

INTRODUÇÃO

A adolescência é concebida como uma fase do desenvolvimento humano que constitui um período de transição entre a infância e a vida adulta. Esse período é caracterizado por grandes transformações como desenvolvimento físico, cognitivo, além de mudanças afetivas, psíquicas e sociais (SIQUEIRA, 2005).

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva em nosso país. Em geral, é considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e jovens, e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações (CARNERO, 2008).

Considerando que nosso trabalho no Centro de Saúde Vila Cemig, situado no Distrito Barreiro, da cidade de Belo Horizonte/MG, é voltado para uma população classificada como de elevado e muito elevado risco, e que em 2008 contabilizamos na unidade a abertura de SISPRENATAL para 43 gestantes adolescentes frente a um total de 155 gestantes cadastradas, de acordo com registros realizados pelos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, observou-se a necessidade imediata de estudos e atividades voltadas a esta clientela.

Sua relevância deve-se ao fato de o início da atividade sexual estar cada vez mais precoce e de tratar-se esta de uma fase determinante na formação dos jovens, associado ao problema de a gravidez na adolescência acontecer, freqüentemente, de forma “não planejada” e indesejada, o que ocasiona impacto negativo no desenvolvimento desta população.

A realidade vivenciada pela comunidade do Centro de Saúde Vila Cemig, influenciada pelo tráfico de drogas, pela pobreza, pela baixa escolaridade e pela violência contribui para a desestruturação da vida dos jovens.

A falta de acesso à educação e à informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também colaboram para a alta incidência de gravidez na adolescência nesta localidade.

Muitas vezes estas meninas não vêem perspectivas em seu futuro e passam a maior parte de seu tempo nas ruas; expostas precocemente a estímulos sexuais e sem maiores orientações acabam engravidando. Algumas acreditam que a gravidez, de certa forma, irá favorecê-las por representar segurança, garantia de sobrevivência, e até mesmo seu sustento.

Através da realização deste trabalho pretende-se avaliar o atendimento em pré-natal prestado a gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig no ano de 2008. E

espera-se, a partir dos dados levantados, criar subsídios para melhorar a assistência prestada e programar ações preventivas.

REVISÃO DA LITERATURA

A gravidez precoce merece destaque por suas implicações tanto nas questões relacionadas à saúde, pelo maior risco na gravidez, quanto em relação aos fatores sociais e econômicos, por interferir no processo educacional, na qualificação e na inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2004).

Sendo a adolescência uma fase em que o ser humano está em condição peculiar de desenvolvimento, pelas mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas, a superposição da gestação acarreta sobrecarga física e psíquica, principalmente para as adolescentes de 10 a 15 anos de idade, aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais (BRASIL, 2005b).

A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida, de 10 a 19 anos, e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. Há aqui um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

Se entre mulheres, como um todo, houve, nas quatro últimas décadas, um decréscimo na taxa de fecundidade, entre adolescentes e jovens, o sentido é inverso. Até os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%. Diferentes condições contribuem para esse fato, entre as quais se encontra o início cada vez mais precoce da puberdade a partir da década de 40, levando ao decréscimo da idade da primeira menstruação, e à instalação, cada vez mais precoce da capacidade reprodutiva (BRASIL, 2005b).

A ocorrência da gravidez na adolescência está associada também a outros fatores além do início precoce da atividade sexual e da puberdade precoce, como a mudança na conduta sexual dos jovens, nos padrões familiares e nas condições sócio-econômicas e culturais (CARNERO, 2008).

Em estudo realizado por Moraes (2003) junto às equipes de Saúde da Família no aglomerado da Serra/BH, foram mostrados como determinantes específicos de gravidez na adolescência nesta comunidade: influência da mídia, modismo, iniciação sexual precoce, vida sexual ativa, imediatismo, falta de compromisso, falta de limites, falta de respeito, perda de valores, ausência de projeto futuro, falta de envolvimento dos pais, falta de escola, lazer e cultura, `pressa em amar`, baixa afetividade. Observou-se também que na maioria das vezes eles encontram-se sob efeito de drogas, incluindo bebidas alcoólicas.

Do ponto de vista psicológico, as características da adolescência, a curiosidade, o desejo de experimentação, o pensamento mágico, a tendência a transgredir as normas em

busca de auto-afirmação, a grande intensidade emocional das paixões, contribuem, por si mesmas, para tornar a adolescente mais vulnerável à gravidez não-planejada. A esses fatores gerais somam-se outros, de caráter circunstancial e pessoal, alguns de raízes emocionais inconscientes. Muitas adolescentes engravidam para preencher vazios emocionais decorrentes da desestruturação familiar, da dificuldade de diálogo com os pais. Outras engravidam na tentativa de prender o parceiro ou de afirmar a própria identidade (BALEIRO, 1999).

O despertar para o sexo inicia-se cada vez mais cedo. A ausência de um diálogo com os pais, na escola ou com uma equipe de saúde, para esclarecer as dúvidas dos adolescentes e informar sobre métodos contraceptivos pode ser um fator contribuinte para desencadear uma gestação precoce (DELAFLORA, 2003).

