

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA A ADOLESCENTES  
GRÁVIDAS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACARI, NO ANO DE 2010.**

**IRACINARA SOARES LIMA**

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS**

**2012**

**IRACINARA SOARES LIMA**

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA A ADOLESCENTES  
GRÁVIDAS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACARI, NO ANO DE 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS**

**2012**

**IRACINARA SOARES LIMA**

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA A ADOLESCENTES  
GRÁVIDAS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACARI, NO ANO DE 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Valéria Tassara (orientadora)

Prof<sup>a</sup> Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Neste grandioso momento, não poderia deixar de lembrar daqueles que de forma especial me iluminaram e apoiaram, incentivando-me a ter forças para caminhar e vencer.

A Deus, soberano gracioso em mais uma etapa de minha vida.

Aos meus pais, Jair e Lourdes exemplos de fé e luta.

A minha imprescindível irmã Simone, sem você não haveria Enfermagem em minha vida!

Ao meu amado esposo Moabe, seu carinho, paciência e apoio me ensinaram que persistir em algo que realmente desejamos é fundamental para nossas vitórias.

À tutora Sibeles, exemplo de dedicação e disciplina.

À orientadora Valéria, que mesmo desconhecida se faz presente virtualmente.

A todos, especialmente às gestantes adolescentes que serviram de objeto para esse estudo.

*“Plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores”.*

W. Shakespeares

## RESUMO

A gravidez na adolescência é hoje considerada um problema de saúde pública, visto o aumento descontrolável da taxa de fecundidade neste grupo e os potenciais riscos dessa condição em saúde. O objetivo deste estudo foi descrever a assistência pré-natal oferecida a adolescentes que se cadastraram na Estratégia Saúde da Família Acari (ESF) no ano de 2010 sob a ótica de recomendações do Ministério da Saúde para o cumprimento do elenco mínimo de ações. As fichas de cadastramento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e os prontuários clínicos das adolescentes serviram como principal meio para coleta dos dados. Verificou-se que os resultados encontrados, em sua maioria, contradizem as estatísticas difundidas e direcionam para uma assistência acolhedora, esclarecedora e sistemática, apontando para alta cobertura de consultas pré-natal, considerável controle na taxa de intercorrências e desfechos no parto e pós-parto satisfatórios. Embora, a confiabilidade das estatísticas nacionais e dos diversos estudos cientificamente reconhecidos, considera-se a importância de pesquisas locais, com a finalidade de retratar dados próprios e direcionar ações mediante a constatação desta realidade.

**Palavras-chave:** gravidez, adolescência, saúde pública, assistência.

## **ABSTRACT**

Teenage pregnancy is considered a public health problem, due to the unbridled increase of fertility rate in this specific group and the potential risks of this condition nowadays. The objective of this study was to describe the prenatal assistance offered to adolescents who have registered in the Acari Family Health Strategy, in 2010, from the recommendations perspective of the Health Ministry to achieve the minimum number of actions. The registration forms and the medical records of adolescents in Humanization Program of Partum and Birth have served as the main way to collect data. It was observed that most findings contradict the widespread statistics and direct to a welcome, enlightening and systematic assistance, pointing to the high coverage of prenatal consultations, considerable control in the rate of complication and satisfactory outcomes in partum and postpartum. Despite the reliability of national statistics, local searches are extremely important in order to portray their own data and direct actions for the reality checking.

**Keywords:** pregnancy, teenage, public health, assistance.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>4 METÓDO .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Diagnóstico da gravidez e parâmetros para garantir assistência pré-natal .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Fatores facilitadores da gravidez na adolescência.....</b>	<b>16</b>
<b>5.3 Possíveis complicações gestacionais em adolescentes .....</b>	<b>17</b>
<b>5.4 Princípios éticos na assistência pré-natal a adolescentes .....</b>	<b>18</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência tem despertado grande interesse, tanto na mídia, quanto no âmbito das políticas públicas. Especialmente a partir de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Juventude, inúmeras iniciativas foram desencadeadas em todo o mundo, visando o levantamento das necessidades sociais dos jovens que viriam a constituir as futuras gerações de adultos no terceiro milênio. Nesta perspectiva em 1989 o Ministério da Saúde do Brasil cria o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), logo renomeado para Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), de modo geral, fundamentados numa política de promoção a saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos com tratamento adequado e reabilitação.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde definem como adolescência a faixa etária delimitada como o período entre 10 e 20 anos incompletos, dividido em três fases: adolescência inicial, dos 10 aos 14 anos; adolescência média, dos 15 aos 17 anos incompletos e adolescência final, dos 17 aos 19 anos de idade (MINAS GERAIS, 2006).

