando o atendimento preferencialmente pelo médico que a atendeu durante o pré-natal (BRASIL, 2001).

1.3 Acesso das gestantes aos serviços de saúde

Medina (2003) conceitua mulher como um ser único, dotado de corpo, mente e espírito, o qual tem capacidade de tomar decisões sobre si, é intuitivo e capaz de trazer ao mundo outra vida. Passa por vivências e experiências que influenciam sua vida e a das pessoas que a cercam. A mulher, quando gestante, encontra-se em um momento de vida bastante diferenciado: o de futura mãe. Está passando por modificações fisiológicas, emocionais e sociais, e seu acesso aos serviços de saúde não acontece de maneira muito diferente do acesso da clientela em geral.

A tensão surgida no âmbito do SUS, focada na crítica ao modelo de assistência o qual desconsidera o usuário em suas demandas e singularidades, evoluiu do problema mais geral: o da garantia de acesso universal ao sistema de atenção. Tal situação constitui elemento crítico da qualidade dessa atenção muito em função dos avanços de cobertura no SUS e de suas

políticas de ação, pois, em algum momento, ao longo da última década, atingiu um patamar importante na cobertura de serviços (BRASIL, 2006a).

O PHPN (Programa de Humanização do Parto e Nascimento) é uma das propostas do SUS de acesso da gestante aos serviços de saúde. Apesar disso e de todos os seus esforços, observa-se que ainda hoje as gestantes apresentam muitas dificuldades de acesso não só ao atendimento pré-natal, como também ao atendimento ao parto e ao puerpério.

Gama et al. (2004) indicam que o ideal é dar início às consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gestação para possibilitar o diagnóstico e o tratamento precoce de intercorrências que trariam conseqüências adversas à mãe e ao bebê, pois os efeitos protetores do pré-natal podem se estender para além do período neonatal.

Os autores Gama et al. (2004) chegam a afirmar que a realização de um número mínimo de consultas de pré-natal está associada ao acesso posterior de bebês aos serviços de saúde, mostrando-se como fator relevante para a prevenção de resultados adversos, tanto na gestação quanto no primeiro ano de vida.

Deve-se considerar a necessidade de uma maior integração entre os serviços de assistência pré-natal e parto. É fundamental uma melhor hierarquização da rede para que os serviços de pré-natal de alto risco e de maternidades de baixo e alto risco dos centros de atenção primária sejam bem estabelecidos e possam se tornar referência para as pacientes.

Em contrapartida, os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de referência necessitam estabelecer os postos de saúde e as maternidades de baixo risco para aonde possam encaminhar as pacientes de baixo risco que receberem por demanda espontânea, diminuindo assim as taxas de "superutilização" dos serviços. Finalmente, as maternidades de baixo risco necessitariam estar mais bem integradas às maternidades de referência para encaminharem as gestantes de risco que aquelas recebessem.

A adequação dos serviços está associada à sua melhor utilização, pois se observa que as gestantes, mesmo de baixo risco, acabam procurando assistência em maternidades de alta complexidade, por entenderem que esses locais possuem mais recursos ou por serem mais próximas de seu local de residência. Se houvesse distribuição e referenciamento adequados das gestantes durante o pré-natal, o acesso, possivelmente, seria mais bem garantido (LANSKY; FRANÇA; LEAL 2002).

Na opinião de Leal, Gama e Cunha (2005), a inexistência de sistema de referência e ainda o não funcionamento adequado do sistema de regulação de vagas, bem como a inexistência de protocolos clínicos, acabam sobrecarregando as maternidades de alto risco, gerando prejuízos a quem realmente necessita do serviço.

Nas últimas décadas, as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) e intermediário (UI) para recém-nascidos no município do Rio de Janeiro, Brasil, vêm sendo bastante discutidas. Apesar de os programas de referenciamento de gestantes de alto risco e humanização do pré-natal e nascimento, pode-se ainda observar um fluxo de gestantes das regiões mais periféricas em direção ao centro do município, onde existe uma maior concentração de serviços.

A vivência nessa área tem levado profissionais de saúde a observar e a perceber aspectos envolvidos nessa temática, como limitações na assistência dos serviços de pré-natal, quando a gestante nem sempre recebe e entende informações sobre sua situação e sua procura por uma instituição para parir. Na maioria das vezes, o atendimento não procura esclarecer possíveis dúvidas da gestante. Esta, por sua vez, tende a permanecer inibida e até sugerir um certo medo; não se comporta como se estivesse à vontade (TANAKA, 1995).

Mesmo por falta de orientação e informações, a cliente tende a se calar, possivelmente para garantir o atendimento até o final da gestação, parto e puerpério na instituição hospitalar, e também por ter receio de ser advertida ou mesmo repreendida durante o atendimento hospitalar (TANAKA, 1995).

Odent (2002) sugere, preventivamente, estudarmos quais distócias podem ocorrer em decorrência da angústia experimentada por essas mulheres, dado o efeito significativo do estresse e da insegurança sobre a liberação dos hormônios endógenos.

Diversas pesquisas de qualidade dos serviços de saúde surgem com o enfoque da satisfação do usuário e com o conceito de atenção humanizada.

Rocha (2004) adverte que o conceito de humanização da assistência ainda está em construção – assim como o da integralidade – e permite várias interpretações ou diversas definições, de forma a constituir diferentes percepções, sentidos e significados que dependem de diferentes posições ou papéis que ocupam aqueles que a ele se referem, sejam dirigentes, profissionais de saúde ou usuários.

Apesar de carecer de definição mais clara, o conceito de "humanização da assistência" constitui o alicerce de amplo conjunto de iniciativas, as quais dão voz a demandas antigas na saúde, como, por exemplo, a democratização das relações envolvidas no atendimento, um melhor diálogo na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, o reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e dos pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

O documento oficial do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), instituído pelo Ministério da Saúde em 24 de maio de 2000, inicia-se a partir de um diagnóstico da insatisfação dos usuários – no tocante, sobretudo, aos aspectos

relacionais com os profissionais de saúde – e busca resgatar a humanização desse atendimento (BRASIL, 2001b).

Resgatar a humanização por meio do PNHAH, no primeiro momento, é ir contra a violência institucionalizada, seja ela física ou psicológica – expressada por maus-tratos, seja ela simbólica – manifestada na dor de não encontrar compreensão de suas demandas ou expectativas. No segundo momento, exprime-se na necessidade de melhorar a qualidade do atendimento, no qual a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando-se os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Posteriormente, em 2003, o PNHAH foi substituído por uma Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS), com caráter de transversalidade, entendida como "um conjunto de princípios e diretrizes traduzidos em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva" (BRASIL, 2003a).

Levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar-se e de transformar realidades, o HumanizaSUS busca desenvolver a humanização como estratégia de interferência no processo de produção e saúde, além de investir sobretudo na produção de um "*novo tipo de interação entre os sujeitos*", os quais constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2007c).

Os princípios norteadores do HumanizaSUS envolvem a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, de modo a fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, dentre os quais se destacam o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça, de orientação sexual, assim como às populações específicas – índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.

Desse modo, tais princípios envolvem (BRASIL, 2007c):

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e o trabalho em grupo;
- Apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a população de saúde e a produção de sujeitos;
- Construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, mediante o estímulo dos processos de educação permanente.

Com a implementação do PNH da atenção e da gestão no SUS, busca-se consolidar os seguintes objetivos (BRASIL, 2003a): as filas e o tempo de espera serão reduzidos, com

ampliação do acesso e com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de riscos; todo usuário deverá saber quem são os profissionais cuidadores de sua saúde, enquanto os serviços de saúde responsabilizar-se-ão por sua referência territorial; as unidades de saúde deverão garantir as informações aos usuários e o acompanhamento de pessoas de sua rede social; as unidades de saúde garantirão a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como o desenvolvimento de educação permanente de seus profissionais.

Dentro dessa proposta do SUS de mudar o modelo assistencial a partir da modificação na prática, várias iniciativas se destacaram permeadas pelos incentivos originários dos programas de humanização constituídos. O Ministério da Saúde instituiu o prêmio David Capistrano para os melhores projetos do SUS voltados ao atendimento humanizado.

Ampliar a oferta dos serviços e melhorar a qualidade do atendimento, de modo a proporcionar o acesso de usuários aos profissionais capacitados, são objetivos do SUS, porém a eficiência não basta, se o atendimento não for humanizado. Essa é a filosofia do PNH - HumanizaSUS, implementada pelo MS desde 2003.

No Brasil, em resposta a toda essa conjuntura de ‘reformas’, o SUS vem investindo na mudança desse quadro de atenção, como temos até aqui discutido. O ano de 1998 – quando um economista esteve no comando do Ministério da Saúde – foi o marco da implementação de uma série de iniciativas políticas para aperfeiçoar a qualidade da assistência obstétrica, de modo a melhorar o quadro de indicadores pela diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, pela revalorização do parto normal e pelo fortalecimento da relação da mãe com seu bebê. As iniciativas adotadas foram:

- Instituir a iniciativa “Hospital Amigo da Criança” para estabelecimentos que estimulam o aleitamento materno;
- Estabelecer mecanismos de controle de cesáreas, com a criação de um teto percentual decrescente de limites dessa intervenção: 40% no ano de 1998; 35% para 1999 e 30% para 2000, havendo previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (BRASIL, 1998);
- Instituir, no novo modelo proposto, o pagamento para a assistência ao parto de baixo risco realizado por enfermeira obstétrica (MS/GM 2815, de 29 de maio de 1998);
- Instituir, no mesmo ano, o prêmio “Galba de Araújo”³, com o objetivo de reconhecer e incentivar as unidades destacadas pelo atendimento humanizado. A cada ano são premiadas cinco maternidades brasileiras;

³ Homenagem ao médico obstetra Galba de Araújo pelo trabalho realizado com parteiras no nordeste do país, tornando-se exemplo de respeito e atenção à mulher e ao recém-nascido.