Ainda de acordo com o mesmo autor, percebeu-se em seus estudos que, conscientemente, nenhuma jovem desejava engravidar nessa etapa da vida, porém, se considerada sua realidade social, a falta de amar alguém ou de sentir-se amada pelos familiares ou por um companheiro, ou seja, a falta do sentimento de pertença, pode ter despertado inconscientemente o desejo de querer ser mãe como uma forma de suprir suas próprias carências.

Em estudos de Diógenes (2003) algumas jovens revelaram ser oriundas de um lar desfeito ou disfuncional, podendo isso influenciar sua vida, ocasionando frustrações, tensões, baixa auto-estima, deixando comprometida a capacidade de gostar de si. O início da atividade sexual se deu, em sua maioria, sem que os pais soubessem, sendo um motivo de choque quando estes vieram a descobrir. Verifica-se que esta antecipação acontece muito mais pela curiosidade ou por pressão do namorado do que pelo envolvimento afetivo.

O abandono do parceiro ou da família, a perda de unicidade com o grupo de iguais, a descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida e riscos materno-fetais são alguns dos problemas a serem enfrentados por estas adolescentes. Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más conseqüências para a qualidade de vida dessas jovens (BRASIL, 2005b).

Filhos de mães adolescentes também constituem um grupo de risco. As seqüelas cognitivas das condições adversas peri e pós-natais constituem a observação mais consistente em diversos estudos enfocando essas crianças. Lentidão da maturação, maior freqüência de uso de drogas e de atividade sexual precoce, maior probabilidade de ter uma gravidez na adolescência também foram constatados. Todos estes achados estão mais correlacionados a condições sócio-econômicas da mãe, do que propriamente a sua idade (COALTES, 1991).

Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção dentro do âmbito da saúde reprodutiva (BRASIL, 2005b).

Guedes (1996), no entanto, identificou em seu trabalho, que algumas adolescentes vivenciavam a gravidez de forma mais leve, pareciam felizes por estarem grávidas e participavam ativamente quando lhes davam oportunidade, raras vezes apresentavam queixas obstétricas e ao falarem sobre a gravidez deixavam transparecer um certo bem-estar, relatando, na maioria das vezes, ter sido esta gravidez desejada.

Sem dúvida, a família, primeira visão de mundo que a jovem experimenta, deve servir de suporte para que ela busque o equilíbrio necessário para transpor esta fase de mudanças. Quando a jovem encontra no seio familiar liberdade para expor suas opiniões, espaço para esclarecer suas dúvidas e o apoio de que necessita para superar as conseqüências de suas atitudes imaturas, tais como a gravidez não-planejada, o enfrentamento das dificuldades é facilitado (CARNERO, 2008).

Essa realidade multicausal revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude (BRASIL, 2005b).

A implantação de programas que visem à saúde do adolescente pode contribuir na formação de indivíduos mais saudáveis e conscientes dos riscos inerentes a esta fase do desenvolvimento humano, otimizando a qualidade de vida dessa população (SIQUEIRA, 2005).

É necessário que os serviços de saúde e as escolas possibilitem espaços para que os jovens discutam sobre sexualidade e sexo, sobre métodos contraceptivos e que às gestantes seja proporcionado um espaço diferenciado para a realização do pré-natal, no qual possam buscar esclarecimentos e entender o que está se passando com elas e com seus bebês, as mudanças que ocorrem em seu corpo, e no qual possam expor seus sentimentos de como estão vivendo sua gestação (DELAFLORA, 2003).

A Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), do Ministério da Saúde, visando à melhor qualidade no atendimento, preconiza os seguintes princípios e diretrizes:

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens;
- Consideração do modelo de atenção vigente no local e dos recursos humanos e materiais disponíveis;
- Consideração das características da comunidade nos aspectos socioeconômicos e culturais, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participação ativa de adolescentes e jovens no planejamento (BRASIL, 2005b).

Trabalhar essas questões na atenção à saúde dos adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia (BRASIL, 2005a).

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa (BRASIL, 2005b).

Do ponto de vista obstétrico, a gravidez na adolescência é considerada de alto risco, devido ao elevado índice de morbidade materno-fetal. Existe maior incidência de anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, além da baixa cobertura pré-natal (GODINHO, 2000).

Correa (1991) fazendo uma revisão de literatura sobre os riscos obstétricos de gravidez na adolescência diz que os riscos se manifestam, essencialmente, nas gestantes muito jovens, com menos de 16 anos, havendo, na maioria das vezes, superposição de outros fatores que perturbam a evolução da gravidez e o desenvolvimento fetal. Considera, no entanto, que são problemas contornáveis e que os problemas obstétricos, específicos desta faixa etária, como a imaturidade pélvica, a doença hipertensiva específica da gravidez, a anemia, o parto prematuro e as dificuldades intraparto, têm suas soluções próprias, como as adotadas quando surgem em outras gestantes. Relata que nas adolescentes com assistência pré-natal iniciada no momento oportuno, conduzida adequadamente no decorrer de toda a gestação e, assistida convenientemente no parto, os resultados tanto para a mãe como para seu filho, são semelhantes aos das pacientes adultas.