A atenção integral compreendida como a resposta que os vários profissionais devem dar às pessoas, considerando sua faixa etária, momento de vida e inserção sociocultural, se faz especialmente necessária na adolescência, haja vista todas as mudanças biopsicossociais pelas quais os adolescentes e familiares passam. A adolescência caracteriza-se como um período de intensas transformações em que o indivíduo vivencia dificuldades relativas ao seu crescimento físico e amadurecimento psicológico, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso de drogas, inserção no mercado de trabalho, sexualidade, sexo e por vezes uma gravidez.

Segundo pesquisa recente e censo de 2000, a única faixa etária em que a taxa de fecundidade aumentou, foi na adolescência, no período de 15 a 19 anos (MINAS GERAIS, 2006). Uma pesquisa realizada pela UNESCO nas capitais brasileiras, divulgada em 2004 evidenciou a seguinte realidade: uma em cada 10 estudantes engravidada antes dos 15 anos.

A cidade de Ataléia situada na região Sudeste do Estado de Minas Gerais, possui uma extensão territorial 1.836,974Km<sup>2</sup> e conta com uma população de 14455 habitantes, sendo que 2923 destes correspondem ao grupo populacional definido como adolescente, isto é, entre 10 e 19 anos, e 1382 pertencentes ao sexo feminino (IBGE, 2010).

Considerada um conjunto de procedimentos, a assistência pré-natal objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido, através de um acolhimento precoce, assegurado até o fim da gestação. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (GONÇALVES *et al*, 2009 *apud* LANSKY *et al.*,2002, p. 36).

Nessa ótica e considerando uma população de 40 milhões de adolescentes no Brasil, torna-se obrigatório repensar as políticas públicas a este grupo, visto a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades e prevenção às situações de risco (MINAS GERAIS, 2006).

O presente estudo teve por objetivo descrever a assistência pré-natal, no cumprimento do elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), prestada a adolescentes grávidas residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Acari (ESF), no ano de 2010.

## 2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos evidenciam a magnitude do tema, principalmente pelo aumento da taxa de fecundidade entre as adolescentes e evidentemente pela enorme população de indivíduos nessa faixa etária. Em conjunto a serviços públicos prematuros e deficientes para tratar do assunto, tais jovens se suscetibilizam a uma gravidez precoce, por vezes indesejada e com implicações difusoras.

Análise dos dados disponíveis no Brasil mostra que apesar da alta cobertura pré-natal encontrada, há comprometimento na qualidade da atenção prestada (SANTOS *et al*, 2000) . Segundo Brasil (2006), somente pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas. Gonçalves *et al* (2009) afirmam que essa situação traduz a inefetividade dos serviços de saúde quanto a garantir atendimento adequado não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido.

As estatísticas nacionais revelam que, nos últimos anos, o número de adolescentes grávidas tem crescido vertiginosamente. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a proporção passou de 37,4% filhos de mães adolescentes em 1991 para 41,4% em 2000, colocando em evidência o tema da maternidade na adolescência, convertido nos últimos anos em problema de saúde pública. Estudos recentes revelam que o aumento da gravidez na adolescência não está restrito às classes menos favorecidas, demonstrando que o aumento da gravidez precoce não pode ser atribuído à pobreza ou a falta de escolaridade, sendo um fenômeno que se espalha por toda a pirâmide social (ANDRADE *et al*, 2006).

Indiferentemente, a ESF Acari, com um percentual de 10% de adolescentes do sexo feminino em relação à população geral, tende a se assemelhar à problemática mundial, visto que em 2010, 3,4% destas adolescentes passaram por um processo gestacional, representando significativamente um alto percentual, já que por muito pouco se equipara à taxa de fecundidade das mulheres adultas (5,4%). Compreende-se, portanto, a gravidez na adolescência na ESF Acari, também um problema de saúde pública e que mediante esta lógica devem ser buscadas respostas nas mais diversas interfaces do serviço público. Especialmente, a assistência a estas gestantes representa um foco diretivo, já que é por meio dela que as complicações pré, peri e pós-natais são prevenidas.

