UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA CRISTINA BARBARO

Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde

Ribeirão Preto

2012

MARIA CRISTINA BARBARO

Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador (a): Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2012

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

Barbaro, Maria Cristina.

Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2012

113 p. : Il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

1. Atenção primária à saúde. 2. Gravidez na adolescência.
3. Saúde da mulher. 4. Pré-natal. 5. Profissional de Saúde.

BARBARO, Maria Cristina
Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de atenção básica de saúde de Ribeirão Preto, médicos e enfermeiros que promovem o acesso das gestantes adolescentes em seus serviços e participam efetivamente de seu atendimento integral, fortalecendo-as como seres de direito para construção de uma sociedade mais justa e democrática.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência.

Aos meus pais pelos ensinamentos fundamentais de valores éticos e morais e por me apoiarem no sonho de me tornar uma profissional médica pediatra.

Ao meu marido, Eder, por seu amor, respeito, compreensão e compartilhamento dos mesmos objetivos na nossa convivência.

Aos meus filhos adolescentes, Carol e Felipe, que me oportunizam vivenciar a grande missão de ser mãe.

Agradeço a grande amiga, coordenadora do Programa do Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, enfermeira Márcia Cristina Guerreiros dos Reis, que muito colaborou e me incentivou a alcançar este objetivo de cursar o mestrado.

À Profa. Dra Ana Márcia Spanó Nakano, minha orientadora, pela credibilidade em executar esse projeto e pela grande contribuição durante o acompanhamento desse estudo.

Às professoras Marta Angélica Iossi Silva e Maria Cândida de Carvalho Furtado, pela valorosa contribuição durante o exame de qualificação para o desenvolvimento do projeto.

À amiga enfermeira, Angelina Lettiere, pela colaboração no projeto, disponibilidade permanente em me ajudar e dividir seu conhecimento comigo.

Aos profissionais, médicos e enfermeiros da rede de saúde do distrito norte, pela receptividade do projeto e por me integrarem ao conhecimento de sua prática assistencial dentro deste projeto de pesquisa.

A todos os meus amigos, cujos nomes prefiro não citar para não cometer injustiça, que participam do meu cotidiano, motivando-me e agregando experiências de suas vidas, fundamentais para a minha busca pessoal da felicidade e equilíbrio como ser humano.

RESUMO

BARBARO, MARIA CRISTINA. **Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde**. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Os sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS tem se apresentado com melhores índices de saúde e como tal, possibilita o alcance de melhor qualidade na atenção pré-natal a gestantes adolescentes, fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo foi avaliar a atenção pré-natal as adolescentes em unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP, segundo os atributos da Atenção Primária a Saúde, como proposto por Starfield. A relevância do estudo é fornecer informações e subsídios para a Secretaria Municipal da Saúde a fim de que novas estratégias para reorganização dos serviços e para capacitação dos profissionais de saúde possam ser fomentadas, no sentido de adequar e potencializar a atenção em saúde e a atuação intersetorial como rede de apoio social às adolescentes grávidas. Estudo seccional e descritivo de abordagem quantitativa realizado com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atendem diretamente as adolescentes no pré-natal. Tais profissionais pertencem a 11 Unidades de Saúde que inclui Centro Saúde Escola, Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, perfazendo o total de 36 profissionais (17 médicos e 19 enfermeiros). Foi aplicado o instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool- Brasil) versão profissionais para analisar a presença e extensão dos atributos da APS na atenção pré-natal as adolescentes. Na análise dos dados, para as variáveis contínuas foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão) e proporções foram utilizadas para variáveis categóricas. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. O escore das 11 unidades de saúde para o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) obteve-se escore 3,5 o que revela um baixo grau de orientação para APS dos profissionais das unidades que pertencem. Os atributos Longitudinalidade, Coordenação (integração de cuidados), Coordenação (sistemas de informação) e Integralidade obtiveram escores $\geq$ 6,6 indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore essencial ficou abaixo de 6,6. Com relação aos atributos da APS, entre os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, os valores dos escores por atributo estão assim distribuídos: Acessibilidade obteve escore 3,4 o que revela um baixo grau de orientação para APS dos profissionais da UBS e os demais atributos obtiveram escores $\geq$ 6,6. O Escore essencial foi de 6,4. Entre os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família, os atributos acessibilidade obteve escore 3,6 os demais atributos obtiveram escores $\geq$ 6,6. O escore essencial foi de 6,6. Houve, portanto melhor desempenho no escore essencial para as unidades com equipes de Saúde da Família. Na análise por categoria profissional, verificamos que os escores essenciais foram de forte grau de orientação para APS (Escore 11 Unidades 6,6/Escore UBS 6,6/Escore PSF 6,7) entre os profissionais médicos, enquanto entre os enfermeiros apresenta baixo grau de orientação (Escore 11 Unidade 6,4/Escore UBS 6,3/Escore PSF 6,5).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gravidez na adolescência. Saúde da mulher. Pré-natal. Profissional de saúde.

ABSTRACT

BARBARO, MARIA CRISTINA. **Prenatal care for adolescent mothers conducted in the primary care network of the city of Ribeirão Preto and attributes of primary healthcare from the perspective of health professionals.** 2012. 113p. Dissertation (MSc) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Health systems guided by the principles of Primary Health Care (PHC) has performed with the best health indices and as such enables the achievement of better quality in prenatal care for pregnant teenagers, crucial to maternal and newborn health. The objective was to evaluate the prenatal care for adolescents conducted in units of primary care network in the city of Ribeirão Preto, São Paulo state, according to the attributes of Primary Health Care, as proposed by Starfield. The relevance of this study is to provide information and subsidies to the Municipal Health Secretariat so that new strategies for reorganizing services and training for health professionals could be encouraged, in order to adapt and enhance health care and intersectoral action as social support network to pregnant teenagers. This sectional and descriptive study with quantitative approach was performed with health professionals (physicians and nurses) that assisted directly the teenagers in prenatal care. These professionals belong to 11 Health Units which include Teaching Health Center, Basic Health Unit and Family Health Unit, totaling 36 professionals (17 physicians and 19 nurses). The Primary Care Assessment Tool (Primary Care Assessment Tool-Brazil) version for professionals was used to analyze the presence and extent of the attributes of PHC in prenatal care for adolescents. In analyzing the data, measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation) were calculated for continuous variables and proportions were used for categorical variables. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. The score of the 11 health units for the attribute first contact access (accessibility) was 3.5 which show a low degree of affiliation of the professionals to the PHC. The attributes longitudinality, Coordination (integration of care), Coordination (information systems) and Comprehensiveness obtained scores ≥6.6 which indicate strong presence and appropriate extension for each attribute. The crucial score was below of 6.6. Among professionals working in Basic Health Units and with respect to the attributes of the PHC, the score values per attribute are as follows: Accessibility obtained score 3.4 which indicate a low degree of affiliation of the professionals from Basic Health Units to the PHC, and the other attributes obtained scores ≥6.6. The crucial score was 6.4. Among the professionals working in the Family Health Units, the attribute accessibility obtained 3.6 and the other attributes obtained scores ≥6.6. The crucial score was 6.6. There was therefore the best performance related to the crucial score for units with Family Health Teams. In the analysis by occupational category, it was found that the crucial scores were for strong degree of guidance to the PHC (11 Units score 6.6/ Basic Health Unit score 6.6/Family Health Program score 6.7) among physicians, while among nurses it presented low orientation degree (11 Units score 6.4/Basic Health Unit score 6.3/ Family Health Program score 6.5).

Keywords: Primary Health Care, Teenager Pregnancy, Women's Health, Prenatal, Health Professional.