Em condições ideais, a avaliação pré-natal começa quando a mulher procura um serviço de saúde para confirmar sua suspeita de que está grávida e iniciar a assistência pré-natal. A avaliação deve continuar regularmente durante toda a gravidez. A gestante pode agendar uma consulta a cada quatro semanas, até a vigésima oitava semana de gestação; uma consulta a cada duas semanas até a trigésima sexta semana e, em seguida, semanalmente até o bebê nascer. Contudo, a quantidade de consultas agendadas depende das condições gerais da paciente: as mulheres sob risco mais baixo têm programadas apenas consultas de rotina, e aquelas sob risco mais alto têm agendados comparecimentos mais freqüentes (BRANDEN, 2000).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (MELO, 2007).

No tocante à assistência pré-natal, o Programa prevê como ações essenciais: a captação precoce das gestantes, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra até o quarto mês de gestação; a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal; aplicação da dose imunizante da vacina antitetânica ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos: tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL - Venereal Disease Research Laboratory, sumário de urina, glicemia, hematócrito, hemoglobina e testagem anti-HIV (NASCIMENTO, 2007).

A rotina laboratorial na primeira consulta, de preferência no primeiro trimestre, baseada em evidências científicas, é: colpocitologia oncótica; hematócrito e hemoglobina; tipagem sanguínea e fator Rh; coombs indireto em pacientes Rh negativas com fator de risco para doença hemolítica perinatal (repetir o teste entre 24 e 28 semanas se anteriormente negativo); glicemia de jejum; sorologia para sífilis – VDRL (se positivo, necessita de confirmação com o FTA-ABS / Fluorescent Treponemal Antibody-absorption, repetir com 36 semanas para pacientes de alto risco); sorologia para rubéola (se negativa, cuidados para evitar exposição desnecessária ao vírus (vacinar imediatamente no pós-parto); HbsAg / Antígeno superficial da hepatite B (se positivo, novos testes estão indicados, se negativo, e vacinação prévia não tiver sido efetuada, considerar fazer vacina, fazer novo rastreio com 36 semanas e se a mãe for portadora do antígeno o tratamento do recém-nascido com imunoglobulina e vacina para hepatite B reduz o risco em 85% a 90%); Elisa anti-HIV / Enzyme-Linked Immunosorbent Assay anti-HIV (as pacientes negativas, de risco, deverão repetir o teste durante os próximos 6 meses); sorologia para toxoplasmose (ALENCAR JÚNIOR, 2001).

Quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento. Mesmo que o sistema lhe ofereça poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança,

em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho (ALMEIDA, 2009).

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Seus objetivos são de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências materno-fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Destaca-se, ainda, a importância de oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e a família, para que estes também estejam envolvidos com o processo de gestar, parir e nascer (NETO, 2008).

Ainda há necessidade de muito investimento e implementação das políticas públicas existentes, no intuito de estruturar a rede pública. Acredita-se que este possa ser um dos caminhos para o resgate da escuta e do diálogo como estratégia de qualidade na assistência à gestante, proporcionando infra-estrutura que verdadeiramente viabilize as mudanças de paradigma no atendimento e nos aproxime cada vez mais da efetivação da universalidade, equidade e integralidade (DURÃES-PEREIRA, 2007).

OBJETIVO

Avaliar o atendimento em pré-natal prestado a gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig no ano de 2008.

JUSTIFICATIVA

Frente à alta incidência de gravidez na adolescência observada na comunidade do Centro de Saúde Vila Cemig, espera-se, com a identificação dos dados sobre os atendimentos em pré-natal do ano de 2008, criar subsídios para melhorarmos a assistência prestada e programarmos ações preventivas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, em que a apresentação e discussão dos dados foi realizada em forma de gráficos e tabelas.

Realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema para fundamentar o trabalho, com pesquisa em livros, periódicos e banco de dados pelos sistemas LILACS, MEDLINE e SciELO.

Os dados foram coletados mediante relatórios do SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, solicitados à Gerência de Epidemiologia do Distrito Barreiro (GEREPI-B), além da utilização de registros locais atualizados pelos enfermeiros das equipes e de dados do Diagnóstico Situacional realizado durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A partir dos dados cedidos sobre o SISPRENATAL, realizou-se a seleção daqueles relacionados às adolescentes para se proceder à tabulação e análise.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com a finalidade de reorganização da atenção básica e reformulação do modelo assistencial vigente, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual se respalda nos princípios da integralidade, da vigilância à saúde, da equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população. Com o objetivo de verificar a atuação do PSF na atenção a saúde da gestante, é pertinente e oportuno a realização de estudos avaliativos da qualidade prestada de suas ações (COSTA, 2009).

Através dos dados utilizados para a confecção do Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig, levantados a partir de registros fornecidos pelos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, foi identificado um total de 155 gestantes com SISPRENATAL abertos, dentre as quais 43 (28%) tratavam-se de gestantes adolescentes.

Verifica-se pequena discrepância com relação aos dados cedidos pelo GEREPI-B, em que foram identificadas 159 gestantes e 38 (24%) gestantes adolescentes dentro deste total.

Independente desta diferença, de 28 ou 24% de gestantes adolescentes frente ao total de gestantes cadastradas, percebe-se que se trata de um percentual significativo de gravidez na adolescência.

Em Minas Gerais 21,72% do total de gestantes são adolescentes. Em BH esse percentual é de 10%, atingindo 30% nas áreas de risco (MINAS GERAIS, 2010).