### **3 OBJETIVO**

Analisar a assistência pré-natal prestada a adolescentes grávidas residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Acari, no ano de 2010.

## 4 MÉTODO

Mediante a recuperação e análise de dados secundários do banco de dados nacional, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação de Pré-natal (SISPRENATAL), bem como dados cadastrais da Estratégia Saúde da Família Acari (ESF), especificamente prontuários clínicos, foram buscadas e analisadas informações quanto à assistência pré-natal de adolescentes que engravidaram residindo na área de abrangência da ESF Acari e que foram cadastradas e acompanhadas nesta no ano de 2010. Para análise direta dos dados foram utilizados somente os prontuários clínicos, devido o alto índice de subinformações no banco de dados. Estes foram selecionados após busca da idade e cadastro da gestante pela 2ª via da ficha de cadastramento da gestante no PHPN.

A ESF Acari, implantada há nove anos no município de Ataléia, abrange uma população de 3635 pessoas, com uma proporção de 722 adolescentes, sendo 352 adolescentes do sexo feminino. Enfrenta várias dificuldades comuns ao serviço público nacional, evidenciando aqui a gravidez na adolescência como condição de risco norteador para análise da assistência em saúde a este grupo populacional.

Considerou-se como adolescência a faixa etária definida pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, delimitada como o período entre 10 e 20 anos incompletos. A recuperação dos dados objetivou o seguinte levantamento na ESF Acari no ano de 2010:

- total geral de gestantes cadastradas;
- total geral de adolescentes;
- total de gestantes adolescentes cadastradas;
- faixa etária da adolescente na primeira consulta de pré-natal (10 a 14, 15 a 17 ou 17 a 19 anos)
- idade gestacional da adolescente na primeira consulta;
- total de consultas pré-natal realizadas;
- número de consultas realizadas pelo médico e pela enfermeira;
- número de adolescentes encaminhadas para consulta com obstetra;
- situação vacinal quanto à antitetânica;
- realização dos exames básicos;
- número de adolescentes que apresentaram algum tipo de intercorrência na gestação;

-desfecho da gestação (tipo de parto, parto com nascido vivo ou nascido morto ou abortamento).

Processou-se após o levantamento, a análise dos dados, sendo separados e organizados em gráficos, através de planilhas do programa Excel (MICROSOFT<sup>R</sup>), para melhor visualização dos itens definidos para descrever a assistência prestada às adolescentes grávidas.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Diagnóstico da gravidez e parâmetros para garantir assistência pré-natal

Segundo Brasil (2006, p. 20) para o diagnóstico da gravidez deve-se considerar o seguinte:

O diagnóstico da gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG). Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável.

Após a confirmação do diagnóstico de gravidez o pré-natal deve ser iniciado imediatamente pelo médico ou enfermeira, com seu cadastramento no SISPRENATAL, dando início ao acompanhamento. Este por sua vez, consiste em uma série de procedimentos e condutas que devem ser realizados e avaliados em toda consulta. Como parâmetros para a atenção pré-natal, Brasil (2006) define:

- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
- Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- Solicitação de exames laboratoriais: tipagem sanguínea com fator Rh, hemograma, glicemia jejum, testagem para sífilis (VDRL), urina rotina, testagem anti-HIV, sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose; repetição próximo à 30ª semana de gestação dos exames de glicemia jejum, VDRL, urina rotina, e se possível, anti-HIV e sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose;

- Imunização antitetânica: aplicação da vacina dupla tipo adulto com três doses segundo esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de cinco anos;
- Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
- Tratamento das intercorrências da gestação;
- Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar; [...]

## 5.2 Fatores facilitadores da gravidez na adolescência

Na maioria das vezes, o adolescente procura o serviço de saúde quando já iniciou o exercício da sexualidade, geralmente vários meses depois. Existe uma estimativa americana informando que 50% das gravidezes ocorrem nos primeiros seis meses de início da prática sexual, onde 25 a 50% das adolescentes não usam nenhum método contraceptivo na primeira relação (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com Minas Gerais (2006) os adolescentes não utilizam métodos anticoncepcionais ou o fazem de maneira inadequada devido aos seguintes fatores:

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Baixo nível socioeconômico e cultural.
  