- Criar o PHPN, em 2000, por meio de um conjunto de Normas e Portarias (MS/GM 569, 570, 571, 572 de 1 de junho de 2000), com estrutura de incentivos financeiros específicos para garantir um número médio de consultas de pré-natal e a qualidade de atendimento ao parto, estimulando a organização da assistência, a vinculação formal do pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso das mulheres, garantindo qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, em uma perspectiva associada à afirmação dos direitos das mulheres incorporados como diretrizes institucionais.

1.4 Mortalidade Materna

Percebe-se ainda hoje um grande número de causas de morte associadas à assistência pré-natal e perinatal inadequadas, como as relacionadas à asfixia intra-uterina e intraparto, ao baixo peso ao nascer, às afecções respiratórias do recém-nascido, às infecções e à prematuridade (LANSKY; FRANÇA; LEAL 2002).

Em 2001 ocorreram 174 mortes maternas no Rio de Janeiro: 173 de residentes no próprio estado e uma de mulher residente em outro. A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) para o ano foi de 71,5 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Continua sendo uma taxa considerada alta e chega a ser mais de dez vezes maior quando comparada às de países desenvolvidos.

A mortalidade materna é bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde e de boa qualidade. (BRASIL, 2004a).

Aqui retomamos o pensamento de Tanaka (1995), quando o mesmo se refere a “inoportunidade” da assistência ao parto, a qual pode levar ao óbito, e está relacionado à “peregrinação hospitalar”, isto é, ao fato de gestantes em trabalho de parto frequentemente terem de recorrer a mais de uma instituição antes de serem internadas. Essa dificuldade de acesso determina o resultado para a criança, e muitas vezes até para a mãe, diminuindo as chances de intervenções clínicas eficazes.

De acordo com o Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal, da SES/RJ, *morte materna* é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou da localização desta, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais - TMM =

Taxa de Mortalidade Materna (BRASIL, 2003b).

Segundo Galli et al. (2005), entre os princípios e diretrizes do PHPN, conforme já assinalado estão os direitos: ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ao acompanhamento pré-natal adequado; a saber e ter assegurado o acesso à maternidade na qual será atendida no momento do parto; à assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura; à adequada assistência neonatal a todo recém-nascido; e à responsabilização das autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal na promoção e garantia dos direitos enunciados.

Esse programa vem sendo descrito como estratégico por gestores e profissionais de saúde e por feministas para influenciar a redução das taxas de mortalidade materna. Apesar de ser uma política pública importante, o PHPN não tem sido eficaz para reduzir a mortalidade materna, em parte por não focalizar a eficácia e a segurança dos procedimentos no parto. Além disso, sua adesão tem sido lenta pelos municípios, segundo dados de 2002.

O Programa de Saúde na Família também vem sendo apontado como estratégico para a redução e a prevenção da morte materna, principalmente por ampliar a cobertura do pré-natal para as mulheres que, em geral, têm menos acesso a serviços de qualidade. Esse Programa, implantado de forma integrada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pode ser eficaz para capilarizar ações de prevenção e redução da mortalidade materna.

Prosseguem Galli et al. (2005) relatando que, desde 2002, a Advocacy (ONG que tem como objetivo fomentar o uso estratégico do direito como instrumento de justiça social) vem acompanhando as iniciativas da Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Coordenação do Programa de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) e do Ministério Público do Estado, para implementar políticas de saúde relevantes para a redução da mortalidade materna e neonatal no estado, iniciadas em 2000.

Tais iniciativas contemplaram dois momentos distintos: o da assinatura dos Termos de Ajustamento de Conduta pelos Municípios, Ministério Público Estadual e Secretaria Estadual de Saúde e o da adesão dos municípios ao PHPN, na assinatura do Termo de Adesão junto à Secretaria Estadual de Saúde.

A alimentação do sistema de dados do Ministério da Saúde (SISPRENATAL), com informações sobre o grau de adesão ao PHPN, é um dos caminhos para monitorar o efetivo cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios, haja vista a adesão ao programa significar alocação de recursos ao município. Ainda persistem, porém, dificuldades e desafios na implementação integral dessas políticas, pois os obstáculos técnicos encontrados para a alimentar o sistema de dados acarretam dificuldades no monitoramento da

implantação do PHPN em nível local.

Acrescenta que, segundo informações obtidas na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, dos 92 municípios do estado, apenas oito ainda não assinaram o Termo de Adesão ao PHPN. Na prática, entretanto, a implantação do Programa vem se dando de forma lenta devido a fatores adversos como a descontinuidade das ações de monitoramento pelo Ministério Público estadual do cumprimento dos Termos de Ajustamento de Conduta sobre a saúde materno-infantil nos Municípios e no Estado; as dificuldades operacionais devido à falta de estrutura da rede pública de serviços nos municípios; a falta de vontade política das autoridades locais; a falta de condições técnicas; e a grande rotatividade de secretários de saúde municipal (GALLI et al., 2005).

Além disso, a sanção para a não-implantação do PHPN em âmbito municipal tem caráter administrativo e determina o não recebimento dos recursos destinados ao Programa. Para ser implantado de forma efetiva, é necessário contar com o apoio político local e, infelizmente, muitas vezes, a sanção ainda não é suficientemente coercitiva para levar à obrigatoriedade e à priorização da implantação do PHPN.

Apesar da morosidade e da falta de vontade política em alguns municípios, pode-se dizer, entretanto, que a ação do Ministério Público Estadual tem sido positiva, pois provocou discussão sobre a necessidade de reorganização dos serviços materno-infantis naquelas localidades, por meio da assinatura dos Termos de Adesão.

Do processo de implantação do PHPN, surgiu a necessidade de elaborar planos regionais para mapear os principais problemas nos serviços, levando a uma discussão com gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de melhora da qualidade dos serviços e um maior controle de avaliação da qualidade da assistência durante o pré-natal, parto, puerpério e na assistência de mulheres em situação de abortamento.

Em julho de 2003, foram elaborados requerimentos pela Advocacy, apresentados aos representantes do Ministério Público Estadual, em conjunto com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Regional Rio, visando a novos Termos de Ajustamento de Conduta relacionados à situação da mortalidade materna e aos serviços de planejamento familiar no Estado, conforme mencionado no capítulo IV deste Relatório. Até o presente momento, infelizmente, os termos de ajustamento de conduta aguardam a assinatura do secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e dos secretários municipais, demonstrando a omissão e a falta de diligência do estado em cumprir suas obrigações de proteger o direito das mulheres de viver livre de morte materna evitável.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), em ação conjunta do

PAISMCA e do Departamento de Dados Vitais (DDV), vem implementando, desde 1995, em integração com as Secretarias Municipais de Saúde, a vigilância da morte materna, fazendo uma busca ativa de óbitos, melhorando as informações relacionadas a estas mortes pelo trabalho do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal (CEPCMMP) e desenvolvendo ações para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao puerpério. A mortalidade materna é, há alguns anos, a nona causa de morte de mulheres em idade fértil no estado do Rio de Janeiro.

A subdeclaração da causa de morte materna não é um problema exclusivo do Estado do Rio ou de países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um fator de correção de 1,5 para os óbitos maternos ocorridos nos países desenvolvidos e com sistema de registro de eventos vitais considerados de boa qualidade.

O trabalho conjunto da SES-RJ, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, do Departamento de Dados Vitais e das Secretarias Municipais de Saúde, tem estimulado a identificação e a busca ativa dos óbitos.

Somente o cumprimento das Resoluções SES nº 1.052/1995 e SES nº 1.642/2001 poderá estabelecer uma Taxa de Mortalidade Materna mais próxima do real. Essas Resoluções dispõem, respectivamente, sobre a obrigatoriedade de informar, no prazo máximo de 24h, a ocorrência de todo óbito de mulher durante o período gestacional, parto ou puerpério, e atribui às Secretarias Municipais de Saúde a responsabilidade de investigar os óbitos maternos declarados, bem como todos os óbitos de mulheres em idade fértil que tenham como causa de morte uma causa presumível de óbito materno (BRASIL, 2003b).

Prossegue esse Relatório assinalando que as ações de reorganização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento na região Metropolitana, podem provocar um grande impacto na redução da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro.

A lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, mostra-se como um importante dispositivo no intuito de garantir mais uma vez o acesso da mulher aos serviços de saúde e, portanto também pode causar grande impacto na redução da mortalidade materna. Essa lei dispõe sobre o direito da gestante de conhecer e estar vinculada à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por intermédio dessa lei, todas as gestantes poderão vincular-se às maternidades nas quais receberão atendimento durante intercorrências no pré-natal e no parto, evitando o fenômeno estudado (BRASIL, 2007a).

2 MÉTODO

Desenho de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e de delineamento transversal, realizado no período de abril a julho de 2008, nas maternidades da rede SUS do município do Rio de Janeiro.

O estudo quantitativo é um método de pesquisa que fornece resultados numéricos, probabilísticos e estatísticos, utilizando instrumentos específicos de coleta de dados primários, geralmente aplicados a uma amostra representativa de um universo a ser pesquisado, e técnicas estatísticas para análise das informações obtidas (ALMEIDA; RÍBES, 2000).

O estudo observacional implica um posicionamento passivo do pesquisador em sua relação com o objeto de investigação, visando não interferir nos processos em estudo. O delineamento transversal refere-se à dimensão temporal do estudo cuja produção do dado ocorre em um único momento no tempo, ou seja, as variáveis independentes e dependentes são observadas em uma mesma ocasião (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

População de estudo

A população de estudo foi constituída por puérperas menores de 19 anos, que pariram em maternidades da rede SUS-RJ. Foram elegíveis para o estudo aquelas que estavam internadas às terças e aos sábados, durante os meses de abril a julho de 2008 e que aceitaram participar da entrevista, com o consentimento dos seus responsáveis.