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – um sistema informatizado, SISPRENATAL, de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2005a).

O SISPRENATAL, apesar de apresentar indicadores de saúde importantes para analisar a assistência pré-natal prestada, também possui suas limitações. Depende basicamente do que é informado pelos médicos ou enfermeiros, os quais registram mensalmente na Ficha de Registro Diário do Atendimento à Gestante as consultas realizadas, os exames laboratoriais referentes ao primeiro e terceiro trimestres gestacionais, o anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica, bem como a consulta puerperal. Caso os dados não estejam sendo repassados de forma criteriosa à Secretaria de Saúde do Município, os resultados disponíveis podem não ser fidedignos por estarem subestimados. É

necessário, pois, a capacitação de profissionais e demais funcionários envolvidos com o SISPRENATAL, com o intuito de gerar alimentação e monitorização adequadas do sistema acerca do acompanhamento pré-natal (GRANGEIRO, 2008).

Utilizou-se para a avaliação sobre a qualidade da assistência prestada às gestantes adolescentes, sugerida neste estudo, os dados fornecidos pelo GEREPI do Distrito Barreiro, por se tratarem de dados oficiais.

Inicialmente as gestantes adolescentes foram agrupadas por idade, como pode ser observado na Tabela 1 e na Figura 1 a seguir.

Apesar de o número de gestantes mais jovens, entre 13 e 15 anos, ser pequeno (n=5), correspondendo a 13%, trata-se de um grupo responsável por grande demanda de serviços e atendimentos devido a maior possibilidade de complicações, durante ou após a gestação, com a mãe e com a criança.

A maior incidência de gravidez ocorreu em maiores de 16 anos, sendo observadas 33 adolescentes, representando 87% dos casos. Não foi identificada nos registros nenhuma gestante com idade inferior a 13 anos.

Tabela 1- Distribuição das gestantes adolescentes por idade, cadastradas no programa SISPRENATAL, por profissionais do Centro de Saúde Vila Cemig, no ano de 2008.

Idade	13	14	15	16	17	18	19	Total
Gestantes	1	3	1	5	6	10	12	38
	2,63%	7,89%	2,63%	13,16%	15,79%	26,32%	31,58%	100%

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

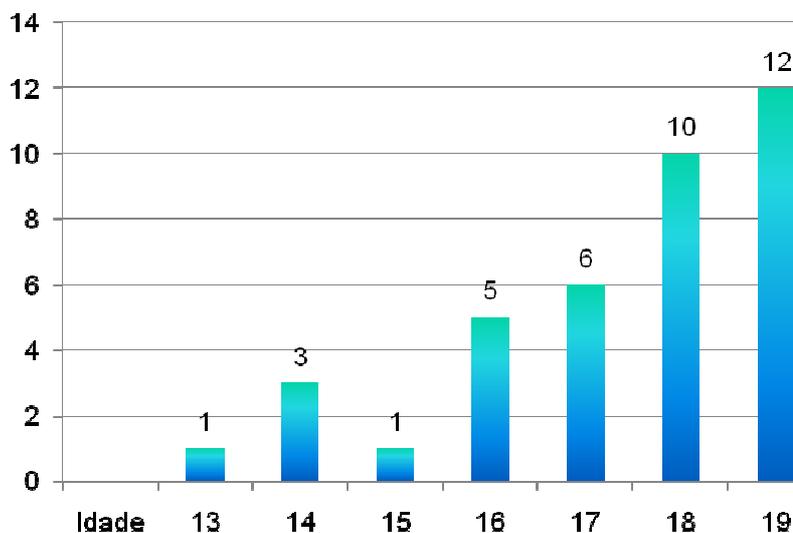


Figura 1- Distribuição das gestantes adolescentes por idade, cadastradas no programa SISPRENATAL, por profissionais do Centro de Saúde Vila Cemig, no ano de 2008.

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

Segundo o Relatório do Ministério da Saúde de 2004, adolescentes entre 15 e 19 anos de idade apresentaram aumento da taxa de fecundidade. Nesse grupo, a gravidez constitui situação de maior risco decorrente de complicações inerentes à gravidez na adolescência. A proporção de nascidos vivos de mães da faixa etária de 10 a 19 anos, em 2001, foi de 23,3% no Brasil.

Dentre as 2.557 puérperas entrevistadas na pesquisa de Gonçalves (2009), 2.449 (96%) haviam realizado pelo menos uma consulta de pré-natal; a média de idade das entrevistadas foi de 25,6 anos. No entanto, 20,2% das puérperas apresentaram idade igual ou menor a 19 anos no grupo de menor renda, e no grupo de renda mais alta apenas 9,5%.

Costa (2009) verificou em seu estudo envolvendo 33 das 40 gestantes cadastradas no PSF do município de Teixeira (MG), que a média de idade foi de 24 ± 7 anos (média \pm desvio padrão), com 33,3% na faixa etária de 20-25 anos. As adolescentes corresponderam a 27,3% da população estudada, e 30,3% encontravam-se na faixa acima dos 30 anos de idade.

Observou-se, portanto, que a realidade encontrada no Centro de Saúde Vila Cemig quanto à incidência de gravidez na adolescência é semelhante a referida em estudos realizados em outras regiões.