- Não participação do parceiro e dificuldade de negociar com ele o uso da camisinha.
- Sentimento de invulnerabilidade e pensamento mágico (nada vai acontecer comigo).
- Caráter esporádico e não planejado das relações sexuais.
- Medo que se descubra a sua atividade sexual.
- Medo do exame ginecológico.
- Preocupação com a auto-imagem (que irão engordar, adquirir celulite, etc.).
- Não-conscientização da possibilidade de uma gestação.
- Alto custo dos métodos anticoncepcionais.
- Desejo não revelado de testar a sua fertilidade.

Dentre as grávidas, são nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos. Discute-se a possibilidade de que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, freqüentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade, talvez por isso a dificuldade em compreender o processo do adolecer e seus riscos. (GAMA *et al*, 2004).

### 5.3 Possíveis complicações gestacionais em adolescentes

Alegria *et al* (1989) destacaram a gravidez na adolescência como sendo de alto risco e para muitos pesquisadores chama a atenção pela maior incidência de intercorrências obstétricas, quando comparadas a outras idades. Galleta e Zugaib (2001) retratam as principais complicações como sendo: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Anemia, Prematuridade e Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR). Abaixo, descrição sucinta de cada um deles.

*DHEG*- é muito freqüente na adolescente devido à primiparidade e estresse associado à gravidez precoce e surge geralmente após a 20ª semana de gravidez.

*Anemia*- bastante freqüente, comparativamente à gestante maior de 20 anos, devido a dieta inadequada, com baixa ingestão de proteínas e sais minerais. Além disso, aumenta o risco de infecções e parto prematuro.

*Prematuridade*- é a principal complicação da gravidez na adolescência, sendo duas vezes mais comum do que entre gestantes adultas. Está comumente associada a ganho de peso insuficiente, vulvovaginites e infecções do trato urinário.

*CIUR*- incide freqüentemente por uma série de razões: síndromes hipertensivas, anemia, desnutrição e ganho ponderal insuficiente durante o pré-natal, como já citado, consistem em episódios comuns em adolescentes grávidas.

## **5.4 Princípios éticos na assistência pré-natal a adolescentes**

Tornar os serviços de saúde reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio sem nenhum juízo de valor, é uma das estratégias para que os adolescentes e jovens o busquem, garantindo com isso, privacidade e confidencialidade.

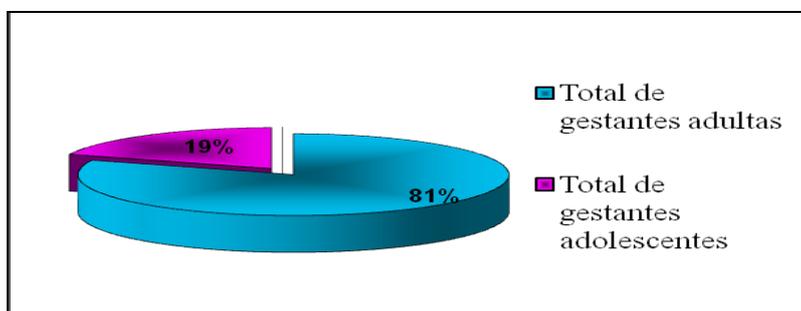
Levando em consideração a existência de diversas limitações para entender os adolescentes enquanto sujeitos de direitos, o profissional de saúde pode encontrar dificuldades no seu atendimento, especialmente do ponto de vista ético e legal. Para melhorar esta compreensão o profissional pode utilizar de documentos legais que deferem sobre o assunto, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Manual de Organização de Serviços da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ).

Especificamente quanto ao esclarecimento de informações necessárias a assistência pré-natal, Brasil (2006) dispõe sobre duas condições possíveis: a obrigatoriedade da presença de um responsável durante o acompanhamento no serviço de saúde constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável, portanto não pode ser exigida; entretanto, se a equipe de saúde entender que a usuária não possui condições para decidir sozinha sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade ou que possua resistência para informar determinadas circunstâncias relacionadas à família, pode-se proceder respectivamente da seguinte forma: realizar intervenções urgentes que se façam necessárias e em seguida abordar a adolescente para a necessidade de que um responsável o assista no acompanhamento e se houver resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal implique afastamento da usuária, pode-se aceitar pessoa maior e capaz indicada pela adolescente para acompanhá-la e auxiliar a equipe na condução do caso.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento dos dados evidenciou que no ano de 2010 foram cadastradas pela ESF Acari 62 gestantes, sendo que 12 delas eram adolescentes (19%), ou seja, se encontravam na faixa etária correspondida entre 10 e 19 anos. É válido dizer que a população de adolescentes do sexo feminino era de 352, podendo, portanto afirmar que uma a cada 29 adolescentes eram gestantes. Este dado retrata a estatística nacional de aumento da fecundidade nas mulheres com menos de 20 anos e pode ser visualizado pelo Gráfico 1.