A estratégia de coleta às terças e aos sábados teve como objetivo diminuir as perdas, tendo em vista a internação da gestante na maternidade ser de 48 horas e, assim, conseguirmos entrevistar uma parcela bastante significativa da clientela em questão.

Campo de Pesquisa

Pretendia-se, inicialmente, realizar a coleta de dados nas seguintes maternidades: Hospital Maternidade Fernando Magalhães, Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Estadual Rocha Faria, Hospital Estadual Pedro II, Hospital Maternidade Carmela Dutra, Associação Pró-Matre e Santa Casa da Misericórdia.

A escolha desses campos se deu pelo fato de essas Unidades fazerem o maior número de partos da Rede SUS-RJ, conseguindo retratar o objeto de estudo e responder aos objetivos propostos. Todas as Unidades foram previamente contatadas, bem como foi entregue a cada

uma delas uma cópia do projeto para opinarem quanto à realização da coleta de dados.

Como o Hospital Geral de Bonsucesso possui um Comitê de Ética em Pesquisa próprio, o projeto foi encaminhado a este. Por estar em recesso, a autorização para ser utilizado como campo de pesquisa só foi dada em Abril.

O Hospital Estadual Rocha Faria, representado pelo Centro de Estudos, informou estar provisoriamente suspensa sua utilização como campo de pesquisa, até haver uma reorganização interna, ficando então excluído do projeto.

Tanto a Pró-Matre quanto a Santa Casa de Misericórdia, instituições vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, não autorizaram a pesquisa, sendo excluídas da coleta de dados.

Com relação ao Hospital Estadual Pedro II, o mesmo autorizou, inicialmente, a coleta de dados, sendo encaminhada a solicitação ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde; todavia, quando iniciar-se-ia a coleta de dados, houve troca de chefias e a pesquisa não foi mais autorizada.

Assim sendo, constituíram o campo da pesquisa as seguintes maternidades: Hospital Maternidade Fernando de Magalhães, Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, Hospital Maternidade Oswaldo Nazaré, Hospital Maternidade Carmela Dutra e Maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso.

Essas maternidades têm seu perfil sintetizado no quadro que se segue:

Perfil das Maternidades

Maternidade	Inauguração	Nº de leitos obstétricos	Classificação quanto ao risco Obstétrico	Observações complementares	Municipalizada
Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP)	1933, novas instalações em 22 de maio de 1997	51	Baixo risco Possui Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.	Mais antiga maternidade da rede municipal de saúde.	não
Hospital Maternidade Oswaldo Nazaré (HMON)	21 de janeiro de 1974	89	Médio risco Possui Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.	Referência para atendimento de gestantes diabéticas e adolescentes.	sim
Hospital Maternidade Fernando de Magalhães (HMFM)	6 de julho de 1955	102, sendo 40 para gestantes de risco	Alto risco, possui UTI materna e Unidade de tratamento intensivo neonatal	Referência para gestação de alto risco e atendimento para vítimas de violência sexual e aborto legal	não
Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)	26 de janeiro de 1956	72	Médio risco Possui Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.	Referência para atendimento pré-natal de gestantes hipertensas.	sim
Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD)	19 de novembro de 1947	103	Baixo risco Possui Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.	Maternidade que alia o maior número de mulheres atendidas à garantia das práticas humanizadas na atenção perinatal.	sim
Maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)	1948	52	Alto risco	Maior hospital da rede pública do RJ em volume de atendimento.	não

Coleta de dados

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista estruturada. Segundo Gil (1999), é aquela cujo investigador se apresenta ao investigado e formula a ele perguntas com o objetivo de obter dados interessantes para a investigação. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, no qual uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A entrevista estruturada mantém o foco do problema a ser resolvido de uma forma dirigida. Esse tipo de entrevista adquire detalhes específicos a respeito de determinado aspecto do problema, antes de passar para outros pontos (DURKIN, 1994). Pode ser utilizada quando é necessária uma informação específica a respeito de um tópico estabelecido. As vantagens desse método são a manutenção do foco em um determinado assunto, o fornecimento de informações detalhadas e a estruturação de relações entre os conceitos.

Conforme Gil (1999, p. 124), "para que a entrevista seja adequadamente desenvolvida, é necessário, antes de qualquer coisa, que o entrevistador seja bem recebido". Os entrevistados devem ser avisadas e preparados antecipadamente, mediante comunicação escrita ou contato pessoal prévio. Além disso, é preciso criar uma atmosfera cordial para deixar o entrevistado à vontade para responder às questões de forma mais fidedigna e completa. Essa atmosfera deve ser mantida durante todo o processo para motivar o entrevistado.

Para iniciar a entrevista, aconselha-se criar um ambiente amistoso, começando a conversação por assuntos distintos do tema da pesquisa e de interesse comum. A seguir, o entrevistador, segundo Gil (1999), deve explicar a finalidade de sua visita, os objetivos da pesquisa, o nome da instituição ou das pessoas patrocinadoras, a importância do estudo para o grupo pesquisado e a importância da colaboração pessoal do entrevistado. Seguindo essas recomendações, preocupamo-nos com a aproximação das puérperas adolescentes, alvo deste estudo.

As entrevistas foram realizadas por uma equipe composta por seis estudantes do curso de graduação em Enfermagem; três residentes de Enfermagem; uma enfermeira e a pesquisadora. A equipe foi previamente treinada pela pesquisadora com o objetivo de minimizar vieses que poderiam ocorrer durante as entrevistas, realizadas no período de 1º de abril a 31 de julho de 2008. Apenas na Maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso, a coleta de dados iniciou em 15 de abril de 2008, devido ao recesso do Comitê de Ética da instituição.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário estruturado, especificamente elaborado para este estudo (Apêndice A). Na primeira parte, foram abordadas questões de identificação da cliente e local de moradia; na segunda, dados sobre atendimento ao parto e ao puerpério. Foram incluídos também itens para avaliação de coerência entre local de moradia e unidade de atendimento, unidade de pré-natal e unidade de parto a serem classificadas, pelo entrevistador, após a entrevista.

Esse instrumento foi testado com um grupo de 80 adolescentes. Considerando que não foram necessárias alterações significativas no mesmo, os dados referentes a esse grupo foram incorporados à amostra. Após teste e adequação, deu-se início à coleta de dados propriamente dita.

Variáveis estudadas

As variáveis dependentes de interesse foram o acesso e a peregrinação da gestante para

realização do parto na rede SUS.

O acesso no presente estudo foi classificado como insatisfatório quando havia incoerência entre a unidade na qual a adolescente fez pré-natal e a maternidade referenciada, ou entre a unidade onde a cliente pariu e sua área programática (AP.) de moradia ou pré-natal, ou quando a gestante adolescente não ficou internada na primeira tentativa se estivesse em trabalho de parto. Nos demais casos, foi considerado satisfatório. Já a existência de peregrinação anteparto foi considerada quando a gestante encontrava-se em trabalho de parto, precisando procurar por mais de uma maternidade para parir.

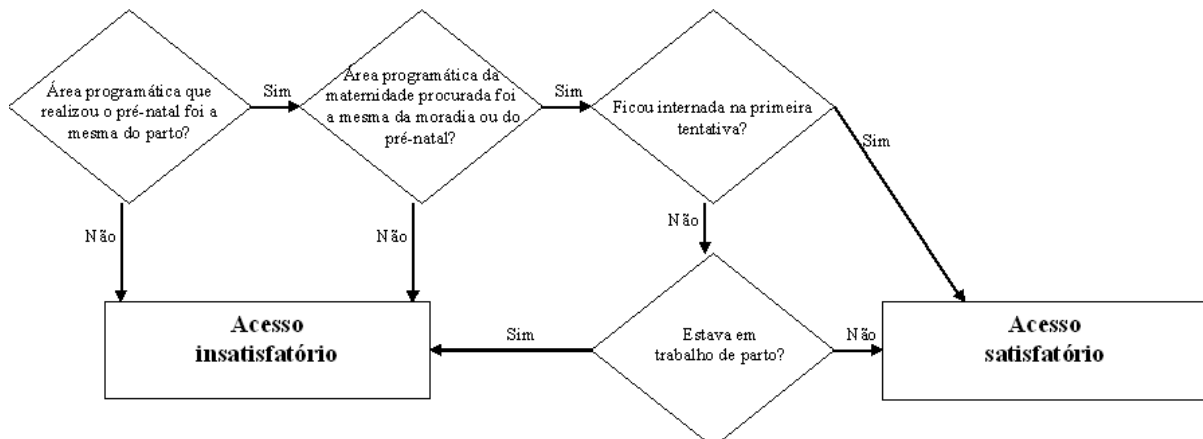


Figura 1 – Fluxograma da classificação da variável acesso ao parto.

As variáveis independentes avaliadas foram socioeconômicas (etnia, escolaridade e situação conjugal), demográficas (idade e área programática de moradia) e aspectos gestacionais (paridade, tipo de parto, se fez ou não pré-natal, número de gestações, aborto, início do pré-natal, quantitativo de consultas de pré-natal e se contou ou não com a presença de acompanhante).

A etnia foi classificada em branca, parda e negra. A escolaridade foi classificada nas categorias fundamental, médio e superior incompleto. A situação conjugal foi classificada em solteira, casada, união consensual, viúva e divorciada. No que diz respeito ao local de moradia por AP, trabalhou-se com todas as APs.