RESUMEN

BARBARO, MARIA CRISTINA. **Atención prenatal en adolescentes ofrecida por servicios básicos de salud de la ciudad de Ribeirão Preto y atributos de la atención primaria de salud desde la perspectiva de los profesionales de salud**. 2012. 113p. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Los sistemas de salud orientados por los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) tienen presentado mejores índices de salud y, como tal, permiten el logro de una mejor calidad en la atención prenatal a las adolescentes gestantes, cruciales para la salud materna y del recién nacido. El objetivo fue evaluar la atención prenatal en adolescentes ofrecidas por unidades de atención primaria de salud en Ribeirão Preto, estado de São Paulo, de acuerdo a los atributos de la Atención Primaria de Salud, según lo propuesto por Starfield. La relevancia de este estudio es proporcionar informaciones y subsidios a la Secretaría Municipal de Salud a fin de que nuevas estrategias para la reorganización de los servicios y la capacitación de profesionales de la salud puedan ser fomentadas, con el fin de adecuar y mejorar la atención de salud y la actuación intersectorial como rede de apoyo social a las adolescentes embarazadas. Estudio seccional y descriptivo con abordaje cuantitativo realizado con profesionales de salud (médicos y enfermeros) que asisten directamente a los adolescentes en el prenatal. Estos profesionales pertenecen a 11 Unidades de Salud que incluye el Servicio de Salud Escolar, Unidad Básica de Salud y Unidad de Salud de Familia, totalizando 36 profesionales (17 médicos y 19 enfermeros). Se aplicó el instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (Primary Care Assessment Tool-Brasil) versión profesional para analizar la presencia y extensión de los atributos de la APS en la atención prenatal en adolescentes. En la análisis de datos, para las variables continuas se calcularon las medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar); y proporciones fueron utilizadas variables categóricas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. El escore de las 11 unidades de salud para el atributo Acceso del primer contacto (accesibilidad) se obtuvo el escore 3,5 que muestra un bajo grado de afiliación a la APS de los profesionales. Los atributos Longitudinalidad, Coordinación (integración de cuidados), Coordinación (sistemas de información) y Integralidad obtuvieron escores ≥6,6 lo que indica una fuerte presencia y extensión adecuada de cada atributo. El escore esencial fue inferior a 6,6. Con respecto a los atributos de la APS, entre los profesionales que trabajan en las Unidades Básicas de Salud, los valores de los escores por atributo son los siguientes: Accesibilidad obtuve escore 3,4 lo que indica un bajo grado de afiliación de los profesionales de las unidades Básicas de Salud a la APS y otros atributos obtuvieron puntuaciones ≥6,6. El escore esencial fue 6,4. Entre los profesionales que trabajan en las Unidades de Salud de la Familia, el atributo accesibilidad obtuve 3,6 y los demás atributos obtuvieron escores ≥6,6. El escore esencial fue 6,6. Hube, por lo tanto, mejor rendimiento en el escore esencial para las unidades con equipos de Salud de la Familia. En el análisis por categoría ocupacional, se encontró que los escores esenciales fueron de alto grado de orientación para la APS (escore 11 unidades 6,6/Escore Unidad Básica de Salud 6,6/ Escore Programa Salud de la Familia 6,7) entre los profesionales médicos, mientras que entre los enfermeros presentó bajo grado de orientación (Escore 11 Unidad 6.4 / Escore Unidad Básica de Salud 6,3/Escore Programa Salud de la Familia 6,5).

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Embarazo en la adolescencia, Salud de la Mujer, Prenatal, Profesional de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2012. 34

Figura 2 – Distribuição dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao local de trabalho investigado, 2012 46

Figura 3 – Distribuição dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao local de trabalho, 2012 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto às variáveis sociodemográficas, 2012 46

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tipo de graduação e ano de conclusão, 2012..... 48

Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à especialização e ano de conclusão, 2012 49

Tabela 4 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à residência e ano de conclusão, 2012 50

Tabela 5 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à pós-graduação e ano de conclusão, 2012 50

Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de saúde da categoria médica (n=17) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tempo de trabalho e experiência, 2012 51

Tabela 7 – Caracterização dos profissionais de saúde da categoria enfermeiro (n=19) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tempo de trabalho e experiência, 2012 52

Tabela 8 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde das 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 53

Tabela 9 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012..... 56

Tabela 10 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012..... 57

Tabela 11 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 58

Tabela 12 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 59

Tabela 13 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 59

Tabela 14 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 60

Tabela 15 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 61

Tabela 16 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012 61

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSE	Centro de Saúde Escola
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DNV	Declaração de Nascido Vivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NADEF	Núcleo de Atenção ao Deficiente
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PHPN	Programa de Humanização Pré Natal e Nascimento
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SICAEV	Sistema de Coleta de Dados e Análise de Estatísticas Vitais
SMSRP	Secretária Municipal de Ribeirão Preto
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO 23

2.1 Gravidez na adolescência e a atenção pré-natal 23

2.2 Atenção Primária à Saúde: a qualidade no cuidado pré-natal às adolescentes 25

3 OBJETIVOS 31

3.1 Objetivos Gerais 31

3.2 Objetivos Específicos 31

4 MATERIAL E MÉTODO 33

4.1 Local do estudo 33

4.2 População e critérios de inclusão 35

4.3 Aspectos Éticos da Pesquisa 36

4.4 Coleta de dados e variáveis do estudo 36

4.5 Instrumento 37

4.6 Análise dos dados 40

5 RESULTADOS 45

5.1 Contexto do estudo 45

5.2 Caracterização da amostra 45

5.3 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) 52

6 DISCUSSÃO 64

6.1 Caracterização da amostra 64

6.2 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária á Saúde (APS) 67

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS 91

APÊNDICES 103

ANEXOS 106

1 INTRODUÇÃO[1]

[1] Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido apontada como um "problema social", “um risco”, um elemento “desestruturador” da vida de adolescentes e até mesmo como um elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações. Independente de a gravidez ser ou não desejada, ela traz grandes transformações na vida da adolescente, visto que, muitas vezes, a adolescente não está preparada para enfrentamentá-la (BRASIL, 2006).

Os reflexos da gravidez na vida atual e futura da adolescente incluem a evasão escolar, a perda de futuras oportunidades econômicas e dificuldades emocionais, físicas e financeiras, o que se relaciona ao rompimento da trajetória educativa e às limitações para participação laboral futura (FLÓREZ, 2005).

Em relação à gestação precoce na população brasileira, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), até os anos 90, do total dos partos realizados em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), 37% foi na faixa etária dos 10 aos 19 anos (BRASIL, 2006). Entretanto, entre os anos de 2000 a 2009, o número de partos em adolescentes diminuiu para 34,6 %, e o que pode ter contribuído para esta diminuição foi a atuação dos profissionais de saúde nas políticas de planejamento familiar (BRASIL, 2010). Vale considerar que os dados se relacionam aos usuários do SUS, que concentra maior número de pessoas de classes sociais menos favorecidas economicamente.

Nesta direção, observam Andrade, Ribeiro e Silva (2006) que a gravidez na adolescência não está restrita apenas a uma classe social ou grupo populacional, sendo observada em todas as classes sociais, com acentuada incidência nas classes menos favorecidas.

Um estudo descritivo e comparativo entre mães adolescentes de nascidos vivos, atendidas em três maternidades do sistema público e em três do sistema privado, no município de Ribeirão Preto, no período de 2000 a 2002, verificou que dos 5286 nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos), 80,3% ocorreram em maternidades públicas e 11,7% em maternidades particulares. O estudo foi realizado por meio de informações contidas no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo (SMS-RP/SP). A caracterização do perfil social, econômico e obstétrico das mães adolescentes com base nos resultados apontou que as usuárias do sistema público fizeram menor número de consultas de pré-natal, possuíam menor escolaridade, tinham maior paridade e o parto normal foi mais frequente. No privado, foi maior o número de atendimento de pré-natal, a

escolaridade, a primiparidade e o parto cesariano. Tais disparidades demonstram a influência das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, na educação formal e na perpetuação do ciclo de pobreza-gravidez precoce-pobreza (BARALDI et al., 2007).

Sobre isso, Oliveira (1998) observa que a gravidez na adolescência envolve uma intrincada rede de fatores que confere um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente àquelas que pertencem a classes populares. O risco à saúde da mãe e da criança são reais, considerando que nem sempre o corpo da adolescente está preparado fisiologicamente para o desenvolvimento da gestação, podendo predispor a hipertensão, hemorragias, disfunção uterina, complicações e morte perinatais da mãe e da criança, bem como a prematuridade desta última (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

Outros riscos, além do biológico, também são apontados como a falta de competência emocional e o risco socioeconômico, que podem trazer agravantes na condução do ciclo gravídico puerperal, no cuidado com o recém-nascido e ainda no autocuidado materno (FROTA; MARCOPITO, 2004).

Assim, considera Oliveira (1998) que a gravidez na adolescência poderia ter seu impacto reduzido se as adolescentes tivessem um adequado acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério. A autora reforça que um bom acompanhamento pré-natal auxiliaria as gestantes no enfrentamento de outro fator de risco - para ela e para o bebê - igualmente ou mais importante que o biológico, o risco socioeconômico. Autores como Magalhães et al. (2006) consideram que a ocorrência da assistência pré natal inadequada ou tardia está entre os fatores que podem contribuir significativamente para agravos à saúde da mãe adolescente e para o seu filho.

Nesta direção, a maioria das investigações tem centrado sua análise na assistência pré-natal à adolescente, em termos da sua adequação quanto ao período de início do acompanhamento e ao número de consultas realizadas, sendo pouco frequentes avaliações sobre a qualidade da assistência (GAMA; SZWARCWALD; LEAL, 2002).

Segundo Pisco (2006), avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir, não se tratando apenas de conhecer os diversos aspectos de uma situação. Apesar da avaliação de serviço ser uma preocupação antiga (FRANCO; CAMPO, 1998), na atualidade, tem sido retomada, visto que viabiliza o conhecimento e o aprimoramento de atividades para a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao usuário.