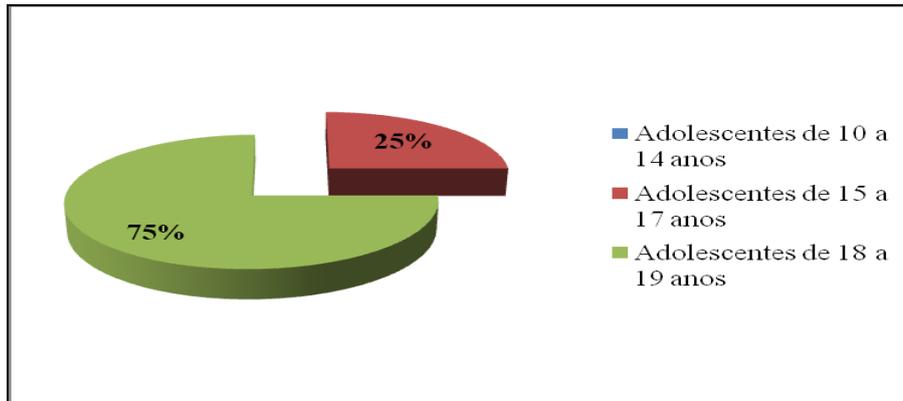
Gráfico 1: Distribuição das gestantes segundo grupo etário



Fonte: Fichas de cadastramento do PHPN, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

Monteiro *et al* (1997) revela que nos últimos anos o número absoluto de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo de 10 a 14 anos. Contrapondo essa afirmação pode-se visualizar pelo Gráfico 2 que não foram observadas adolescentes grávidas nessa faixa etária e sim um maior número na faixa etária de 18 a 19 anos, correspondendo 75% (09) de todas as adolescentes cadastradas no PHPN em 2010. Este dado mostra uma realidade local; indiscutivelmente a outros estudos coletivos, o serviço deverá compreender essa possibilidade e trabalhar ações também com adolescentes menores de 14 anos, independente de não terem sido encontradas adolescentes grávidas nessa faixa etária.

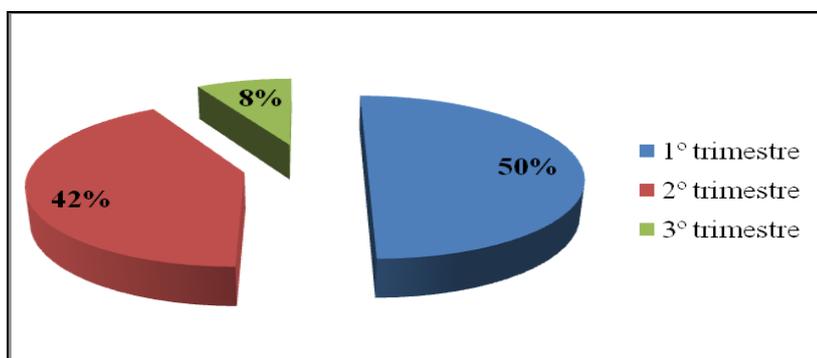
Gráfico 2: Distribuição das adolescentes grávidas segundo faixa etária.



Fonte: Fichas de cadastramento do PHPN, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

O Gráfico 3 mostra a distribuição das gestantes em relação à idade gestacional na primeira consulta, quando verificou-se que 50% (06) das adolescentes iniciaram a assistência pré-natal no primeiro trimestre, 42% (05) no segundo trimestre e somente 8% (01) iniciaram no terceiro trimestre. Alegria *et al* (1989) revelou em um estudo comparativo entre gestantes adolescentes e adultas que 70,6% das adolescentes davam entrada no serviço de assistência pré-natal já no segundo trimestre. Embora o dado da ESF Acari divergir deste estudo, observa-se que ainda está precário o serviço de captação das gestantes, uma vez que todas elas deveriam ter iniciado o pré-natal até o terceiro mês de gestação, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Isso porque quanto antes for iniciado, mais tempo a gestante terá de ser orientada corretamente, mais cedo os exames serão realizados e as possíveis complicações prevenidas ou tratadas.