Com relação aos aspectos gestacionais para o tipo de parto, foram utilizadas as categorias parto normal e parto cesáreo; para a variável pré-natal, sim ou não; para a variável início do pré-natal, utilizou-se 1º, 2º ou 3º trimestre; e, para a variável acompanhante, utilizou-se sim ou não.

As variáveis numéricas foram idade, paridade, aborto, número de consultas de pré-natal e número de gestações.

Análise de dados

Foi realizada análise univariada para descrever a distribuição das variáveis dependentes e independentes na população estudada. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as proporções; para as variáveis numéricas, a média e a mediana. Para identificar os possíveis fatores associados ao acesso insatisfatório e à peregrinação anteparto, foi realizada uma análise exploratória, sendo calculados a razão de prevalência e os respectivos intervalos com 95% de confiança. Os dados foram digitados em planilha Excel e analisados no programa EPI INFO versão 6.03.

A razão de prevalência é uma medida de associação que expressa uma comparação matemática entre a prevalência de um grupo exposto a um determinado fator de interesse e a prevalência de grupo não exposto. Uma razão de prevalência com valor 1,0 indica ausência de associação; valores acima indicam associação positiva; e abaixo, associação negativa ou proteção (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O intervalo de confiança é uma medida de precisão estatística a qual expressa a possível variação aleatória da magnitude do efeito observada; no caso, a razão de prevalência. Ele contém informação semelhante aos testes de significância estatística expressos pelo valor de p ; entretanto, tem a vantagem de permitir ao leitor ver a faixa de valores plausíveis e decidir se é consistente com os dados.

Como nos casos cujo intervalo de confiança é amplo e inclui o valor correspondente a não associação (1,0) no limite do intervalo, uma associação estatisticamente significativa provavelmente poderia ser encontrada se o estudo tivesse maior poder, ou seja, maior tamanho de amostra.

Aspectos Éticos

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitada às instituições a autorização para a realização da pesquisa, e o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde, sendo aprovado segundo protocolo nº 04/2008 (Anexo C), e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral de Bonsucesso, sendo aprovado sob protocolo nº 09/2008 (Anexo D).

3 RESULTADOS

Foram entrevistadas 328 puérperas adolescentes de 12 a 18 anos, sendo 16 anos a média da idade; e 17 anos, a mediana (1º quartil, 16 anos; 3º quartil, 18 anos). A tabela 1 apresenta as características da população estudada. A maioria era solteira (72,3%), negra (40,5%) e tinha apenas o ensino fundamental (54,9%). Com relação à área programática (AP.) de residência, a maioria era da AP. 3.1 (27,1%), seguidas da AP. 3.3 (24,1%). A maioria havia feito pré-natal (91,5%), era primigesta (80,5%) e primípara (86,3%).

**Tabela 1 – Características das adolescentes estudadas
Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Características	N	%*
Etnia		
Branca	93	28,4
Parda	102	31,1
Negra	133	40,5
Escolaridade		
Fundamental	179	54,9
Médio	145	44,5
Superior incompleto	2	0,6
Ignorado	2	-
Situação conjugal		
Casada	22	6,7
União consensual	64	19,5
Solteira	237	72,3
Viúva	4	1,2
Divorciada	1	0,3
Área Programática de Residência		
1.0	30	9,1
2.1	3	0,9
2.2	7	2,1
3.1	89	27,1
3.2	32	9,8
3.3	79	24,1
4.0	8	2,4
5.1	28	8,5
5.2	9	2,7
5.3	7	2,1
Outro município	36	11,0
Pré-natal		
Sim	300	91,5
Não	28	8,5
Número de gestações		
Uma	264	80,5
Duas	43	13,1
Três	18	5,5
Quatro	3	0,9
Número de partos		
Um	283	86,3
Dois	37	11,3
Três	8	2,4
Aborto		
Sim	39	11,9
Não	289	88,1
Total	328	100,0

• Excluídos os valores ignorados.

Dentre as 300 adolescentes com assistência pré-natal (tabela 2), 14,3% informaram terem sido acompanhadas em mais de uma unidade. A maioria realizou de cinco a sete consultas de pré-natal (57,6%) e iniciou o pré-natal no 2º trimestre (50,7%); no entanto, apenas 50,7% foram encaminhadas à unidade de saúde onde deveriam realizar o parto pelo profissional do pré-natal (tabela 2).

**Tabela 2 – Características das adolescentes quanto à assistência pré-natal
Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Assistência pré-natal	N	%*
Início do pré-natal		
1º. trimestre	73	24,3
2º. trimestre	152	50,7
3º. trimestre	75	25,0
Número de consultas		
Menos de 3 consultas	36	12,0
3 a 4 consultas	91	30,3
5 a 6 consultas	118	39,3
7 ou mais	55	18,3
Realização de pré-natal em mais de uma unidade		
Sim	43	14,3
Não	257	85,7
Encaminhamento para maternidade		
Sim	152	50,7
Não	148	49,3
Total	300	100,0

* Excluídos os valores ignorados.

A tabela 3 apresenta as características das adolescentes quanto à assistência ao parto: 36,6% das adolescentes tiveram acesso insatisfatório e 20,7% peregrinaram à procura de uma maternidade para parir.

A maioria da população estudada foi oriunda da HMAF (25,0%). O tipo de parto foi normal (70,1%) e contou com a presença do acompanhante (88,1%). A maioria procurou apenas uma maternidade para atendimento (72%) e precisou ir à maternidade na qual ficou internada apenas uma vez (82%), tendo sido o parto realizado na unidade de referência dentro da sua AP de residência (53,7%).

**Tabela 3 – Características das puérperas quanto à assistência ao parto
Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Características	N	%*
Maternidade de realização do parto		
IMMFM	57	17,4
HMON	50	15,2
HMAF	82	25,0
UISHP	42	12,8
HGB	52	15,9
HMCD	45	13,7
Tipo de parto		
Normal	230	70,1
Cesáreo	98	29,9
Acompanhante		
Sim	289	88,1
Não	39	11,9
Número de maternidades procuradas		
Uma	236	72,0
Duas	75	22,9
Três	12	3,7
Quatro ou mais	5	1,5
Número de tentativas de internação na maternidade que realizou o parto		
Uma	269	82,0
Duas	37	11,3
Três ou mais	22	6,7
Parto realizado em maternidade de referência da área de residência		
Sim	176	53,7
Não	152	46,3
Peregrinação anteparto		
Sim	68	20,7
Não	260	79,3
Acesso ao parto		
Satisfatório	208	63,4
Insatisfatório	120	36,6
Total	328	100,0

A escolha da maternidade foi principalmente devido à proximidade da residência (34,8%), seguido do fato de a adolescente ter informações sobre a qualidade da assistência (27,4%) e ou ter sido referenciada pelo pré-natal (25,9%) (tabela 4).

**Tabela 4 – Motivos de escolha da maternidade entre as adolescentes
Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Motivo de escolha da maternidade	N	%
Referência do pré-natal	85	25,9
Mais próximo da residência	114	34,8
Qualidade da assistência	90	27,4
Próxima do trabalho	1	0,3
Foi levada por vizinhos	1	0,3
Parentes ou amigos trabalham na maternidade	2	0,7
Outros	34	10,4
Total	328	100,0

Considerando as 196 tentativas de internação infrutíferas entre as adolescentes estudadas, as locomoções de uma maternidade para outra ocorreram, principalmente, por meios próprios e sem guia de referência (90,3%). Apenas um quantitativo muito pequeno de gestantes adolescentes foi transferido de ambulância (4,1%) (tabela 5).

**Tabela 5 - Formas de locomoção de uma maternidade para outra
entre as adolescentes. Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Formas de locomoção	N	%
Por meios próprios, sem guia de referência	177	90,3
Por meios próprios, com guia de referência	11	5,6
Ambulância	8	4,1
Total de locomoções	196	100,0

A tabela 6 apresenta a razão de prevalência (RP) dos fatores avaliados quanto ao acesso insatisfatório e aos respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). A ocorrência de acesso insatisfatório foi maior para as adolescentes que tiveram assistência pré-natal, mas sem encaminhamento para maternidade, do que para as que tiveram encaminhamento (RP = 1,39; IC95%: 1,05 – 1,84). Não foi observada associação estatisticamente significativa para os demais fatores avaliados.

**Tabela 6 – Razão de prevalência (RP) dos fatores associados ao acesso insatisfatório (AI).
Rio de Janeiro – RJ, 2008.**

Variáveis	AI.	Total*	Prevalência	RP	IC 95%
Etnia					
Branca	29	93	0,31	1,00	
Negra	40	133	0,39	1,26	0,85 – 1,85
Parda	51	102	0,38	1,23	0,85 – 1,78
Escolaridade					
Médio ou superior incompleto	49	147	0,33	1,00	
Fundamental	69	179	0,39	1,16	0,86 – 1,55
Estado Civil					
Casada	10	22	0,45	1,00	
União consensual	18	64	0,28	0,62	0,34 – 1,13
Solteira	92	237	0,39	0,85	0,53 – 1,39
Viúva	0	4	-	-	-
Divorciada	0	1	-	-	-
Acompanhante					
Não	14	39	0,36	1,00	
Sim	106	289	0,37	1,02	0,65 – 1,60
Pré-natal					
Sim	113	300	0,38	1,00	
Não	7	28	0,25	0,66	0,34 – 1,28
Primípara					
Não	15	45	0,33	1,00	
Sim	105	283	0,37	1,11	0,72 – 1,73
Tipo de parto					
Normal	83	230	0,36	1,00	
Cesáreo	37	98	0,38	1,05	0,77 – 1,42
Encaminhamento para Maternidade†					
Sim	51	152	0,34	1,00	
Não	69	148	0,47	1,39	1,05 – 1,84

* Excluídos os valores ignorados.

† Excluídas as púerperas sem pré-natal.