Pensar na qualidade de assistência no Pré-Natal remete ao Programa que o Ministério da Saúde instituiu em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Tal programa prioriza o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à

saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, a atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada torna-se fundamental para a saúde materna e neonatal, a fim de que os coeficientes de mortalidade sejam diminuídos (BRASIL, 2005). O atendimento pré-natal deve estar organizado para atender as necessidades de toda a população de gestantes, utilizando conhecimentos técnico-científicos, meios e recursos adequados disponíveis. A estrutura física da instituição deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes (FEBRASGO, 2005). Estas são perspectivas genéricas a todas as mulheres gestantes, não havendo qualquer especificação a gestante adolescente.

Na prática, um dos aspectos que tem chamado a atenção para este grupo é o fato de que, para a adolescente, "a consulta inicial gera grandes expectativas, que vem carregada de dúvida, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiança de como será o atendimento pelo profissional" (BRASIL, 1993, p. 13).

Para a adesão da adolescente ao espaço que lhe é oferecido, é necessário permitir que ela seja ouvida, possa expor suas ideias, sentimentos e experiências e que também seja respeitada e valorizada (JEOLÁS; FERRARI, 2003). Exige-se, portanto, que o profissional de saúde tenha um enfoque mais amplo, não apenas nos aspectos técnico e biológico, mas também nos aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais, políticos, nos valores e comportamentos.

Um papel primordial dos profissionais envolvidos no atendimento Pré-Natal é a escuta atenta da cliente, transmitindo-lhe apoio e confiança necessários para que possa conduzir com autonomia sua gestação e parto. Os profissionais devem ter competência teórica e técnica para desenvolver a assistência pré-natal, que pode ser realizada por médicos e enfermeiros. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, uma vez que a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) e o Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987) proporcionam e garantem legalmente a realização desse tipo de ação.

Vale considerar que a concepção de risco historicamente atribuída à gravidez na adolescência tem conduzido os profissionais de saúde a terem uma visão reducionista e negativa deste evento, ou seja, de não contemplar outros aspectos. Muitas vezes, a gravidez na adolescência constitui uma possibilidade de busca da autonomia e responsabilidade, no desejo consciente de ser mãe ou pai, e até mesmo em uma fonte de satisfação (PANTOJA, 2003; GONTIJO; MEDEIROS, 2008). Nesta direção, a gravidez precoce pode se apresentar como

evento desejável para a adolescente, como afirmação de sua "maturidade sexual" e a própria vontade de mudar de vida e o contexto socioeconômico cultural em que vive, não sendo capaz de refletir e racionalizar sobre as consequências das atitudes decorrentes do seu comportamento sexual (SILVA et al., 2009).

A gravidez pode se apresentar, portanto, como perspectiva de obtenção de *status* social para as adolescentes, visto que, nas camadas socioeconomicamente mais desfavorecidas, as influências culturais, de gênero e idade possuem significados de como as divisões de papéis frente à gravidez se desenvolvem (OLIVEIRA, 2008). Neste sentido, a mesma autora reforça que se deve procurar entender a posição do adolescente na sociedade e sua relação com a ocorrência da gravidez.

Por meio da interação do profissional com a adolescente, pode-se promover o melhor entendimento do processo da gestação, proporcionando uma assistência com caráter participativo e educativo. É importante ressaltar que o vínculo estabelecido entre o profissional e sua clientela reflete diretamente na adesão ao pré-natal, o que permite melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas (BRANDEN, 2000).

Estas questões não devem ser, principalmente, ou tão somente de competência da área da saúde na reorganização de ações assistenciais. Diante de tal realidade, nos últimos tempos, sugiram políticas intersetoriais e de proteção integral a esta faixa etária, enquanto sujeitos de direitos. A garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na adolescência como direito do cidadão tem sido um compromisso prioritário e presente tanto na agenda nacional quanto internacional de atenção à saúde do adolescente. Desta forma, a questão o adolescente, enquanto sujeitos de direitos, deveria nortear a discussão, implantação e implementação de ações voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde sexual e saúde reprodutiva.

Destaco, com relação à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, importantes marcos legais internacionais, como a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (UNITED NATIONS, 1994) e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (UNITED NATIONS, 1989). Estes documentos asseguraram o direito à educação sexual e constituíram bases fundamentais para a orientação e implementação de políticas públicas brasileiras. Desta forma, garante-se uma nova concepção de saúde, na qual as decisões sobre a vida sexual e reprodutiva e as plenas condições para o seu exercício, de maneira livre e segura, sejam garantidas como direitos fundamentais assegurados pelo Estado.

No Brasil, destaco como política majoritária para garantia dos direitos dos adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Embora não trate especificamente do direito à saúde sexual e reprodutiva, trata do direito à saúde integral e ao acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, especificamente com relação à saúde da adolescente e à atenção à gravidez na adolescência, evidencia-se a então política norteadora do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) na década de 90 (BRASIL, 1996), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004) e documentos do Ministério da Saúde como Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes (BRASIL, 2005a) e o Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2006).

Somam-se a estas políticas os documentos sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005b), com vistas a estabelecer diretrizes para garantir os direitos em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.

Vale considerar que, desde a década de 1980, a integralidade tornou-se parte das propostas de reformas de programas, como PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e como diretriz do SUS. Constituem, assim, um atributo relevante para os estudos de avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, aqueles direcionados para a atenção primária à saúde.

Define-se "Atenção Primária à Saúde como um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde" (ALEIXO, 2000). Entretanto, o correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, coordenação-integração de cuidados, coordenação-sistemas de informação, integralidade- serviços disponíveis, integralidade-serviços prestados, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 1992).

Os atributos de uma Atenção Primária à Saúde (APS), como proposto por Starfield (1992), são qualidades essenciais que se colocam como desafio a ser alcançado. Explorá-lo em todas as suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços, particularmente na assistência pré-natal prestada às adolescentes, que constituiu o objeto do presente estudo. Quanto mais um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, mais ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adstrita.

Como médica pediatra e atuando na gestão e planejamento das ações programáticas do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, em conjunto com o Programa de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, tenho me deparado com a necessidade de conhecer a situação da gravidez na adolescência em nosso município e a atenção pré-natal a este grupo específico. Vale considerar que no Plano Municipal de Saúde ano 2009 – 2012, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, as ações voltadas a gravidez na adolescência estão em foco, particularmente visando reduzir a sua ocorrência.

Questiono como as adolescentes têm sido assistidas no pré-natal da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde.

Acredito que a elucidação desta questão permitirá trazer subsídios para orientar a formulação de estratégias de ação e capacitação de recursos humanos ao atendimento às adolescentes gestantes em sua integralidade, contribuindo para melhoria desse indicador nos serviços pré-natais do município de Ribeirão Preto.

2 DELINEAMENTO

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Gravidez na adolescência e a atenção pré-natal

A adolescência é etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento biopsicossocial. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei n.° 8.069/90 (BRASIL, 1990), adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa fase se delimita como a segunda década da vida (10 aos 19 anos), e a juventude é caracterizada como o período que vai dos 15 aos 24 anos (OMS, 1995).

Etimologicamente "adolescer" significa "crescer para", nesse sentido, a adolescência não pode ser considerada um período de transição e sim, como observa Osório (1992), é uma parte de um processo de maturação biopsicossocial do indivíduo, embora não se inicie na mesma época, nem tenha a mesma duração em todos os indivíduos.

O início da adolescência se caracteriza pela maturação sexual, introduzida pela puberdade, com aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal e evolução da maturação sexual, portanto a puberdade é um parâmetro universal, já a adolescência é um fenômeno singular, caracterizado por influências socioculturais, que vão ocorrendo por meio de constantes mudanças de caráter social, sexual e de gênero ideológico e vocacional (BRASIL, 2005a).

Na adolescência, as descobertas relacionadas à sexualidade nem sempre são acompanhadas por amadurecimento afetivo e cognitivo, o que a torna uma etapa de extrema vulnerabilidade. Desta forma, muitos adolescentes iniciam o seu papel sexual sem haver adquirido os conhecimentos e valores suficientes, que lhe assegurem uma vida sexual tranquila e responsável, deparando-se frequentemente com situações difíceis como gravidez não planejada ou não desejada (ARGOTA et al., 2009).

Acresça-se a isto o fato de que, em nossa sociedade, existem conceitos estigmatizadores que associam à adolescência a noção de crise e responsabilidade, um problema social a ser resolvido. Neste sentido, a maternidade na adolescência se configura como um problema de saúde pública no Brasil e em outros países, sendo, portanto, necessário entender sua complexidade e os fatores a ela associados, que tornam os jovens vulneráveis à ocorrência de uma gravidez precoce e a elevação do número de gestações.