Gráfico 3: Distribuição das gestantes segundo período de início do pré-natal.

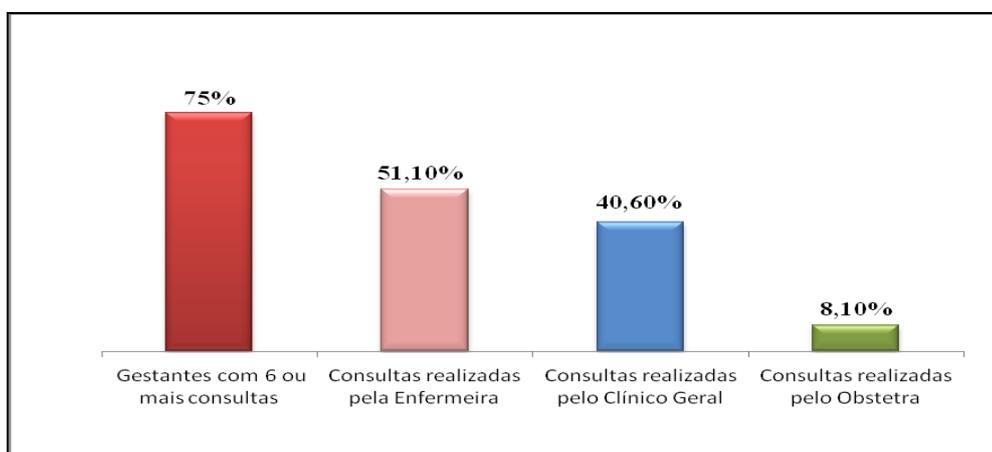


Fonte: Arquivo interno/prontuários clínicos, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

Quanto ao número absoluto de consultas realizadas, podendo ser observado pelo Gráfico 4, constatou-se que 75% (09) das adolescentes realizaram o elenco mínimo de

consultas, ou seja, seis ou mais, o que mais uma vez contradiz os estudos gerais. Este item revela o serviço in loco prestado pelos profissionais que cuidam diretamente da gestante, visto que, se a maioria delas retorna para consultas subseqüentes, é porque se sentem acolhidas e seguras para tal. Cabe aqui uma complementação em relação ao profissional que realiza a consulta de pré-natal: a maioria das consultas (51,1%) realizadas às adolescentes foi pela profissional Enfermeira, ficando o Clínico Geral responsável por 40,6% das consultas e o Obstetra com 8,1%; essa consideração pode ser explicada por ser a Enfermeira a coordenadora do serviço e quem cuida da agenda das gestantes.

Gráfico 4: Distribuição das gestantes segundo realização das consultas.



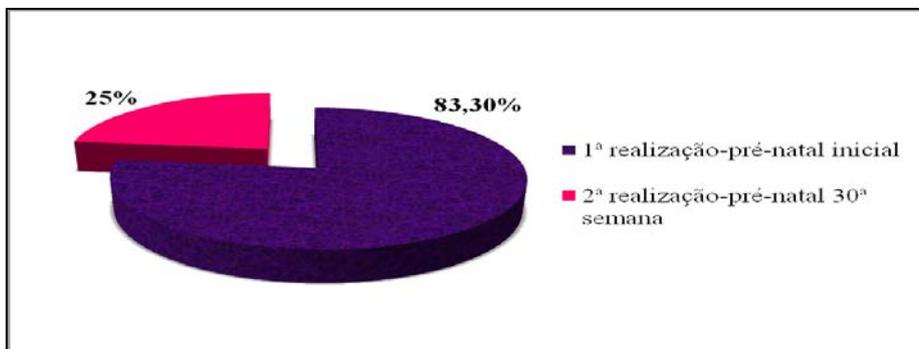
Fonte: Arquivo interno/prontuários clínicos, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

A vacinação anti-tetânica é aqui também um item de análise, uma vez considerada como condição protetora para tétano materno e/ou neonatal, sendo sua cobertura um indicador de saúde a determinado grupo populacional (BRASIL, 2001). No presente estudo verificou-se que 66,6% (08) das adolescentes grávidas completaram o esquema básico de três doses da vacina, com um reforço nos últimos cinco anos. Entretanto, este percentual não é suficiente para garantir proteção populacional, por isso a necessidade de se realizar busca ativa às gestantes faltosas e com vacina atrasada, a fim de atingir 95% de cobertura, como recomendado em Brasil (2001).