A tabela 7 apresenta a razão de prevalência (RP) dos fatores avaliados quanto à peregrinação anteparto e aos respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). Não foi observada associação estatisticamente significativa para os fatores avaliados.

**Tabela 7 - Razão de prevalência (RP) dos fatores associados à peregrinação anteparto
Rio de Janeiro – RJ, 2008**

Fatores	Pereg.	Total*	Prevalência	RP	IC 95%
Etnia					
Branca	15	93	0,16	1,00	
Negra	31	133	0,23	1,45	0,83 – 2,52
Parda	22	102	0,22	1,34	0,74 – 2,42
Escolaridade					
Médio ou superior incompleto	30	147	0,20	1,00	
Fundamental	36	179	0,20	0,99	0,64 – 1,52
Estado Civil					
Casada	4	22	0,18	1,00	
União consensual	6	64	0,09	0,52	0,34 – 1,13
Solteira	58	237	0,24	1,35	0,53 – 1,39
Viúva	0	4	-	-	-
Divorciada	0	1	-	-	-
Acompanhante					
Não	7	39	0,18	1,00	
Sim	61	289	0,21	1,18	0,58 – 2,38
Maternidade fora da área de residência					
Não	28	152	0,18	1,00	
Sim	40	176	0,23	1,23	0,80 – 1,90
Pré-natal					
Sim	65	300	0,22	1,00	
Não	3	28	0,11	0,49	0,17 – 1,47
Primípara					
Não	4	45	0,09	1,00	
Sim	64	283	0,23	2,55	0,98 – 6,67
Tipo de parto					
Cesáreo	17	98	0,17	1,00	
Normal	51	230	0,22	1,28	0,78 – 2,10
Encaminhamento para Maternidade†					
Sim	31	152	0,20	1,00	
Não	37	148	0,25	1,23	0,81 – 1,87

* Excluídos os valores ignorados.

† Excluídas as puérperas sem pré-natal.

4 DISCUSSÃO

Uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade de avaliar a quantidade de perda das entrevistas. A dimensão da população-alvo é desconhecida, visto não existir dado sobre o número mensal de partos de gestantes adolescentes em nenhuma fonte oficial, nem nas maternidades que serviram de campo para a pesquisa.

Considerando, no entanto, que a puérpera fica internada por pelo menos 48 horas, e a estratégia de captação ocorreu em dois dias com intervalo de três dias, durante cada semana, e não houve recusa, estima-se que mais de 85% das puérperas internadas nas maternidades estudadas tenham sido entrevistadas.

O SUS preconiza o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Apesar disso, os resultados deste estudo nos mostram que o acesso da gestante adolescente aos serviços de assistência ao parto ainda encontra-se muito aquém do preconizado. Verificou-se que 36,6% das adolescentes tiveram acesso insatisfatório à rede e 20,7% precisaram peregrinar em busca de vagas para parir.

Gomes (2002) relata que, em pesquisa realizada com 520 mulheres, que deram à luz no Amparo Maternal, entidade filantrópica que não recusa assistência a grávidas de baixo risco, 67% tiveram de percorrer mais de um hospital antes de serem internadas; 61% passaram por duas maternidades, e 15% por três ou mais.

Esse autor realizou, porém, seu estudo em apenas uma unidade de saúde, localizada no Estado de São Paulo, onde se observa que os serviços de saúde são mais bem estruturados. Já o presente estudo foi realizado em seis unidades da rede SUS no município do Rio de Janeiro, refletindo uma parcela importante da população e dos serviços.

Menezes et al. (2006), em estudo com 6.652 gestantes, evidenciaram que 2.228 (33,49%) buscaram assistência em mais de uma maternidade. Em seu estudo, considerando apenas as gestantes que buscaram mais de uma unidade para atendimento, os autores verificaram que 70,7% foram internadas na segunda maternidade, 15% na terceira, 7,8% na quarta e 1,5% na quinta maternidade. Essa situação foi caracterizada pelos autores como um significativo processo de peregrinação anteparto. O principal motivo assinalado foi a falta de vagas (70% dos casos), além da falta de leitos de UI e UTI neonatal. Identificaram ainda que a concentração de serviços nas regiões do sul e centro ocasiona fluxos de gestantes das áreas de baixa renda para as áreas com melhores ofertas de serviços de saúde.

Considerando que a população-alvo do presente estudo foi constituída de gestantes adolescentes e que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 11º,

explicita ser assegurado atendimento integral ao adolescente no SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, não se justifica tal problemática (BRASIL, 2001a).

Melo (2007), em estudo georeferenciado dos fluxos de atendimento ao parto no município do Rio de Janeiro, refere que os leitos obstétricos têm distribuição geográfica bastante desigual, com áreas de escassez (periferia) e outras áreas de excesso (centro), determinando, assim, a necessidade de a gestante percorrer longas distâncias na busca pelo atendimento.

Campos e Carvalho (2002) corroboram com Melo (2007), quando consideram que várias unidades estão mal distribuídas dentro das Áreas Programáticas (AP), podendo-se justificar um maior déficit de leitos públicos nas regiões mais periféricas. Apontam ainda que nem todas as unidades têm disponível a unidade de alto risco neonatal, o que faz a gestante de risco sair à procura desse local, o qual, muitas vezes, nem está referenciado no pré-natal.

Boareto (2003), em uma amostra de 292 puérperas, constatou que 20,2% se internaram apenas na segunda maternidade de procura, e 6,1% conseguiram atendimento apenas na terceira ou mais, evidenciando a necessidade de peregrinar em busca de atendimento. Esses resultados são muito similares aos encontrados no presente estudo quando 20,7% das adolescentes passaram por mais de uma unidade para conseguir atendimento.

Boareto (2003) reforça que qualquer expectativa de internação não atendida evidencia as insuficiências na atenção e é muito prejudicial às parturientes. Tais insuficiências não dizem respeito apenas ao não conseguir atendimento na primeira tentativa, mas, e principalmente, aos desdobramentos advindos dessa negativa inicial. Impõe-se nestes casos a necessidade de transferência para outra unidade da rede, com guia de referência e com transporte assegurado. Pode-se dizer que a má distribuição dos leitos obstétricos pelas APs favorece as longas caminhadas das gestantes em procura de vagas para parir, expondo-as ao risco e ao agravamento de sua situação.

Neste estudo identificou-se que as locomoções ocorreram, na maioria dos casos, 90,3%, por meios próprios e sem guia de referência; apenas 4,1% das gestantes foram transferidas de ambulância. Menezes et al. (2006) confirmam esses dados em seu estudo, evidenciando que a maioria das gestantes buscou assistência em outro estabelecimento por meios próprios; e apenas 19,8% das gestantes do seu estudo foram transferidas de ambulância. Essa informação evidencia a falta de hierarquização da rede e ainda de um sistema eficaz de referência e contra-referência, transporte adequado e comunicação entre as

unidades.

Leal, Gama e Cunha (2005) referem à inexistência desse sistema de referência e ainda ao não funcionamento adequado do sistema de regulação de vagas, bem como à inexistência de protocolos clínicos bem definidos como norteadores do encaminhamento de gestantes a razão de as maternidades de alto risco ficarem sobrecarregadas, gerando prejuízos a quem realmente necessita do serviço.

Campos e Carvalho (2000) acrescentam que o mais significativo dentro desse panorama é que não somente as gestantes de baixo risco, mas também as de alto risco peregrinam, havendo, assim, um agravo significativo em suas condições, aumentando, assustadoramente, as taxas de complicações perinatais relacionadas a esse fato.

De acordo com Tanaka (1995), um dos aspectos centrais da "inoportunidade" da assistência ao parto, que acaba levando ao óbito, está relacionado à "peregrinação hospitalar", isto é, ao fato de as gestantes em trabalho de parto frequentemente terem de recorrer a mais de uma instituição antes de serem internadas. O acesso dificultado torna-se fator determinante para o resultado para a criança, e muitas vezes até para a mãe, pois diminui as chances de intervenções clínicas eficazes.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2006b) trata em um de seus componentes sobre o desenvolvimento de condições para organização e regulação da assistência obstétrica por meio de centrais de regulação de vagas e por sistemas móveis de atendimento, contribuindo para que o atendimento seja realizado de forma satisfatória, com a regulação da vaga em outra unidade e encaminhamento de ambulância.

No que tange ao número de maternidades procuradas, Menezes et al. (2006) evidenciam ainda em seus estudos que a maioria das gestantes percorreu duas unidades (70,69%) para atendimento, e que 15,04% destas percorreram três maternidades. Esses dados vêm ao encontro dos evidenciados neste estudo, porém este avaliou ainda quantas vezes a parturiente precisou procurar a mesma maternidade para a internação e percebeu-se que 11,3% precisaram procurá-la duas vezes e 6,7%, três vezes.

Não se averiguou nesta pesquisa o motivo para tal procura, mas pode-se inferir que possa ter ocorrido por orientação inadequada no pré-natal. Já há mais de 13 anos, Tanaka (1995) afirmava que profissionais da equipe de saúde, com base em suas vivências, apontavam importantes limitações na assistência dos serviços de pré-natal, nos quais a gestante nem sempre recebia e/ou entendia informações sobre sua situação e ficavam à procura de instituição para parir, bem como quanto ao momento adequado para a procura dessa unidade, confirmando os dados deste estudo.

Neste estudo não se indagou à adolescente o motivo apontado pelos profissionais para a não internação dela, porém um dado bastante interessante é que, dentre as maternidades da rede SUS as quais serviram de campo para este estudo, a maioria se caracteriza por ser de baixo risco. Como se pode observar nas literaturas aqui referenciadas, a gestação na adolescência é considerada de risco pela maioria dos autores (YAZLLE, 2002; SANTOS; SILVA, 2000; SABROZA et al., 2004).