Gurgel et al. (2008) realizaram um estudo bibliográfico sobre gravidez precoce e verificaram que os autores apresentam como fatores associados à vulnerabilidade dos adolescentes para uma gravidez precoce: a menarca precoce, iniciação sexual precoce, conflitos familiares, fatores psicossociais, baixa auto-estima, maus-tratos, baixa qualidade de vida, portanto, estes fatores afetam as suas necessidades humanas básicas. Ainda observam as autoras uma diversidade na compreensão da vulnerabilidade, ou seja, autores como Campos e Campos (2006) e Ayres et al. (2006), ancorados em um conceito de saúde mais amplo, consideram ser importante analisar a gravidez na adolescência tendo como perspectiva de prevenção as concepções de vulnerabilidade voltadas para as suscetibilidades populacionais, respostas sociais pela capacidade de mobilização e participação, considerando as três dimensões: individual, social e programática.

A dimensão individual é dirigida aos valores, crenças, desejos, atitudes, relações interpessoais, comportamento e conhecimento; a dimensão social considera as normas sociais, referências de cultura, raça/etnia, relações entre as gerações e acesso aos mais diversos bens e serviços; e a modalidade programática e institucional é voltada para os compromissos políticos e de governo, controle social, sustentabilidade, enfoque interdisciplinar, planejamento e execução das políticas de saúde, tomando como base os princípios do SUS.

Segundo Serruya et al. (2004), o pré-natal se apresenta como *lócus* de vulnerabilidade da assistência à mulher, seja ela adolescente ou não, onde a convergência de outras variáveis como renda, região, localização e anos de estudo potencializam a exclusão da mulher. Nesta direção, na literatura científica, o pré-natal de qualidade é condição primeira para assistência, tendo em vista o aumento do risco obstétrico que permeia a gravidez precoce, especialmente pela presença da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações no parto.

Entretanto, a literatura evidencia não haver consenso se as complicações da gravidez na adolescência advêm de fatores biológicos ou socioeconômicos. Os fatores socioeconômicos incluem a baixa escolaridade, repetição de padrões familiares, fragilidade da tutela familiar, necessidade de atingir o *status* de adulto, carência afetiva, conhecimento insuficiente acerca dos métodos contraceptivos, influência da mídia, entre outros (MAGALHÃES et al., 2006; MAUCH et al., 2005).

Observam Silva, Chinaglia e Surita (2006) que há controvérsia sobre os dados que evidenciam que a taxa de mortalidade é duas vezes maior entre as adolescentes em relação às mulheres entre 20 e 34 anos, bem como ser mais elevada a mortalidade neonatal, a

prematuridade e baixo peso ao nascer, quando os associam principalmente à inadequada assistência pré-natal comum nessa faixa etária.

Segundo Vitiello (1981), as patologias clínicas encontradas na gestação e parto de adolescentes não diferem significativamente comparadas às mulheres adultas. Segundo o mesmo autor, o temor de assumir a gestação seria o motivo para afastar as adolescentes da assistência pré-natal, e a falta desta assistência seria a causa de maiores complicações clínicas e obstétricas apresentadas.

Neste sentido, no pré-natal são tomadas medidas preventivas de grande importância para garantir boas condições de saúde para a mãe e para o bebê. A maior parte dos problemas biológicos pode ser prevenida com o pré-natal adequado, entretanto, com frequência, as adolescentes não conseguem realizá-lo por várias razões, quer relacionadas à adolescente, à família ou aos serviços de saúde (SILVA; CHINAGLIA; SURITA, 2006).

Particularmente no que se refere ao serviço de saúde, embora exista reconhecimento das peculiaridades da gravidez entre adolescentes, requerendo uma atenção multidisciplinar, referem Cavalcanti et al. (2001) que o julgamento sobre a conduta da adolescente por parte do profissional de saúde pode impedir o atendimento adequado e distanciar a adolescente do pré-natal. Reforçam os autores que é preciso atendê-la em suas necessidades e, para tanto, precisa-se vencer o preconceito e entender que a adolescente tem sua singularidade própria da fase, e o papel do profissional é compreender não somente o fato da gestação e sim o processo como um todo.

É diante deste cenário que a Atenção Primária à Saúde se apresenta como estratégia de organização necessária para mudanças no modelo assistencial, produzindo estratégias de cuidados menos invasivas e mais dialógicas, com produção de autonomia para os sujeitos.

2.2 Atenção Primária à Saúde: a qualidade no cuidado pré-natal às adolescentes

A declaração de Alma-Ata de 1978, aprovada pela OMS em 1979, já apontava a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos, de acordo com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (ALEIXO, 2000).

No Brasil, um primeiro passo na direção da APS revelou-se com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, e posteriormente como uma estratégia importante para a

universalização do direito à saúde, que seguiu a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes legais do SUS de âmbito nacional, previstas na Constituição Federal no ano de 1988 (BRASIL, 1988), ou na Lei Federal 8080/90 (BRASIL, 1990a), como universalidade; integralidade das ações; descentralizações, com ênfase na municipalização, focando atenção primária, permitiram enxergar as necessidades da população com ampliação de seu acesso. Neste cenário, o Programa da Saúde da Família (PSF) foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido em conformidade com o SUS.

Uma análise do conceito de APS foi feito por Giovanella (2008), em que observa distintas interpretações, sendo que a implementação de diferentes concepções está condicionada pelo modelo de proteção à saúde em cada país. A interpretação mais comum em países europeus é de que este tipo de atenção garanta o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde não especializado, incluindo amplo espectro de serviços clínicos para resolver a maioria dos problemas da população.

A segunda interpretação se refere ao programa focalizado e seletivo, com restrição de serviços. O objetivo é cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundários e terciários. A terceira interpretação denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado, centrado na Atenção Primária à Saúde, com garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

A mesma autora discute a trajetória da APS no Brasil enquanto política de reforma setorial. Nos países em desenvolvimento, a APS, em geral, foi implementada em sua forma seletiva por iniciativa e financiamento de agências internacionais. A APS passou a incluir um pacote de intervenções de baixo custo para controle de determinados agravos. O pólo participativo/democrático da proposta foi negligenciado e ocorreu a exacerbação do pólo tecnocrático, com racionalização de práticas e seleção de algumas atividades custo-efetivas, portanto a APS é seletiva, correspondendo ao modelo focalizado (GIOVANELLA, 2008).

A autora chama atenção para a restrição do conjunto de serviços e cobertura segmentada, que atenta contra o direito universal à saúde. A extensão de cobertura em saúde vem ocorrendo em diversos países da América Latina, por meio de seguros para certos grupos específicos, como o materno-infantil. No Brasil, o que se evidencia é uma situação complexa, em que o sistema formalmente universal expandiu a cobertura para amplas parcelas da população antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda insuficiente, mas que

não pode ser considerada como residual. Neste contexto de serviço público, existem esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação (GIOVANELLA, 2008).

Apesar da tendência ao fortalecimento da APS como política de reorganização do modelo assistencial no Brasil, na prática, carece de credibilidade dos profissionais e pacientes e prestadores, o que, segundo Conill[2] (2008 apud Giovanella, 2008, p.23), depende de mudanças culturais e na formação dos profissionais, acrescido também do fortalecimento da concepção da APS no campo da construção do conhecimento, visto que ainda é pouco explorado pela academia, particularmente na avaliação da qualidade dos serviços com base em seus atributos.

Segundo Campos (2005), os estudos de qualidade aplicados à Atenção Primária à Saúde usualmente seguem os modelos desenvolvidos para a avaliação da qualidade em saúde, baseados na produção de cuidados hospitalares voltada para o tratamento de doenças.

No entanto, a atenção primária à saúde de qualidade deve garantir a adesão e continuidade do cuidado e produzir autonomia para os sujeitos suportados pelo eixo democrático/participativo (STARFIELD, 1992). Segundo Starfield (1992), existem seis princípios que devem ser obedecidos e respeitados quando se busca a qualidade do serviço aplicado a APS, tais como:

- Primeiro contato: é o acesso ao uso dos serviços para o qual se procura atenção à saúde;
- Longitudinalidade: é o aporte regulador e consistente de cuidados pela equipe de saúde, em um ambiente humanizado de relação mútua entre equipes de saúde, indivíduos e famílias;
- Integralidade: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população, tanto no que se refere a problemas biológicos, psicológicos e sociais que acusam a doença;
- Coordenação: a capacidade de garantir a continuidade da atenção;
- Focalização na família: considerar a família como sujeito da atenção e conhecimento integral dos seus problemas de saúde;
- Orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva.

[2] CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S16, 2008. Suplemento 1.

Tendo por base a perspectiva da APS, reporto-me ao objeto deste estudo, o cuidado pré-natal às adolescentes. Em consonância com o contexto maior das políticas de saúde desencadeadas após o movimento da Reforma Sanitária, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BARSIL, 2000) e a Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 (BRASIL, 2000a) do Ministério da Saúde, foram instituídos com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Tal programa está fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal, tendo como grande desafio a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2000).