Em relação aos exames laboratoriais básicos, observou-se que 83,3% (10) das adolescentes realizaram a rotina primária, embora somente 25% delas tenham os realizado pela segunda, ou seja, na 30ª semana de gestação, bem como recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), podendo ser visualizado pelo Gráfico 5. Este fato pode sugerir algumas falhas tanto por parte do serviço, como por parte da gestante. Inicialmente pode haver negligência do profissional em não solicitar os exames e quando solicitado falta de

atenção da gestante em realizar o exame na data agendada, o que retarda a realização destes e possivelmente o tratamento de alterações e o aparecimento de complicações na gestação, no parto, no neonato e puerpério.

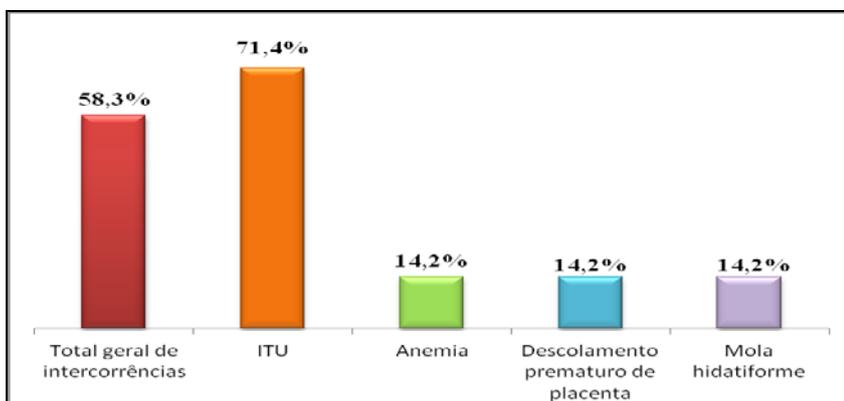
Gráfico 5: Distribuição das gestantes segundo realização dos exames laboratoriais.



Fonte: Arquivo interno/prontuários clínicos, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

Vários estudos evidenciam patologias comuns em adolescentes grávidas. Como afirma Costa e Formigli (2001), 82% das gestantes apresentam alguma intercorrência clínica. Como mostra o Gráfico 6, verificou-se neste estudo que 58,3% (07) das adolescentes apresentaram uma ou mais intercorrências, correspondendo: 71,4% as Infecções do Trato Urinário (ITU), 14,2% anemia, 14,2% mola hidatiforme e 14,2% Descolamento Prematuro de Placenta. Embora as intercorrências clínicas forem possíveis em qualquer gestante, independente da faixa etária, na adolescente assume um enfoque especial, pois comumente estas negligenciam aspectos importantes da sua saúde, corroborando para criar uma complicação mais severa, como afirma Galletta e Zugaib (2002).

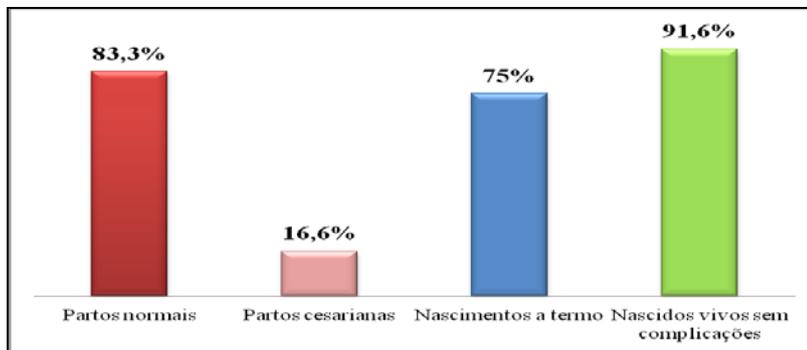
Gráfico 6: Distribuição das intercorrências diagnosticadas no pré-natal.