Na Tabela 2 pode-se identificar o quantitativo de gestantes adolescentes por Equipe de Saúde da Família.

Tabela 2- Distribuição das gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig por Equipe de Saúde da Família, no ano de 2008.

Equipe	1	2	3	Não especificada
	6	7	7	18

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

Segundo técnico do GEREPI-B o sistema informatizado ainda apresenta alguns problemas de competência que precisam ser ajustados.

A análise crítica do SISPRENATAL indica que o sistema é amigável; acessível; possui coerência interna; tem potencial de instrumentalizar o gerenciamento do PHPN a partir dos relatórios gerenciais que emite; quando não utilizado com oportunidade, o Sistema não retrata de forma integral a realidade do atendimento realizado no local de atenção; e finalmente, o Sistema apresenta uma defasagem no tempo e no quantitativo dos dados disponíveis no sistema em nível local, quando comparado com o central (MINISTÉRIO, 2008).

Já na Tabela 3 procurou-se apresentar os mesmos dados, número de gestantes adolescentes por Equipe de Saúde da Família, porém coletados a partir de outra fonte.

Tabela 3- Total de abertura de SISPRENATAL para adolescentes, realizado por Enfermeiros, no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a novembro de 2008.

	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
2008	12	18	13

Fonte: Diagnóstico Situacional realizado para o CEABSF/2008.

Por lidarmos com todo um território considerado como de elevado e muito elevado risco, não encontramos grandes diferenças de incidência de gravidez na adolescência entre as áreas de abrangência das equipes.

A partir de 1998, a Secretaria Municipal de Saúde construiu um indicador composto denominado IVS: Índice de Vulnerabilidade à Saúde, conhecido como 'Indicador de Risco'. Através dele foram definidas quatro categorias de risco de adoecer e morrer no município: risco baixo (28% da população), risco médio (38%), risco elevado (27%) e risco muito elevado (7%) (MINAS GERAIS, 2010).

Com relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes, no Centro de Saúde Vila Cemig, no ano de 2008, observou-se que 29 das 38 adolescentes em estudo realizaram entre 6 e 10 consultas, representando 76%; as demais 9 gestantes (24%) realizaram 5 ou menos consultas, conforme pode ser avaliado na Tabela 4 e na Figura 2.

Tabela 4- Número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig, identificadas no programa SISPRENATAL, no ano de 2008.

Número de Gestantes	Porcentagem	Número de consultas de Pré-Natal
1	2,63%	1
2	5,26%	2

2	5,26%	3
2	5,26%	4
2	5,26%	5
0	0	6
5	13,16%	7
2	5,26%	8
7	18,43%	9
15	39,48%	10

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

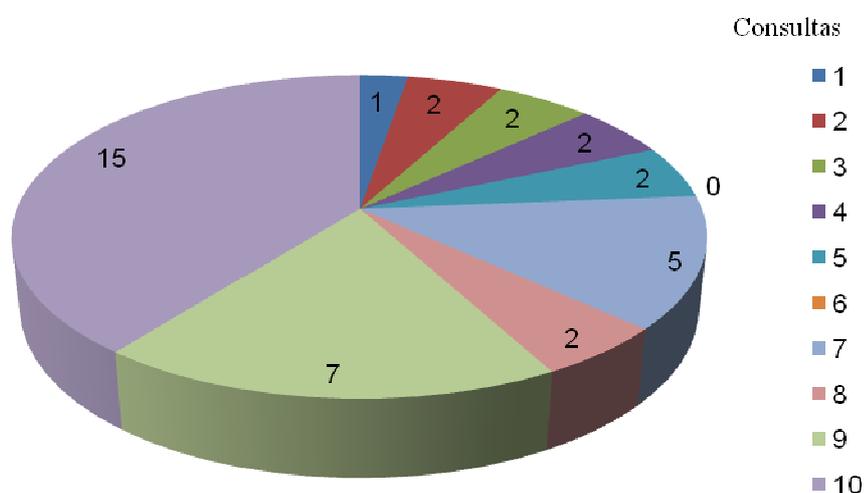


Figura 2- Número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig, identificadas no programa SISPRENATAL, no ano de 2008.

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

Analisando-se os dados do Sinasc para o Brasil, no período de 1997 a 2001, verificou-se que a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, para o período gestacional, aumentou de 41,6% para 45,6% no período (BRASIL, 2004).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2005b).

A média de consultas realizadas por gestante no estudo de Gonçalves (2009) foi de 7,4; 75,3% das entrevistadas tiveram seis ou mais consultas. Entretanto, no grupo de menor renda, a média de consultas foi de 5,9 e apenas 63% das pacientes realizaram seis

consultas ou mais, mostrando que a renda influenciou em melhor acompanhamento durante a gestação.

Em estudo de Piccini (2007) que objetivava estudar a efetividade do pré-natal e da puericultura em uma amostra de 4078 mães e crianças residentes na área de Unidades Básicas de Saúde (UBS), estratificada segundo a região (Sul e Nordeste) e o modelo de atenção (PSF e Tradicionais), em 41 municípios com mais de 100.000 habitantes, definindo como critério a realização de 6 ou mais consultas de pré-natal, a cobertura não ultrapassou um quarto da amostra, sem diferenças significativas por região, mas revelando proporção significativamente maior entre as residentes na área de abrangência das UBS do PSF do Nordeste (26%).