Na busca pela qualidade do cuidado no pré-natal, definiram-se os procedimentos mínimos para assistência adequada, estabeleceu-se um sistema informatizado de controle (SisPreNatal) para o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHNP do Sistema Único de Saúde, cadastrando a gestante na primeira consulta, acompanhando-a até o puerpério. Outras medidas implementadas foram: a limitação de percentual no pagamento de cesarianas e um sistema de atenção a gestantes de alto risco (BRASIL, 2000).

Quanto à assistência à gestação, o PHPN/2000 determina os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória em uma consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

Uma avaliação nacional realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), realizado em diferentes municípios brasileiros, sobre a adesão ao Programa e produção de procedimentos completos, identificou fragilidades funcionais na efetividade das ações entre pré-natal e o parto, a reduzida realização de exames complementares no terceiro trimestre de gestação e a escassez de consulta no puerpério, além da diretriz da humanização do parto, que não está sendo cumprida. É importante salientar que, no contexto atual da prática assistencial, os profissionais de saúde orientam as suas ações na lógica predominantemente biomédica e funcionalista, dissociada da proposta do Programa.

Diante desse panorama de serviço de saúde e da peculiaridade da clientela, ou seja, gestantes adolescentes, é preciso investir em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo para produzir mudanças no interior do sistema e transformações das pessoas e de suas práticas, de modo a privilegiar o acolhimento, o vínculo, o contrato e a autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado, como estratégias de transformação do sistema.

A formação de trabalhadores tem de ser voltada para uma perspectiva crítico reflexiva, permitindo a avaliação de suas práticas e a propositura de práticas inovadoras dentro do contexto em que atuam, levando em conta a peculiaridade da população e a pactuação de ações factíveis, além da discussão em grupo, com avaliação e monitoramento constante das proposições.

Sob os princípios da APS, o pré-natal, como primeiro acesso das adolescentes grávidas ao serviço de saúde, deve potencializar esforços, possibilitar a programação e a organização desses serviços, considerando as características individuais e os critérios biológicos e psicológicos que envolvem a adolescência, permeando políticas públicas de desenvolvimento coletivo que incorporem estratégias e que explorem ao máximo a habilidade dessas adolescentes nos serviços em que são atendidas, possibilitando dar condições para enfrentamento e resolução dos problemas, garantindo a mudança das práticas através da percepção e sensibilização dos profissionais que atuem nos serviços de saúde com gestantes adolescentes.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Avaliar a atenção pré-natal a adolescentes em unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP, segundo os atributos da APS.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a distrital de saúde de maior contingente de usuárias gestantes adolescentes, tendo como fonte de dados secundários a Declaração de Nascido Vivo (DNV) 2010;
- Analisar a presença e extensão dos atributos da APS na atenção pré-natal as adolescentes, a partir da experiência dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atuam nas unidades de saúde de maior contingente de gestantes adolescentes.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional e descritivo de abordagem quantitativa que foi realizado nas unidades de saúde que prestam atendimento pré-natal a adolescentes que fazem parte do sistema organizado e hierarquizado do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.

4.1 Local do estudo

Ribeirão Preto é um município localizado ao nordeste do estado de São Paulo. Sua população é de 604.608 mil habitantes (BRASIL, 2010a). Dispõe de uma ampla rede pública de prestação de serviços, tanto em atenção básica, quanto em atenção especializada e de alta complexidade.

Quanto ao equipamento de saúde, atualmente a rede municipal é dividida em distritos de saúde e tem em sua estrutura cinco Unidades Distritais de Saúde (UBDS) e 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 Unidades de Saúde da Família (USF), 29 Equipes de Saúde da Família e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As unidades estão distribuídas segundo o organograma da Figura 1 (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Ainda conta com um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAMII), um Laboratório do Município (Patologia e Citologia), um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA 59), três Centros de Referências em Moléstias Infecto Contagiosas, um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), três Ambulatórios de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad, um Centro de Atenção Psicossocial CAPS III, um Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, um Centro de Atenção Psicossocial CAPS i (Infantil), 17 Residências Terapêuticas, um Centro de Saúde do Trabalhador, cincos Centros Distritais de Vigilância em Saúde, Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos, Divisão de Controle de Zoonoses e duas Farmácias Populares (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Em relação aos prestadores de serviços hospitalares, a rede é composta pelos seguintes hospitais: Fundação Santa Lydia, Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição, Hospital São Francisco S/C Ltda, Universidade de Ribeirão Preto, Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo (Campus e Unidade de Emergência), Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (Santa Tereza), Centro de Referência da Saúde da Mulher, sendo que as quatro instituições finais são serviços que estão sob gestão Estadual que compõe a rede de assistência à saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

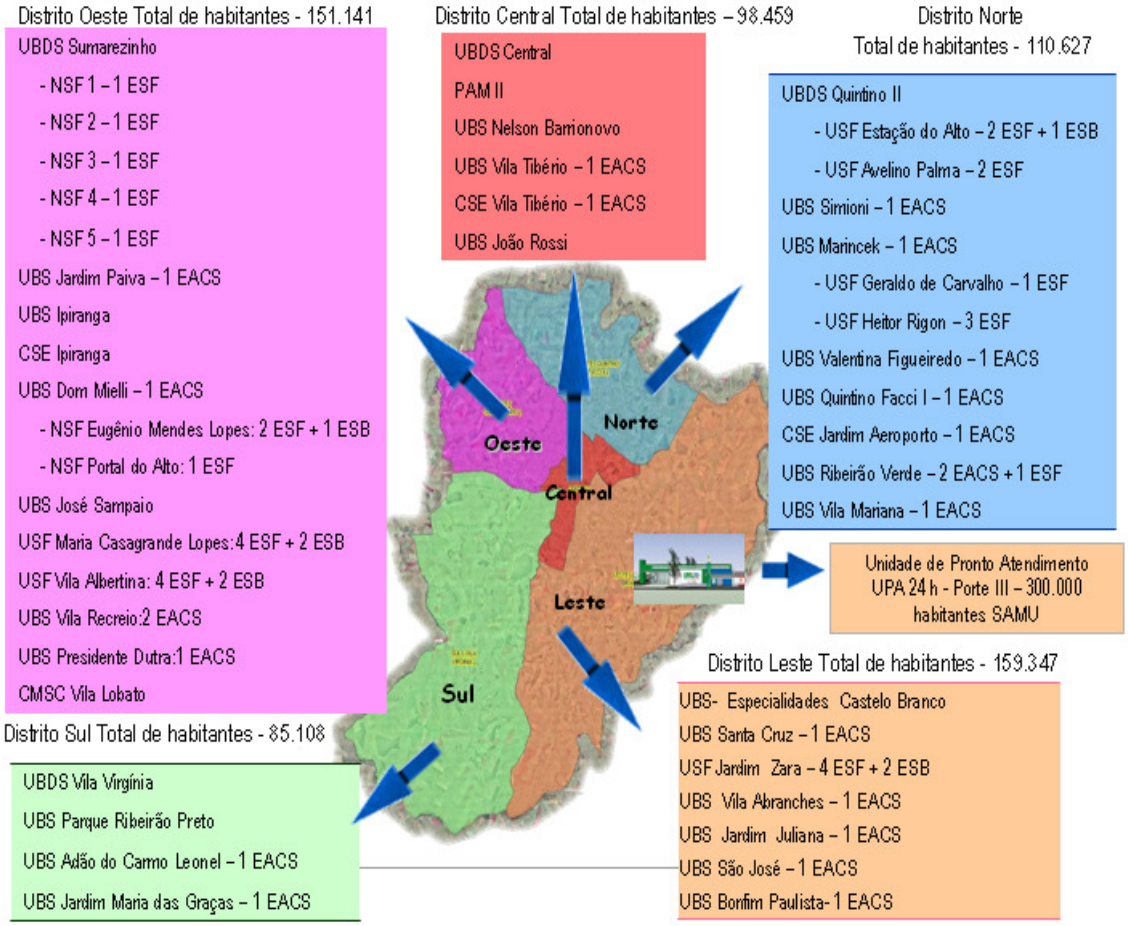

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2012.
Fonte: RIBEIRÃO PRETO, BRASIL, 2012.

O cenário do presente estudo foi a distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP de maior contingente de usuárias gestantes adolescentes, tendo como fonte de dados secundários a Declaração de Nascidos Vivos de 2010. Desta forma, o estudo foi desenvolvido nas Unidades que compõem a Distrital Norte do município de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

O referido distrito conta com: uma Unidade Básica Distrital de Saúde, um Centro Saúde Escola (CSE), seis Unidades Básicas de Saúde e quatro Unidades de Saúde da Família, que são a porta de entrada do sistema para início do pré-natal das adolescentes até a 36° semana de gestação, quando então são referenciadas para o seguimento nas três maternidades públicas do município pelo Projeto Nascer (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

As unidades básicas participantes da pesquisa foram: CSE Jardim Aeroporto, UBS Marincek, UBS Quintino Facci I, UBS Ribeirão Verde, UBS Simioni, UBS Valentina Figueiredo, UBS Vila Mariana, USF Avelino Alves Palma, USF Estação do Alto, USF Geraldo Correia de Carvalho e USF Heitor Rigon.