Fonte: Arquivo interno/prontuários clínicos, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

Embora a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2006) apontar para alta mortalidade materna e perinatal entre adolescentes, a pesquisa revela que entre as adolescentes analisadas, 83,3% obtiveram parto natural, sem nenhuma evolução para óbito materno ou neonatal; 75% destes neonatos nasceram a termo, ou seja, entre 37 e 40 semanas de gestação. Com exceção de um caso de Mola Hidatiforme, 91,6% dos bebês nasceram vivos sem complicações. Excepcionalmente nenhuma gestante foi a óbito. Observa-se que o desfecho das gestações precoces em estudo, foi na sua maioria positivo, contrapondo as estatísticas nacionais. Entretanto, deve-se sempre atentar para um possível desfecho negativo, visto a fragilidade de uma gravidez precoce. O Gráfico 7 retrata os dados encontrados.

Gráfico 7: Distribuição geral dos desfechos gestacionais.



Fonte: Arquivo interno/prontuários clínicos, PSF Acari, Ataléia, Minas Gerais, 2011.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência entendida como uma fase de intensas transformações físicas, emocionais, comportamentais, sociais e familiares, se perpetua na saúde pública pela mais complexa visão e necessidade de os serviços poderem oferecer orientações claras e objetivas para os adolescentes, de modo a trazê-los para a compreensão desse processo.

Considerando que este foi um estudo local, de uma população restritiva, em momento algum poderá desconsiderar a confiabilidade das estatísticas nacionais, mas sim evidenciar a importância de pesquisas locais, com a finalidade de retratar dados próprios e direcionar ações mediante a constatação desta realidade.

Embora alguns estudos apontem para serviços de saúde pública precários e deficientes, o estudo nos revelou o contrário. A ESF Acari demonstrou pelos dados, oferecer assistência digna, humanizada e sistemática às adolescentes, visto a alta cobertura de consultas pré-natal. Por isso a importância de estudos in loco, da retratação de uma estatística própria, a fim de direcionar ações contextualizadas e embasadas numa realidade fidedigna. Entretanto, deixou a desejar no cumprimento dos exames da 30ª semana e na cobertura da vacina anti-tetânica, quando apesar de possível, não pode ser aceitável, pois demonstra deficiência do serviço de pré-natal, bem como, o baixo percentual de captação precoce das adolescentes grávidas; este fato alerta para a necessidade de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que são eles que fazem contato direto com a comunidade, especialmente com as adolescentes.

Positivamente e como item de análise satisfatório ao serviço, a maioria dos desfechos gestacionais no estudo foram sem complicações, com a observação de um alto percentual de nascidos vivos. O fato de nenhuma das adolescentes terem ido a óbito durante ou após o parto favorece grandemente o tipo de assistência prestada pela unidade de saúde analisada, demonstrado e reafirmando que os serviços de atenção primária têm grande representatividade no desfecho de uma gravidez, principalmente se esta for em adolescente.

Apesar do resultado, na sua maioria, divergir das bibliografias estudadas e trabalhos cientificamente já reconhecidos, chamou a atenção, especialmente pelos aspectos positivos encontrados, servindo para despertar nos profissionais envolvidos, a existência de divergências estatísticas que podem influenciar na qualidade da assistência prestada e no

direcionamento das prioridades, mas que não excluem o caráter público de uma gravidez precoce.

Portanto, e considerando as interfaces já descritas de uma gravidez na adolescência, aspira-se que esse estudo, oriente atividades programáticas e sistemáticas de assistência e prevenção da gravidez na adolescência pelos serviços primários de educação em saúde, contribuindo para que as adolescentes completem sua fase transicional e que não só sonhem com o sucesso familiar, educacional, social e profissional, mas que os realizem.

## REFERÊNCIAS

ALEGRIA, F. V. L. *et al.* Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, dez.1989. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

ANDRADE, P. R. *et al.* Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, fev. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. 4. ed. Brasília: [s.n.], nov. 2001. 315p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília, DF, 2006. 160 p.

COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V.L. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, abr. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

ESTELA, M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

GALLETTA, M. A.; ZUGAIB, M. Pré-natal da adolescente. In: BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de condutas médicas: programa saúde da família**. Brasília, 2002.

GAMA, S. G. N. *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.1, jan.2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

GONÇALVES, C. G. *et al.* Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.11, nov. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

GONÇALVES, C. G. *et al.* Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.11, Nov. 2009 *apud* LANSKY, et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**. v.36, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados preliminares do universo do censo demográfico, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 03 set. 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. Belo Horizonte, 2003. 84 p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte, 2006. 150 p.

MONTEIRO, C. A. *et al.* **Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais**. São Paulo: Nupens, 1997.

SANTOS S.R. *et al.* Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da Região Sudeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v.34, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2011.