O percentual de gestantes que realizara, no mínimo, seis consultas de pré-natal, associado à variável realização dos exames básicos, mostrou-se irregular ao longo dos anos, ou seja, cresceu em 2002, mostrou uma queda abrupta em 2003 e voltou a crescer, consideravelmente, em 2004, segundo a pesquisa de Grangeiro (2008) que objetivou analisar os indicadores de processo do Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), em Quixadá-CE.

De acordo com o Manual do Ministério da Saúde (2005) Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com parâmetros estabelecidos, entre eles a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

Desta forma, pode-se verificar que os registros identificados quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig, no ano de 2008, corresponde ao preconizado pelo Ministério da Saúde em 74% dos casos, mostrando um índice mais favorável do que aqueles informados em outros estudos citados neste texto.

Quanto aos exames realizados durante o pré-natal notou-se haver um subregistro considerável, visto que todos aqueles constantes no Protocolo de Pré-Natal são solicitados no primeiro atendimento e são realizados conjuntamente. Portanto, se há registro de Hemoglobina de 31 mulheres o esperado era que houvesse o mesmo número dos outros exames, ao menos de hematócrito, grupo sanguíneo, VDRL1 / Primeira pesquisa de sífilis na gestação, e Glicose 1 / Primeiro controle glicêmico na gestação, visto que podemos considerar as hipóteses da gestante não ter aceitado realizar o exame anti-HIV ou não ter levado a urina no dia da coleta ou mesmo não ter repetido nenhum exame.

Se seguirmos esta lógica, lembrando ainda sobre os problemas de competência do sistema, podemos concluir que, provavelmente, apenas 7 dentre as 38 gestantes não realizaram os exames iniciais do protocolo (18%), totalizando um percentual de 82% de gestantes submetidas aos exames do protocolo de pré-natal, como pode ser verificado na Tabela 5.

Tabela 5- Quantidade de exames realizados durante o Pré-Natal, pelas gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig com registros no programa, no ano de 2008.

EXAMES	GESTANTES	PORCENTAGEM
ABO	23	60,53%
VDRL 1	23	60,53%
VDRL 2	12	31,57%
Urina 1	25	65,79%
Urina 2	14	36,84%
Glicose 1	25	65,79%
Glicose 2	15	39,47%
Hemoglobina	31	81,58%
Hematócrito	18	47,37%
HIV	24	63,16%

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

Também de acordo com o Manual do Ministério da Saúde de 2005, Estados e municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com parâmetros estabelecidos, entre eles a realização de exames laboratoriais:

- Grupo sanguíneo e fator Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
- Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível.

Em estudo de base populacional com objetivo de avaliar a cobertura da assistência pré-natal, de acordo com a renda familiar, em município do Sul do Brasil, apenas 25,3% das

gestantes realizaram os dois exames sorológicos para sífilis, preconizados pelo PHPN. Quando avaliada a rotina laboratorial mínima preconizada pelo PHPN, verificou-se que nenhum dos exames foi realizado duas vezes em todas as pacientes e que as gestantes de menor renda foram as menos submetidas aos exames de sangue e urina. Entre os exames avaliados, o exame da sífilis foi o que mostrou pior taxa de realização no pré-natal de Rio Grande, com média de 25,3% (GONÇALVES, 2009).

De acordo com Costa (2009), quanto aos exames laboratoriais solicitados no município de Teixeiras (MG), a maioria (89,7%) estava completo no cartão, sendo os principais: tipo sanguíneo, hemoglobina, VDRL e EAS (elementos anormais e sedimentoscopia = sumário de urina).

A garantia de exames básicos que diagnosticam ou previnem agravos/doenças como anemias, sífilis congênita, AIDS, infecção urinária dentre outros são essenciais para uma satisfatória atenção ao pré-natal e qualidade de vida materna e infantil, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades e mortalidade perinatal e neonatal (NETO, 2008).

Referente à situação vacinal das gestantes adolescentes em estudo, contou-se com registros de 34 mulheres (89,5%); constavam como imunizadas 18, porém, como este parâmetro não ficou claro para avaliação, considerou-se o número total de gestantes encaminhadas à vacinação, como identifica-se na Tabela 6.

Tabela 6- Número registrado de gestantes adolescentes do Centro de Saúde Vila Cemig vacinadas contra o tétano, no ano de 2008.

Vacina dupla adulto	Gestantes
Primeira dose	8
Segunda dose	1
Reforço	7
Imunizadas	18

Fonte: SISPRENATAL/GEREPI-B/SMSA-BH.

O tétano neonatal é a segunda maior freqüência de mortalidade entre as seis infecções preveníveis por vacinas em países em desenvolvimento. Em 1998 a Organização Mundial da Saúde / OMS aprovou resolução para eliminar o tétano neonatal (TNN) do mundo até o ano de 1995. O Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (CD/OPAS) estabeleceu a estratégia neste mesmo ano. Para alcançar essa meta a OPAS estabeleceu a estratégia de vacinação de mulheres em idade fértil (MIF) de 15 a 49 anos que vivem em área de risco para TNN. Em Sobral, de acordo com estudo, a meta de

erradicação do TNN foi alcançada, visto que nenhum caso da doença é confirmado há cinco anos (NETO, 2008).