4.2 População e critérios de inclusão

A população analisada foi constituída profissionais médicos e enfermeiros que atendem diretamente as adolescentes no pré-natal. Neste estudo, consideramos adolescentes com idade de 10 a 19 anos, conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995).

Do referido estudo participaram 11 unidades de saúde (um CSE, seis UBS e quatro USF). Em relação aos profissionais de enfermagem, no CSE atuam dois enfermeiros, nas UBS atuam treze e nas USF sete, no total de 22 enfermeiros. Todos foram convidados para participar da pesquisa, porém dois profissionais entraram de licença médica e um profissional se recusou a participar da entrevista, totalizando 19 enfermeiros participantes da pesquisa.

Em relação aos profissionais de medicina, no CSE atuam três médicos, nas UBS atuam doze e nas USF sete, no total de 22 médicos que atendem diretamente as adolescentes no pré-natal. Todos foram convidados para participar da pesquisa, porém não conseguimos aplicar os questionários com cinco médicos, devido ao fluxo do serviço. A exclusão destes sujeitos ocorreu após três tentativas de agendamentos da entrevista, conforme critério estabelecido, totalizando 17 médicos participantes da pesquisa.

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que foram convidados e aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram profissionais que não atuassem diretamente com as adolescentes no pré-natal, três agendamentos sem sucesso e profissionais que não aceitaram participar da pesquisa. Desta forma, participaram do estudo 36 profissionais de saúde.

4.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a). Dessa forma, foi inicialmente obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades de Saúde investigadas e posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob o número de protocolo 1188/2010 (ANEXO A)**.** Todos os participantes que cumprirem os critérios de inclusão foram convidados a fazerem parte da pesquisa através da leitura, pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, frente ao aceite, foi solicitada ao sujeito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi garantida ao participante uma cópia deste Termo, devidamente assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado.

4.4 Coleta de dados e variáveis do estudo

Após identificação da distrital de saúde de maior contingente de adolescentes grávidas no ano base de 2010, foi identificado o número de médicos e enfermeiros que atendiam ao critério de inclusão, procedendo ao convite para participar da pesquisa. Após o aceite dos sujeitos, foi realizado previamente um agendamento, pela pesquisadora, por telefone, em dia e horário acordado entre entrevistado e entrevistador. No momento da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no qual está explícito o objetivo da pesquisa, o sigilo dos dados pessoais, ausências de danos e o direito de não participar ou de interromper a pesquisa durante seu processo. Foi solicitado o aceite, confirmado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias.

Variáveis do estudo:

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: foram anotados anos completos e foram analisados em intervalos de dez anos;
- Formação superior (tipo, instituição, ano de conclusão): graduação, especialização/residência, pós-graduação (mestrado, doutorado);

- Tempo de formação: foram anotados os anos de formado;
- Tempo de Experiência: foram anotados os anos, meses para cada experiência: na rede básica de saúde, na unidade básica de saúde e no serviço pré-natal;
- Tipo de atividade funcional na unidade em que atua: conforme categoria funcional do funcionalismo público municipal;
- Atributos da APS: inclui a mensuração da presença e extensão dos atributos mediante resposta do tipo Likert com escores com intervalo de 1-4 para cada atributo, sendo quatro essenciais: (Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade) e dois atributos derivados (Orientação familiar e Orientação comunitária), através de instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool-Brasil) versão profissionais.

Na presente pesquisa, usamos um instrumento de caracterização dos sujeitos do estudo (APÊNDICE B) e o instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão profissional (ANEXO B). Tal instrumento promove uma medida de base individual acerca da estrutura e do processo de atenção na APS (BRASIL, 2010b). Uma vez que nosso interesse, no presente estudo, está voltado para os aspectos estruturais e para o processo da atenção nos serviços de saúde, utilizamos somente os atributos essenciais do instrumento, que permitem tal avaliação.

4.5 Instrumento

O instrumento *Primary Care Assessment Tool* foi desenvolvido por Barbara Starfield et al. (2000) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*. Criado com base no modelo de avaliação de serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian (2005), o instrumento possui originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde, como também ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Ele mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e três atributos derivados da APS (BRASIL, 2010b).

Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. O instrumento foi inicialmente validado nos Estados

Unidos, Espanha, Canadá e Coréia do Sul (HAGGERTY et al., 2008; HARZHEIM et al., 2006; LEE et al., 2009; PASARÍN, 2007). Sua primeira tradução e validação no Brasil foi a partir de um estudo realizado para avaliar a rede básica de saúde do município de Petrópolis-RJ em 2004 (MACINKO; ALMEIDA; SA, 2007). Já em 2006, outra validação foi realizada por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir desta validação, o instrumento recebeu a denominação de *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil* (HARZHEIM et al., 2006).

No instrumento validado no Brasil, cada atributo essencial é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, o que pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato, formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

A adaptação do instrumento à realidade brasileira passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debrienfing* e validação de conteúdo e de construto, além de análise de confiabilidade (HARZHEIN et al., 2006). O processo de validação do instrumento da versão criança e adulto já estão concluídos, porém a versão para profissionais está em processo de validação, mas, segundo os autores, é possível o uso de uma versão em espelho para adultos, com acréscimo de itens do atributo integralidade da versão criança.

Descrição do instrumento conforme os atributos, seguindo a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992):

Os atributos essenciais:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências;
- Longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação impessoal intensa, que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;
- Integralidade: conjunto de serviços disponíveis e que prestam atendimento de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para os usuários do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades da APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais;

- Coordenação da atenção: capacidade de garantir a continuidade da atenção, seja por atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado ao cuidado global do paciente.

Atributos derivados:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): considera a família como sujeito da atenção e conhecimento integral de seus problemas de saúde. Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- Orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva (através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços);

O instrumento é composto por 77 itens, divididos em oitos componentes, segundo a relação de atributos da APS:

- **Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (A)**: constituído por 09 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, e A9).
- **Longitudinalidade (B)**: constituído por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
- **Coordenação-Integridade de Cuidados (C)**: constituído por 06 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
- **Coordenação-Sistema de Informação (D)**: constituído por 03 itens (D1, D2, D3).
- **Integralidade- Serviços Disponíveis (E)**: constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
- **Integralidade - Serviços Prestados (F)**: constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
- **Orientação Familiar (G)**: constituído de 03 itens (G1, G2 e G3).
- **Orientação Comunitária (H)**: constituído por 06 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

No presente estudo, foi usada versão em espelho para adultos, com acréscimo de itens do atributo integralidade da versão criança, conforme indicado pelos autores, bem como em sua forma reduzida, que incluiu os 05 primeiros atributos (A, B, C, D e E).

Os atributos integralidade dos serviços prestados (F), orientação familiar (G) e orientação comunitária (H) não foram incluídos neste estudo. Tal exclusão refere-se, aos seguintes aspectos listados:

- Atributos de integralidade dos serviços prestados (F): as questões referentes a crianças e adolescentes incluíam perguntas para menores de 18 anos e, neste estudo, consideramos adolescentes mulheres com idade de 10 a 19 anos. Ainda em relação a este atributo, as perguntas não contemplavam aspectos específicos da adolescência e também não contemplavam serviços de atenção ao pré-natal ou questões sobre a gravidez;
- Orientação familiar (G): as perguntas deste atributo estão relacionadas às orientações familiares para discutir problemas de saúde, planejar o tratamento e cuidados a familiares doentes. Tais questões referem-se às questões mais amplas, o que não é foco do nosso estudo;
- Orientação comunitária (H): as perguntas deste atributo estão relacionadas ao conhecimento dos problemas de saúde na comunidade, o que também não é o foco do estudo.

Desta forma, para contemplar tais questões, seria necessário uma adaptação do instrumento, o que também não é objetivo deste estudo. Neste sentido, optamos pela forma reduzida do instrumento, sem alterar nenhum conteúdo.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em um banco de dados Excel, utilizando dupla digitação, para eliminar os possíveis erros, e processados no SPSS, versão 12.1.

Para as variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e formação profissional, foram calculadas as medidas de tendência central (média mediana) e dispersão (desvio padrão) e proporções foram utilizadas para variáveis categóricas.

Os dados referentes ao PCATool - Brasil foram analisados estatisticamente conforme apresentado por Harzheim et al. (2006), ou seja, os escores para cada um dos atributos ou seus

componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Em uma escala tipo Likert, os escores têm intervalo de 1-4. Para as respostas, estavam distribuídos da seguinte forma: "Com certeza sim" (valor=4), "Provavelmente sim" (valor=3), "Provavelmente não" (valor=2), "Com certeza não" (valor=1), "Não sei/não lembro" (valor= 9).