Pode-se inferir que os profissionais, por terem essa concepção como norteadora de sua prática, acreditam não terem condições de cuidar desta clientela nos serviços/unidades onde atuam. Sendo assim, a ação adequada seria encaminhar as gestantes adolescentes para a unidade de referência para risco gestacional, com guia de referência/contra-referência e de ambulância. Tal situação não foi verificada, pois 90,3% das adolescentes procuraram outras unidades por meios próprios.

A rede dispõe de poucas unidades preparadas para o atendimento à gestação de alto risco. Nesse caso, o quantitativo de maternidades disponíveis não conseguiria jamais favorecer e/ou suprir o acesso às adolescentes. Outro dado significativo foi encontrar adolescentes internadas em todas as maternidades da rede, sendo estas referência para o risco gestacional ou não.

Observa-se então um certo conflito em relação às definições e/ou às concepções dos profissionais quanto ao risco da gestação na adolescência. Acredita-se que esse embate é fator fundamental para a peregrinação das adolescentes. O mesmo para no modelo não mais hegemônico de assistência ao parto, porém ainda vigente em nosso meio, o qual privilegia o patológico, bem como a técnica medicalizada e despersonalizada da clientela, o modelo tecnocrático (CASTRO; CLAPIS, 2005; PROGIANTI; COSTA, 2008).

Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas gestações de alto risco. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco "**aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada**" (BRASIL, 2000 b apud CALDEYRO-BARCIA, 1969, p. 13).

Observa-se que esse autor, considerado ícone do modelo tecnocrático por ter criado a cardiotocografia fetal, parte do pressuposto de que TODA GESTAÇÃO TRAZ EM SI MESMA O RISCO. Essa idéia tem sido a norteadora da prática obstétrica hospitalar seguindo o modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001). No caso da gravidez da adolescência, considerada a imaturidade da adolescente, a vida da mãe e/ou do feto tem mais chances de ser atingida por agravos, levando-a a ser considerada como de alto risco.

Existe hoje, porém, uma nova maneira de pensar a assistência ao parto, pautada no

modelo humanista, com base nos direitos fundamentais da mãe e do bebê e no respeito ao parto como uma experiência pessoal, estando atenta às necessidades e às condições da gestante e dando apoio emocional e social a esta durante o ciclo gravídico-puerperal.

O modelo humanista traz uma nova maneira de assistir, incluindo a mulher, o recém-nascido e as relações familiares (BASILE; PINHEIRO, 2004). Com esse pensar, a gestação na adolescência deixa de ser considerada risco por si só e passa a ser avaliada como qualquer outra para as possibilidades de intercorrências.

Quanto às características sociodemográficas, estudo multicêntrico realizado por Aquino et al. (2003) encontrou características muito próximas das encontradas nesta pesquisa. Com relação à via de nascimento, o estudo de Trevisan et al. (2002) vem ao encontro deste, pois, segundo seus resultados, 79,9% dos partos ocorreram por via vaginal e 20,1% foram por operação cesariana. Esses dados estão de acordo com o máximo de 27% de cesariana preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual utiliza várias estratégias com o intuito de reduzir as taxas de cesárea, não remunerando o que ultrapassa esse limite nas unidades públicas e deste modo influenciando os profissionais para a indicação desse procedimento somente ao estritamente necessário.

Observa-se ainda que nem todas as adolescentes tinham acompanhante durante a sua estada nas maternidades, fato este, no mínimo intrigante, pois, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu artigo 12º, os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação, e há ainda a lei 2.915 (BRASIL, 2004c), a qual garante a presença do acompanhante durante o atendimento ao parto da mulher em qualquer faixa etária.

Sabe-se, porém, que, em muitas maternidades, a entrada do acompanhante fica a critério do profissional que está atendendo a gestante, e temos conhecimento ainda de que a informação sobre os direitos desta nem sempre é conhecida por ela e/ou pelo responsável. No entanto, neste estudo, um dos critérios de inclusão da adolescente foi a autorização do acompanhante responsável e, para tal, procurou-se abordar a adolescente no horário da visita, e/ou logo após o parto, momentos nos quais o acompanhante encontrava-se presente .

Já com relação ao acesso ao pré-natal, Trevisan et al. (2002) evidenciaram em seu estudo resultado que vai de encontro ao evidenciado neste no que diz respeito ao início do pré-natal e ao quantitativo de consultas. Salientaram ainda que a paridade e a escolaridade materna têm efeito direto na qualidade da atenção, ou seja, quanto maior a paridade, mais tarde elas iniciaram o pré-natal, e quanto maior a escolaridade, maior o nível de exigência

para a qualidade de atenção pré-natal. No presente estudo, as puérperas eram adolescentes, não se evidenciou então uma paridade significativamente alta e/ou escolaridade elevada, não sendo observado, portanto, esse tipo de associação.

Já Persona, Shimo e Tarallo (2004), em seu estudo sobre adolescentes com repetição de gestação, perceberam que um dos fatores de risco para a recorrência desta é o fato de a adolescente estar morando com o parceiro. No presente trabalho observou-se que a maioria das adolescentes não morava com o parceiro.

Ainda com relação à precocidade do pré-natal, Gama et al. (2004) indicam que o ideal é iniciar as consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gestação, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce das intercorrências que trariam conseqüências adversas à mãe e ao bebê, pois os efeitos protetores do pré-natal podem se estender para além do período neonatal. Para tanto é importante considerar a necessidade do princípio da integralidade entre os serviços de assistência pré-natal e parto.

Na presente pesquisa evidenciou-se que as adolescentes iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e conseguiram realizar, em sua maioria, de cinco a sete consultas, número próximo ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a). Desse modo, tiveram a oportunidade de se beneficiar dos fatores protetores do pré-natal. Esse fato observado permite dizer que haveria possibilidade de diagnóstico precoce de situações de risco que indicassem a referência para unidades especializadas.

No que diz respeito às associações com relação à etnia, além de utilizar as variáveis “branca, parda e negra” isoladamente, uniu-se também as variáveis “parda” e “negra” em “não branca”, acreditando na possibilidade de ocorrer alguma associação, porém não se encontrou significância estatística. Menezes et al. (2006) identificaram em seu estudo que a chance de peregrinar foi mais elevada entre as mulheres negras/mestiças, fato não observado neste estudo.

Quanto às associações entre variáveis, verificou-se que apenas as variáveis “ter realizado pré-natal” e “não encaminhamento à maternidade para a assistência ao parto” mostraram associação estatística significativa, apontando o acesso insatisfatório, podendo, portanto, ser generalizada.

Pode-se inferir que a adolescente comprometida com o pré-natal deposita no profissional pré-natalista toda confiança, esperando dele informações essenciais para o acompanhamento de sua gravidez até o parto. Se o profissional não procede adequadamente, caberá à adolescente buscar soluções por meio próprio, evidenciando a busca por unidades para parir segundo suas próprias expectativas.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se por este estudo que a assistência à gestante adolescente, apesar de atender em parte ao que minimamente preconiza o Ministério da Saúde, ainda necessita de muitos ajustes, de modo a favorecer o acesso aos serviços de assistência ao parto. Considerou-se aqui como deficiência grave do sistema o fato de 36,6% das adolescentes terem acesso insatisfatório à rede e 20,7% destas precisarem peregrinar em busca de assistência.

Precisa-se garantir o acesso e a integralidade da atenção dos serviços de pré-natal, parto e puerpério, com uma melhor hierarquização da rede, garantindo a funcionabilidade da referência e da contra-referência e comunicação entre as maternidades.

Urge colocar em prática o princípio da equidade, preconizado pelo SUS, favorecendo a distribuição de recursos de acordo com as necessidades de cada localidade, visando às mudanças em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais.

Esta pesquisa configura-se como importante contribuição para o Sistema de Saúde ao dar visibilidade ao problema de acesso na atenção ao parto e, principalmente, ao problema da peregrinação das gestantes, aqui em especial, das gestantes adolescentes. Evidenciou-se que o sistema precisa de melhorias, e estas precisam acontecer logo.

Estudos sobre este tema ainda necessitam ser aprofundados, pois, apesar de todos os investimentos governamentais nesse sentido, ainda hoje se verifica que mesmo a gestante adolescente não tem acesso garantido aos serviços de assistência ao parto. Quando o consegue, este nem sempre é satisfatório, de acordo com os critérios traçados, tornando-se pertinente a discussão e o investimento na humanização da assistência.

Por si só, o fato de gestantes precisarem por conta própria buscar atendimento em mais de uma unidade mostra que a central de regulação de vagas não funciona de maneira efetiva. Por conseguinte, não garante o acesso satisfatório desta gestante à rede.

Com relação a sugestões para trabalhos futuros, acredita-se que possa ser mais bem investigada a questão da informação dada à adolescente no pré-natal, e, além disso, aprofundar o estudo sobre o motivo para a não internação da gestante adolescente.

Considera-se pertinente também a investigação do conflito paradigmático existente na classificação da gestação em adolescentes como de risco, haja vista a classificação de risco constituir fator primordial na hierarquização da assistência e no encaminhamento dessas gestantes às maternidades da Rede SUS.

Acredita-se com este trabalho estar contribuindo de forma positiva para a discussão da garantia do acesso à rede das gestantes e em especial das gestantes adolescentes.

6 REFERÊNCIAS

ABEL-SMITH, B.; LEISERSON, A. **Pobreza, desarrollo y política de salud**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.

ALMEIDA, T. B. L; RIBES, L. R. **Pesquisa quantitativa ou qualitativa**: adjetivação necessária. Organizado por Ernani Lampert. Porto Alegre: Sulina, 2000.

AQUINO, Estela M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 377-388, 2003.

AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L.B. (ed.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

BASILE, A.L.O.; PINHEIRO, M.S.B. **Centro de parto normal**: o futuro no presente. São Paulo: Jica, 2004.

BELO, Márcio Alves Vieira; SILVA, João Luiz Pinto. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-87, 2004.

BOARETO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização no Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2203. **Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde** - NOB 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal** - Manual Técnico. 3. ed., Brasília: SPS/MS, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrinas e Princípios. Brasília / DF, 1990. BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco / Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional HumanizaSUS**: Construindo a Política Nacional de Humanização. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal**. PAISMCA/SES/SS/Superintendência de Saúde Coletiva, Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Lei nº 2.915**, para garantir a parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2004c.

BRASIL. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: MS/SGEP, 2006a. (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Lei nº 11.634/07, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Indicadores de saúde. DATASUS**. Disponível em: <www.saude.gov/portaldasaude>. Acesso em: maio 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: abr. 2007c.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Nuevo enfoque para el tratamiento del sufrimiento fetal agudo intraparto. In: ACTAS de la VIII Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas. Washington. 1969, p.241-246.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 411-420, 2000.

CARVACHO, Ingrid Espejo et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p.886-94, out. 2008.

CASTAMANN, Daniela. Acesso aos serviços de saúde em Municípios Brasileiros Limítrofes de fronteira com os países do MERCOSUL. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Londrina, 2006.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 6, p. 960-967, nov./dez. 2005.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

COSTA, L.R. Gravidez na adolescência: experiência do Hospital Municipal São João Batista, Volta Redonda - RJ. **Pediatria Moderna**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p.182-186, 2003.

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 319-327, set. 2005.

COSTA, Ricardo César Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, n.18, p. 49-71, jun. 2002.

D'ORCI, Eleonora; CARVALHO, Marília Sá. Perfil de nascimento no Município do Rio de Janeiro: Uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p.367-379, abr./jun. 1998.

DAVIS FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 75, Supp. 1, p. S5-S23, nov. 2001.

DURKIN, John. **Expert systems: design and development**. New Jersey: Prentice-Hall, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio** – O dicionário da língua portuguesa. 6.ed. Curitiba: Positivo, 2006.

GALLI, M. B. (org.). e cols. **Mortalidade materna e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Advocacy, 2005.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Factors associated with precarious prenatal care in a sample of post-partum adolescent mothers in maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brazil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 1, p. 101-111, 2004.

GIFFIN, K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a Partir de Uma Perspectiva de Gênero Transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl. p. 103-112, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, B. **Gestantes peregrinam em busca de assistência médica na rede pública**. São Paulo: Unifesp/Jornal da Paulista, ano 15, n. 170, ago. 2002.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**, v.38, n. 8, 2002.

- HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.
- KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.
- LEAL, M. C.; GAMA, S.G. N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 1000-1007, 2005.
- LOPEZ ALEGRIA, Fanny Viviana; SCHOR, Néia; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. de. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 473-477, dez. 1989
- MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2473-2479, nov. 2006.
- MARTINS, Celso. **Gravidez na adolescência** - Esclarecimento para jovens, pais e educadores. São Paulo: DPL, 2005.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.
- MATURANA, Halene Cristina de Armada; PROGIANTI, Jane Marcia. A ordem social inscrita nos corpos: a gravidez na adolescência na ótica do cuidar em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.205-209, abr./jun. 2007.
- MEDINA, E. T. **Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- MELO, Enirtes Caetano Prates et al. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Rio de Janeiro, v.41, p. 804-809, dez. 2007.
- MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.
- MONTGOMERY, M. **O novo pai**. São Paulo: Gente, 1998.
- ODENT, M. **A cientificação do Amor**. Tradução de Marcos de Noronha e Talia Gevaerd de Souza. 2.ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. 298-309, 2004.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, out. 2004.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R.F. A Negociação do cuidado da enfermagem obstétrica através das práticas educativas na Casa de Parto. **Revista Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 789-792, 2008.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Rede de Centrais de regulação do Estado do Rio de Janeiro**. Regulação das ações de saúde: uma idéia em construção. RJ/SES/CISA/NSRCER. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/centraisregulacao>. Acesso em: Maio 2007.

RIO DE JANEIRO. **Regulação Assistencial**. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br>. Acesso em: Jan. 2009.

ROCHA, F. A. F. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SABROZA, Adriane Reis et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan. 2009.

SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. Estou grávida, sou adolescente e agora? - Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELI, M.; NITSCHKE, R.G. (Orgs.). **Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000. p.176-82.

SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 199 – 206. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan. 2009.

SOUZA, Ednir Assis. **A construção da integralidade a partir de práticas de equipe de saúde da família no pré-natal**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2006.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 975-986, 2006.

TREVISAN, Maria do Rosário et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 393-399, jun. 2002.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barrigueta. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

VALLADARES, D. P. Ações de Contracepção e Assistência ao Parto: A Experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes et al. A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 443-445, 2002.

8 – Se conseguiu se inserir, quantas consultas realizou ?

- menos de 3 consultas
- 3 consultas
- 4 consultas
- 5 consultas
- 6 consultas
- mais de 6 consultas

9 – Fez pré-natal em mais de uma unidade? Sim Não

Se sim, em qual (quais) unidade(s) ? _____

Há coerência entre o local de moradia e a unidade de pré-natal informada?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ |
|---|

10 – Se fez pré-natal em mais de uma unidade, quantas consultas fez em cada uma?

Na 1ª Unidade:

- menos de 3 consultas
- 3 consultas
- 4 consultas
- 5 consultas
- 6 consultas
- mais de 6 consultas

Na 2ª Unidade:

- menos de 3 consultas
- 3 consultas
- 4 consultas
- 5 consultas
- 6 consultas
- mais de 6 consultas

Na 3ª Unidade:

- menos de 3 consultas
- 3 consultas
- 4 consultas
- 5 consultas
- 6 consultas
- mais de 6 consultas

11 – Quais os motivos de mudança da Unidade para o pré-natal?

- Você desenvolveu risco gestacional
- Você não gostou do atendimento
- Você mudou de endereço
- Não lhe explicaram o motivo
- Outros _____

12 – Em que trimestre da gravidez você mudou de Unidade para seu pré-natal?

Na 1ª Unidade: 1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre

Na 2ª Unidade: 1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre

Na 3ª Unidade: 1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre

13 – Para qual maternidade você foi encaminhada pelo pré-natal?

IMMFM HMON HMAF UISHP HGB

PEDRO II HMCD Outro _____

Há coerência entre a unidade de pré-natal e a maternidade referenciada?

Sim Não _____

14 – Quando você entrou em trabalho de parto, qual Unidade você procurou primeiro?

IMMFM HMON HMAF UISHP HGB

PEDRO II HMCD Outro _____

15 – Por que você foi para esta Unidade?

Foi a referência do pré-natal

Era mais próximo da sua casa

Foi informada de que o atendimento nesta Unidade era bom

Outros _____

Há coerência entre a Unidade para qual a cliente foi e a AP. de moradia/pré-natal?

Sim Não _____

16 – Conseguiu ficar internada nesta Unidade? Sim Não

17 – Se não, por que?

Não havia vaga; gestação de alto risco e maternidade de baixo risco

Você não estava em trabalho de parto

Outros _____

18 – Quantas vezes você veio aqui antes de ser internada?

1 vez; 2 vezes; mais de 2 vezes

19 – Você tinha algum acompanhante?

Sim Não

Se sim, quem era? _____

20 – Antes de conseguir internação, você passou por outras Unidades? Sim Não

21 – Se sim, passou por quantas Unidades? 1; 2; mais de duas

22 – Por qual (quais) destas Unidades você passou?

IMMFM HMON HMAF UISHP HGB

PEDRO II HMCD Outra _____

23 – Se não ficou internada, como foi para outra Unidade na primeira tentativa?

Por meios próprios

Com guia de referência, porém por meios próprios

De ambulância;

Com guia de referência e de ambulância Outros _____

24 - Se não ficou internada, como foi para outra Unidade na segunda tentativa?

Por meios próprios

Com guia de referência, porém por meios próprios

De ambulância;

Com guia de referência e de ambulância Outros _____

25 - Se não ficou internada, como foi para outra Unidade na terceira tentativa?

Por meios próprios

Com guia de referência, porém por meios próprios

De ambulância;

Com guia de referência e de ambulância - Outros _____

Obs.: _____

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-
MUSAS): Av 28 de Setembro, 157, 8º andar, Vila Isabel – Rio de Janeiro – RJ**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada gestante adolescente e senhor responsável,

Estamos realizando uma pesquisa que tem como finalidade descrever como acontece o acesso e a referência para o acompanhamento pré-natal e parto de gestantes adolescentes nas Unidades do SUS e analisar as dificuldades enfrentadas por estas no acesso ao pré-natal e parto nestas mesmas Unidades. Para tal necessitaremos de sua colaboração como participante efetiva deste processo de construção, prestando-nos informações que serão coletadas por meio de entrevista(s).

Acreditamos que este trabalho contribuirá, indubitavelmente, com dados e informações importantes para aprimorarmos cada vez mais o atendimento e o apoio prestados às mulheres e a seu grupo social, e também com a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Esclarecemos que sua participação nesta pesquisa é de suma importância e que em muito contribuirá com o estudo. No entanto, sua participação **é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento** que você julgue conveniente sem prejuízo. Esteja à vontade para fazer todas as perguntas que julgue necessárias antes de concordar em participar do estudo, ou a qualquer momento, que o pesquisador lhe prestará todos os esclarecimentos.

Esclarecemos ainda que sua identidade será mantida sob sigilo e que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem o seu consentimento por escrito.