Os dados relativos à imunização da gestante demonstraram melhoria expressiva a partir de 2002, chegando, em 2004, com 90,9% das gestantes cadastradas imunizadas, em estudo de Grangeiro (2008) na cidade de Quixadá-CE.

Ainda conforme o Manual do Ministério da Saúde de 2005, Estados e municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com parâmetros estabelecidos, entre eles a imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos.

Chrestani (2008) descreve que houve, no geral, aumento na quantidade e melhora na qualidade dos cuidados oferecidos à gestante durante o pré-natal entre os anos de 2002 e 2005, em estudos nas regiões Norte e Nordeste. Praticamente nove em cada dez gestantes iniciaram o pré-natal em 2005. A proporção de mulheres que realizou seis ou mais consultas aumentou de 42% para 52%. Em termos de média, isto significou aumento de aproximadamente uma consulta por gestação no período. Por fim, a taxa de imunização antitetânica passou de 54% em 2002 para 77% em 2005.

Goncalves (2009) observou que a cobertura pré-natal aumenta progressivamente com a melhoria da renda familiar. A média da cobertura de pré-natal no Município de Rio Grande (RS) é alta (96%), e a grande maioria das gestantes (73,5%) inicia as consultas ainda no primeiro trimestre, realizando em média 7,4 consultas. Todavia, quando associados a estes parâmetros e à execução dos exames de laboratório da rotina pré-natal mínima do PHPN, os exames clínicos gineco-obstétricos, a suplementação com ferro e a imunização completa contra o tétano neonatal, apenas 26,8% dos pré-natais foram classificados como "adequados".

Verifica-se, portanto, que a assistência ao pré-natal prestada às gestantes do Centro de Saúde Vila Cemig pelas Equipes de Saúde da Família, vem equiparando-se em termos quantitativos àquela prestada em outras localidades do país.

Os achados da pesquisa de Gonçalves (2008) permitiram destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pelo PSF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato do usuário com o serviço de saúde. Esta característica proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez. Neste contexto, pode-se

afirmar que a oferta do cuidado individualizado aos usuários dos serviços de saúde pode representar uma motivação da sua preferência pelo modelo de assistência das Unidades do PSF.

Costa (2009) verificou que melhores resultados podem ser alcançados pelo PSF, uma vez que a inserção das gestantes na formulação das ações soma esforços em favor de uma prática de atenção perinatal mais humana e cuidadora. Ao valorizar os aspectos relacionais, as gestantes consideram que a atenção deve ser voltada para uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de um maior vínculo com os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, caminhos podem ser traçados rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico e vigente, de modo a torná-lo mais orientado para o amparo dos diferentes sujeitos que compõem a realidade em prol de um cuidado em saúde mais humanizado e solidário.

De acordo com Minas Gerais (2010) adolescentes gestantes residentes serão consideradas acompanhadas quando atendidas pelo médico de saúde da família ou ginecologista ou enfermeiro, no Sistema Saúde em Rede no protocolo de pré-natal com número de identificação no SISPRENATAL, tendo completado as 40 semanas de gravidez e realizado seis consultas ou mais, conforme o estabelecido no protocolo de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde no período selecionado. Espera-se um acompanhamento de 100% das gestantes adolescentes cadastradas.

Acredita-se que uma maior capacitação dos profissionais envolvidos, tanto no cadastramento nas unidades de saúde quanto na digitação dos dados na Secretaria Municipal de Saúde, são procedimentos fundamentais ao bom desenvolvimento do SISPRENATAL (GRANGEIRO, 2008).

A associação de gravidez precoce a outros comportamentos de risco, como o uso e abuso de drogas numa população jovem, inserida num contexto de situações de violência, caracteriza uma população como extremamente vulnerável, necessitando de abordagens específicas e urgentes se desejarmos mudar o panorama encontrado, através do estabelecimento de estratégias específicas e políticas públicas preventivas visando à redução de comportamentos de risco (CHALEM, 2007).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se através deste estudo que na população adolescente do Centro de Saúde Vila Cemig a maior incidência de gravidez tem ocorrido em maiores de 16 anos, 87% dos casos, e que por tratarem-se de áreas de abrangência com condições sócio-econômicas semelhantes, não há diferença significativa entre as Equipes de Saúde da Família na unidade.

Observou-se que 29 das 38 adolescentes em análise realizaram entre 6 e 10 consultas de pré-natal, representando 76%, e que provavelmente, apenas 7 dentre as 38 gestantes não realizaram os exames iniciais do protocolo (18%).

Quanto à situação vacinal contra o tétano foram identificados registros de 34 das 38 gestantes adolescentes (89,5%).

Observa-se, desta forma, que apesar de ainda serem necessárias reformulações para se conseguir alcançar o acompanhamento ideal de 100% das gestantes em todos os itens, os índices levantados no Centro de Saúde Vila Cemig indicam bons percentuais de assistência, demonstrando que as Equipes de Saúde da Família seguem os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde de cuidado individualizado e humanizado.

Através da realização deste trabalho de pesquisa percebemos a importância da avaliação constante de nossas ações. A sobrecarga de atividades dificulta que se consiga observar o que vem sendo feito e o que necessita ser melhorado.