Primeiro passo: Inversão dos valores para o item A9, uma vez que ele foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é orientação para APS. Para tanto, o item teve o valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

Segundo passo: Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco ("*missing*") com resposta "9" ("não sei/não lembro") atingir 50% ou mais do total de itens de um componente ("A" a "E"), o cálculo do escore deste componente foi desconsiderado para este entrevistado, ou seja, o escore deste componente para este entrevistado ficou em branco ("*missing*") no banco de dados.

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco ("*missing*") com resposta "9" ("não sei/não lembro") for inferior a 50% do total de itens de um componente, foi transformado o valor "9" para "2" ("provavelmente não"). Esta transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

- <u>Acesso de primeiro contato- Acessibilidade (A):</u> após inversão do valor do item A9, o cálculo para este componente foi feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens (9) para produzir um escore médio.
  Escore= (A1+ A2+ A3+ A4+ A5+ A6+ A7+ A8+ A9)/9
  Tal como neste primeiro atributo, seguiu-se o cálculo para os demais, ou seja,

- <u>Longitudinalidade (B)</u>: o cálculo para este componente foi feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens (13) para produzir um escore médio.
  Escore = (B1+B2+B3+B4+B5+B6+B7+B8+B9+B10+B11+B12+B13)/13

- <u>Coordenação- atributo com 02 componentes:</u>
  <u>Coordenação- Integração de Cuidado (C)</u>: o cálculo para este componente foi feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens (6) para produzir um escore médio.
  Escore: (C1+ C2+C3+C4+C5+C6)/6

Coordenação – Sistema de informação (D): o cálculo para este componente foi feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens (3) para produzir um escore médio.

Escore: (D1+D2+D3)/3

- Integralidade- atributo formado por 02 componentes:

  Neste estudo, usamos somente o atributo Serviços Disponíveis (E): o cálculo para este componente foi feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens (22) para produzir um escore médio.

  Escore= (E1+E2+E3+E4+E5+E6+E7+E8+E9+E10+E11+E12+E13+E14+E15+ E16+E17+E18+E19+E20+E21+E22)/22

Após o cálculo dos escores dos atributos, calcula-se o escore essencial.

- Escore Essencial: é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. Produzindo, portanto, o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Escores ≥ 3 indicam extensão adequada de cada atributo (provavelmente não - negativo = 2 e provavelmente sim –positivo = 3).

  Escore Essencial: (A + B + C + D + E) / 5

No manual, encontra-se também a transformação dos escores. Para transformar os escores em uma escala de 0 a 10, utiliza-se a seguinte fórmula:

Transformação: O escore obtido - 1 (valor mínimo) x 1 ÷ 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

$$\frac{\textbf{(Escore obtido – 1) x 10}}{\textbf{3}}$$

Os escores, originalmente, variando na escala de 1 a 4, foram transformados em escala de 0 a 10, conforme a fórmula acima. O valor 3 na escala de 1-4 é igual ao valor 6,6 na escala

de 0-10 quando realizada a transformação ([3-1] x 10 ÷ 3 = 6,6). Nesta transformação, Escores ≥ 6,6 indicam extensão adequada a cada atributo. Assim, esse valor foi escolhido por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3 ("provavelmente sim"), portanto valores acima de 6,6 representam respostas positivas (CASTRO; KNAUTH; HARZHEIM; HAUSER; DUNCAN, 2012)

Para melhor visualização dos resultados, optamos pela transformação dos escores para a escala de 0-10.

Assim, o instrumento produz escores para cada atributo e também o escore essencial, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

A avaliação da qualidade da atenção pré-natal a adolescentes em unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP está sendo entendida, na presente pesquisa, como a presença e extensão dos atributos essenciais da APS.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Contexto do estudo

Ribeirão Preto abriga uma população estimada em 604.682 habitantes (BRASIL, 2010a), sendo o nono município mais populoso do Estado de São Paulo e o sexto mais populoso do interior do Brasil, superado apenas por Campinas, Uberlândia, São José dos Campos, Feira de Santana e Sorocaba. A população de adolescentes, que engloba a faixa etária entre 10 a 19 anos (OMS, 1995), é estimada em 90694, sendo 45908 do sexo masculino e 44786 do sexo feminino, ou seja, 14,99% da população total do Município é de adolescentes (BRASIL, 2010a).

Neste município, a gestação na adolescência correspondeu a 12,4% do total de 8090 nascimentos em 2010, ano de referencia considerado nesta investigação. Destes 8090 nascimentos, 4478 são oriundos do SUS, dos quais 18,4% foram adolescentes, sendo que o distrito Norte apresentou a maior frequência entre os cincos distritos da cidade, com 22,2% (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

5.2 Caracterização da amostra

O estudo foi desenvolvido nas Unidades que compõem a Distrital Norte do município de Ribeirão Preto, local com maior contingente de usuárias gestantes adolescentes, tendo como fonte de dados secundários a Declaração de Nascidos Vivos de 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Nesta distrital, foram entrevistados 36 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sendo 17 médicos e 19 enfermeiros. Dentre os enfermeiros, um era do sexo masculino (5,2%) e 18 eram do sexo feminino (94,7%). Dentre os médicos, nove eram do sexo masculino (52,9%) e oito eram do sexo feminino (47,05%). Assim, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (72,2%). A idade média foi de 41 anos sendo, a mínima de 28 e a máxima de 61 anos de idade. A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais de saúde, entrevistados segundo sexo, idade e atividade funcional.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto às variáveis sociodemográficas, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Sexo	Masculino	10	27,8
	Feminino	26	72,2
Idade (anos)	≤ 35	13	36,1
	35-l45	09	25,1
	45-l55	11	30,5
	>55	03	8,3
Atividade Funcional	Médico	17	47,2
	Enfermeiro	19	52,8

Em relação ao local de trabalho nos serviços de saúde, 20 (55,6%) profissionais (médicos e enfermeiros) trabalham em Unidade Básica de Saúde (UBS), 13 (36,1%) em Unidade de Saúde da Família (USF) e três (8,3%) no Centro Saúde Escola (CSE). Em relação a cada categoria profissional, dentre os enfermeiros, 10 (52,6%) trabalham na UBS, sete (36,9%) na USF e dois (10,5%) no CSE. Dentre os médicos, 10 (58,8%) trabalham na UBS, seis (35,3%) na USF e um (5,9%) no CSE (Figura 2).

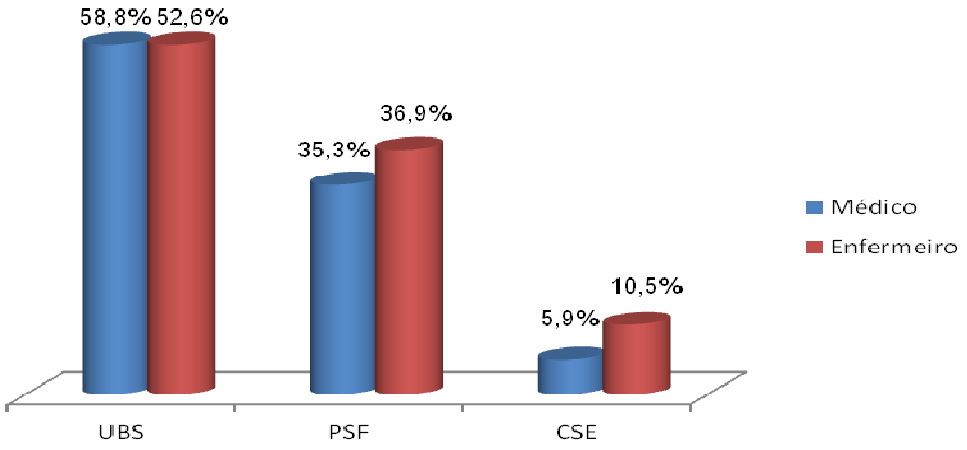

Figura 2 – Distribuição dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao local de trabalho investigado, 2012

No que se refere ao trabalho, foi investigado se os profissionais trabalhavam em um único serviço ou em dois ou mais serviços. Metade dos profissionais trabalha em um único serviço e a outra em dois ou mais serviços. Em relação a cada categoria profissional, dos enfermeiros, 15 (78,9%) trabalham em um único serviço e quatro (21,1%) em dois ou mais serviços. Entre os médicos, três (17,7%) trabalham em um único serviço e 14 (82,3%) em dois ou mais serviços (Figura 3). Vale destacar que, entre os 18 profissionais que trabalham em dois ou mais serviços, 14 (77,8%) trabalham em dois serviços, três (16,7%) trabalham em três serviços e um (5,5%) trabalha em quatro serviços. Dos 14 profissionais, quatro são enfermeiros e o restante são médicos, desta forma, a categoria médica é a que mais trabalha em dois, três e quatro serviços. Os serviços dos quais estes profissionais fazem parte são: consultório particular, coordenação de programa de saúde, docência e assistência em instituições públicas e particulares.