Agradecemos a sua participação, lembrando que estaremos sempre a sua disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa, bem como para receber possíveis sugestões. Para tanto, basta contatar-nos no telefone (21) 2587-6335 ou ainda pelo e-mail: **orientavargens@bol.com.br**.

Certos de poder contar com a sua participação.

Atenciosamente,

Octavio Muniz da Costa Vargens
Pesquisador Responsável

Declaro que recebi todas as informações e entendi o objetivo desta pesquisa e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas a contento. Aceito, portanto, voluntariamente, participar deste estudo.

Nome do participante _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura _____

Assinatura do responsável pela adolescente: _____

Assinatura do pesquisador _____

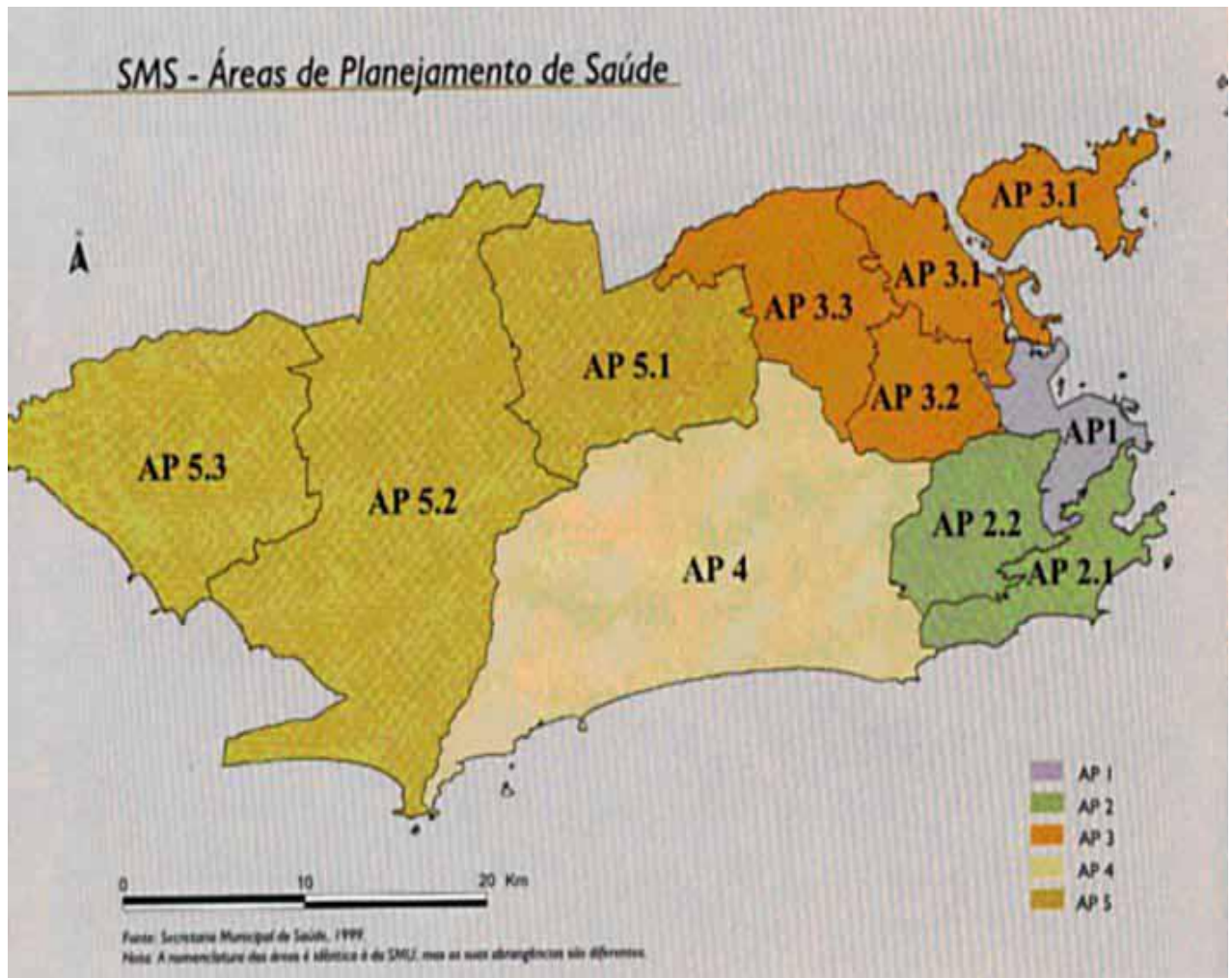
Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens – e-mail: orientavargens@bol.com.br – tel.: (21) 2587- 6335.

Enf^a Patricia Santos Barbastefano – e-mail: patricia.sb@oi.com.br – tel.: (21) 7832-2504

CEP SMS/RJ – Av. Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, sala 701. Cidade Nova.

Tel.: 2503- 2024/2503-2026. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

ANEXO A - Mapa das Áreas de Planejamento da Cidade do Rio De Janeiro, SMS-RJ, 1999



Fonte: Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 1999 – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO B - Lista de Bairros e sua distribuição por Áreas de Planejamento, SMS-RJ, 1999.

Áreas de Planejamento e Regiões

Área de Planejamento 1.0

Benfica
Catumbi
Caju
Centro
Cidade Nova
Estácio
Gamboa
Mangueira
Paquetá
Rio Comprido
Santa Tereza
Santo Cristo
São Cristóvão
Saúde
Vasco da Gama

Área de Planejamento 2.1

Botafogo
Catete
Copacabana
Cosme Velho
Flamengo
Gávea
Glória
Humaitá
Ipanema
Jardim Botânico
Lagoa
Laranjeiras
Leblon
Leme
Rocinha
São Conrado
Urca
Vidigal

Área de Planejamento 2.2

Andaraí
Praça da Bandeira
Alto da Boa Vista
Maracanã
Tijuca
Vila Isabel
Grajaú

Área de Planejamento 3.1

Cidade Universitária
Bancários
Bonsucesso
Brás de Pina
Cacuia
Cocotá
Cordovil
Freguesia
Galeão
Jardim América
Jardim Carioca
Jardim Guanabara
Manguinhos
Maneró
Parada de Lucas
Olaria
Penha Circular
Pitangueira
Portuguesa
Praia da Bandeira
Ramos
Ribeira
Tauá
Vigário Geral
Zumbi
Penha
Complexo do Alemão
Maré

Área de Planejamento 3.2

Abolição
Água Santa
Cachambi
Del Castilho
Encantado
Engenho da Rainha
Engenho de Dentro
Engenho Novo
Higienópolis

Inhaúma
Jacarezinho
Jacaré
Lins de Vasconcelos
Maria da Graça
Méier
Piedade
Pilarés
Riachuelo
Rocha
Sampaio
São Francisco Xavier
Todos os Santos
Tomás Coelho

Área de Planejamento 3.3

Acari
Barros Filho
Bento Ribeiro
Campinho
Cascadura
Cavalcanti
Coelho Neto
Colégio
Costa Barros
Engenho Leal
Guadalupe
Honório Gurgel
Irajá
Marechal Hermes
Oswaldo Cruz
Quintino Bocaiuva
Madureira
Parque Anchieta
Pavuna
Ricardo de Albuquerque
Rocha Miranda
Turiaçu
Vaz Lobo
Vicente de Carvalho
Vila Cosmos
Vila da Penha
Vista Alegre

Área de Planejamento 4.0

Anil
Camorim

Curicica
Freguesia
Gardênia Azul
Grumari
Itanhangá
Joá
Pechincha
Praça Seca
Recreio dos Bandeirantes
Tanque
Taquara
Vargem Grande
Vargem Pequena
Vila Valqueire
Jacarepaguá
Barra da Tijuca
Cidade de Deus

Área de Planejamento 5.1

Bangu
Campo dos Afonsos
Padre Miguel
Realengo
Deodoro
Jardim Sulacap
Magalhães Bastos
Senador Camará
Vila Militar

Área de Planejamento 5.2

Barra de Guaratiba
Campo Grande
Cosmos
Guaratiba
Inhoaíba
Pedra de Guaratiba
Santíssimo
Senador Vasconcelos

Área de Planejamento 5.3

Santa Cruz
Paciência
Sepetiba

ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde

RIO**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 29A/2008

Rio de Janeiro, 10 de março de 2008.

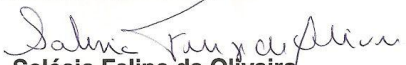
Sr(a) Pesquisador(a),

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

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 04/08</p> <p>TÍTULO: Peregrinação das gestantes adolescentes: o mapeamento da sua trajetória na busca de atendimento.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Patrícia Santos Barbastefano.</p> <p>UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Subsecretaria de Ações e Serviços em Saúde / SMS - RJ.</p> <p>DATA DA APRECIACÃO: 10/03/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	---

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

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

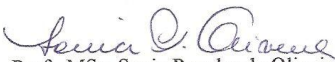
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética do Hospital Geral de Bonsucesso



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 09/08.

<p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica).</p> <p>Vice Coordenador: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico).</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Aratijo (Enfermeira)</p> <p>Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social). Iolanda Szabo (farmácia) José Maria Gonçalves Neto (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Marcos Andrade Silva (Enfermeiro) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "Peregrinação das Gestantes Adolescentes: Mapeamento da sua Trajetória na Busca de Atendimento".</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Patrícia Santos Barbastefano e Octávio Muniz da Costa Vargens</p>	<p style="text-align: right;">Rio de Janeiro, 14 de março de 2008.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 09/08) aprovado com solicitações, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Informamos a necessidade de que no mês de outubro de 2008, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p>Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p style="text-align: center;">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB <i>Dra. Sonia Paredes de Oliveira</i> COORDENADORA DO CEP-HGB </p>
---	--

Hospital Geral de Bonsucesso
Av. Londres, 616 – Bonsucesso - Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-030