Como enfermeira de Saúde da Família, vivencio as dificuldades para se conseguir oferecer uma assistência em pré-natal de qualidade a todas as gestantes, e, principalmente, às gestantes adolescentes. A excessiva demanda espontânea e a conseqüente dificuldade de organização das agendas são exemplos dos problemas enfrentados.

Trabalhamos na unidade, graças a esforços dos enfermeiros, com Grupos Operativos durante a gestação, realizados de acordo com o trimestre gestacional, que auxiliam bastante no acompanhamento e no esclarecimento de dúvidas.

Verificamos também que o ponto primordial para o atendimento em pré-natal é o estabelecimento do vínculo. A partir do momento em que a gestante, em especial as adolescentes, identificam a unidade, a equipe, ou mesmo um profissional, como referência, o laço de confiança é estabelecido e torna-se mais fácil garantir o atendimento adequado.

Quanto às gestantes adolescentes, observamos ainda em nossa realidade a grande significância da busca ativa e das visitas domiciliares mais freqüentes realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Contemplamos como propostas de continuidade, a efetivação da busca ativa às gestantes faltosas às consultas como rotina nas equipes; a criação de arquivos rotativos para facilitar este controle e garantir a assistência; e a efetivação do enfermeiro como importante figura na realização do pré-natal, alternando consultas com o generalista, conforme protocolo, estreitando vínculos com as gestantes e iniciando acompanhamento domiciliar periódico, principalmente às adolescentes.

Entendemos que será importante também orientar e capacitar pais e/ou responsáveis, funcionários do Centro de Saúde e das Escolas, professores e Agentes Comunitários de Saúde quanto às formas de prevenção da gravidez na adolescência, trabalhando-se para a estruturação de projetos de educação em saúde para os adolescentes adscritos, através da criação de Grupos Operativos em parceria com instituições locais.

Esperamos que os resultados aqui apresentados possam contribuir significativamente no sentido de subsidiar o cuidado à gestante em nossa área de abrangência, além de viabilizar e garantir a ampliação da cobertura da assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR JÚNIOR, C. A. Projeto Diretrizes. Assistência Pré-Natal. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2010.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.1. São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2010.

BALEEIRO, M. C. *et al.* **Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. Fundação Odebrecht, Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999. 320p. p.205.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde. Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf>. Acesso em 10 mar. 2010.

Brasila. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

Brasilb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

CARNERO, T.Z.; BARBIERI, M. A maternidade no cotidiano das universitárias. **Nursing**, ano 11, v. 127: p.571-576, 2008.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n.1. Rio de Janeiro, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000100019&lang=pt&tng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2010.

CHRESTANI, M. A. D. *et al.* Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 7. Rio de Janeiro, Julho 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000700016&lang=pt&tng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2010.

COALTES, V.; CORREA, M. M. O atendimento de adolescentes grávidas. In: MAACAROUN, M. F.; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Cultura Médica, cap. 43, p. 390-406. Rio de Janeiro: 1991.

CORREA, M. D. Riscos Obstétricos. In: MAACAROUN, M. F.; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Cultura Médica, cap. 42, p. 380-389. Rio de Janeiro: 1991.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciências saúde coletiva**, v. 14, supl.1. Rio de Janeiro, Set./Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lang=pt&tng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2010.

DELAFLORA, L. A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Sentimentos de mães adolescentes solteiras frente à gravidez. **Enfermagem Atual**, ano 4, v.24: p. 25-31, 2003.

DIÓGENES, M. A. R.; VARELA, Z. M. V. Autocuidado da adolescente na vivência da sexualidade. **Nursing**, ano 6, v.61: p. 20-24, 2003.

DURÃES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciências Saúde Coletiva**, v.12, n.2. Rio de Janeiro, Mar./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-232007000200023&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2010.

GUEDES, C. Gravidez na adolescência – uma análise compreensiva. **Dissertação de Mestrado**. Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, 1996.

GODINHO, R. A. Adolescentes e Grávidas: Onde buscam apoio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8 (2), p. 25-32. Ribeirão Preto, 2000.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 11. Rio de Janeiro, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100020&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2010.

GONÇALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n.3. Brasília, Mai./Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000300012&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2010.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R. E.; MOURA, R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Revista Escola Enfermagem USP*, v.42, n. 1. São Paulo, Mar. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-479196>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

MELO, V. H.; RIO, S. M. P. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e **Obstetrícia. Assistência pré-natal parte II. Revista Associação Médica Brasileira**, v. 3, n. 6. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000600008&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2010.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina III - Territorialização e Diagnóstico Local/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Guia do participante.

Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200029&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2010.

MORAES, A. C. S. Gravidez indesejada na adolescência, conseqüências. Adolescente como protagonista. **Monografia para o Curso de PSF**, UFMG. Belo Horizonte, 2003.
NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira. Saúde Materno- Infantil**, v. 7, n. 2. Recife, Abr./Jun. 2007. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000200010&lang=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2010.

NETO, F. R. G. X. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 5. Brasília, Set./Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000500011&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2010.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 1. Recife, Jan./Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000100009&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2010.

SIQUEIRA, K.M. *et al.* Adolescer saudável: estratégia de cuidado à saúde de adolescentes escolares. **Nursing**, ano 8, v. 87: p. 371-374, 2005.