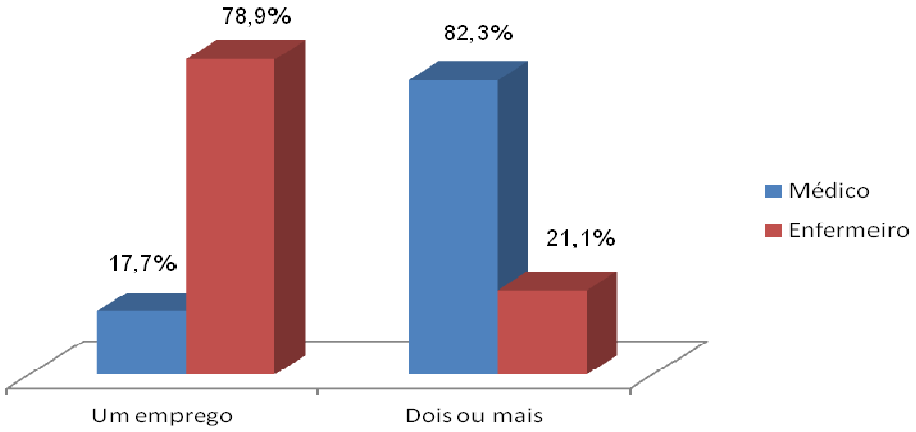

Figura 3 – Distribuição dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao local de trabalho, 2012

Na formação profissional, no que se refere à instituição de formação, entre os enfermeiros (n=19), 13 (68,4%) realizaram o curso em instituições públicas e seis (31,6%) em instituições particulares. Dentre os médicos (n=17), nove (52,9%) realizaram o curso em instituições públicas e oito (47,1%) em instituições particulares. O ano de formação variou de 1976 a 2007. Assim, nota-se que mais da metade dos profissionais tem menos de 25 anos de formado e que há uma concentração maior em menos de 15 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tipo de graduação e ano de conclusão, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Graduação	Medicina	17	47,2
	Enfermagem	19	52,8
Ano de conclusão	1970 a 1979	02	5,6
	1980 a 1989	11	30,5
	1990 a 1999	10	27,8
	2000 a 2007	13	36,1

Ainda em relação à formação profissional, 24 (66,6%) profissionais (médicos e enfermeiros) possuíam uma especialização. Destes, oito profissionais cursaram duas especializações e um cursou até quatro especializações (Tabela 3).

O número de Especializações realizadas foi maior na equipe de enfermeiros (17), comparada a 07 na equipe de médicos. Destaca-se que a especialização em saúde da família se apresenta apenas entre os médicos (03), bem como em Residência em Medicina de Família (02), conforme tabela 4. No entanto, em relação à enfermagem, o maior número de especialização foi na área de saúde pública (08), conforme tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à especialização e ano de conclusão, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Especialização	Medicina	07	19,5
	Enfermagem	17	47,2
	Não fez	12	33,3
Ano de conclusão	1970 a 1979	01	4,3
	1980 a 1989	02	8,7
	1990 a 1999	08	34,8
	2000 a 2009	10	43,5
	2010 a 2011	02	8,7
Especialização Enfermagem	Saúde Pública	08	47,0
	Enfermagem do Trabalho	03	17,6
	Administração Hospitalar	02	11,8
	Licenciatura	02	11,8
	Enfermagem Psiquiátrica	01	5,9
	Enfermagem Oncológica	01	5,9
Especialização Medicina	Saúde da Família	03	42,8
	Ginecologia e Obstetrícia	01	14,3
	Medicina do Trabalho	01	14,3
	Reprodução Humana	01	14,3
	MBA Administração	01	14,3

Em relação à residência, vale destacar que somente a categoria médica realizou esta formação. A ausência de profissionais da enfermagem que não realizaram residência é atribuída a ser um campo novo e com poucos cursos disponíveis (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à residência e ano de conclusão, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Residência	Medicina	15	41,7
	Não fez	21	58,3
Ano de conclusão	1990 a 1999	09	60,0
	2000 a 2009	03	20,0
	2010 a 2010	03	20,0
Área de Residência	Ginecologia e Obstetrícia	12	80,0
	Medicina de Família	02	13,3
	Pediatria	01	6,7

Tabela 5 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=36) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto à pós-graduação e ano de conclusão, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Pós-Graduação Enfermagem	Mestrado	03	8,3
	Doutorado	01	2,8
	Não fez	32	88,9
Ano de conclusão	1990 a 1999	01	25,0
	2000 a 2009	02	50,0
	2010 a 2010	01	25,0
Área de Concentração	Urgência e Emergência	01	25,0
	Saúde Pública	02	50,0
	Enfermagem Fundamental	01	25,0

Em relação à pós-graduação, vale destacar que somente a categoria enfermagem realizou esta formação (Tabela 5).

No que se refere ao tempo de trabalho dos profissionais (médicos e enfermeiros) na rede de saúde de Ribeirão Preto, a média foi de 10 anos, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de 32 anos. No tempo de experiência dos profissionais na assistência pré-natal, a

média foi de 11 anos, sendo o mínimo de dois meses e o máximo de 26 anos. Quanto ao tempo de trabalho na unidade de saúde participante do estudo, a média foi de cinco anos, sendo o mínimo de um mês e o máximo de 18 anos. A caracterização, segundo cada categoria em relação ao trabalho e experiência, está descrita nas tabelas 06 e 07.

Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de saúde da categoria médica (n=17) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tempo de trabalho e experiência, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Tempo de trabalho na rede de Ribeirão Preto (anos)	<1	03	17,6
	01-| 09	09	53,0
	10-| 19	04	23,5
	20-| 29	01	5,9
Tempo de experiência na assistência pré-natal (anos)	01-| 09	09	53,0
	10-| 19	05	29,4
	20-| 29	03	17,6
Tempo de trabalho na unidade de estudo (anos)	< 1	03	17,6
	01-| 09	09	53,0
	10-| 19	05	29,4

Em análise da equipe de médicos e enfermeiros separadamente quanto ao tempo de trabalho na rede, tempo de trabalho na unidade e a experiência no pré-natal, pode-se observar, na tabela 7, que as enfermeiras, em sua maioria, trabalham na rede e têm experiência pré-natal há mais de 10 anos, enquanto, entre os médicos, a maioria trabalha na rede e atua no pré-natal há menos de 10 anos. Em ambas as equipes, a maioria dos profissionais atua na unidade de 1 a 9 anos.

Tabela 7 – Caracterização dos profissionais de saúde da categoria enfermeiro (n=19) que atuam nas unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP quanto ao tempo de trabalho e experiência, 2012

Variáveis	Classe	Frequência	%
Tempo de trabalho na rede de Ribeirão Preto (anos)	<1	01	5,3
	01-| 09	06	31,6
	10-| 19	07	36,8
	20-| 29	03	15,8
	30-| 32	02	10,5
Tempo de experiência na assistência pré-natal (anos)	<1	01	5,3
	01-| 09	06	31,6
	10-| 19	09	47,3
	20-| 29	03	15,8
Tempo de trabalho na unidade de estudo (anos)	< 1	05	26,3
	01-| 09	11	57,9
	10-| 19	03	15,8

5.3 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS)

A tabela 8 apresenta o escore dos atributos e o escore essencial das 11 unidades de saúde participantes da pesquisa. Para o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obteve-se escore 3,5, o que revela um baixo grau de afiliação dos profissionais às unidades a que pertencem. Os demais atributos obtiveram escore forte, ou seja, escores ≥ 6,6 e indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. Desta forma, para Longitudinalidade, o escore foi de 7,1. Para a Coordenação (integração de cuidados), o escore foi de 6,8. Para outra subdimensão do atributo Coordenação (sistemas de informação), o escore foi 7,8 e o atributo relacionado à integralidade (serviços disponíveis) obteve escore 7,2. O escore essencial foi de 6,5

Tabela 8 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde das 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	<	>	média	dp
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	**2,0**	**4,7**	**3,5**	**0,69**
Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?				
Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs?				
Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?				
Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam necessário?				
Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?				
Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?				
Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?				
É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?				
Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o aconselhamento)?				
Longitudinalidade	**5,0**	**9,7**	**7,1**	**1,03**
No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?				
Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?				
Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?				
Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?				
Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?				
Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?				
Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?				
Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?				
Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?				

Continua

Continuação

Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?				
Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?				
Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldade de pagar por elas?				
Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?				
Coordenação - integração de cuidados	**2,3**	**7,3**	**6,8**	**0,34**
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialista ou serviços especializados?				
Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?				
Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?				
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?				
Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?				
Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?				
Coordenação - sistema de informação	**3,3**	**10,0**	**7,8**	**1,72**
Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex: boletins de atendimento de emergência ou relato hospitalar)?				
Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?				
Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?				
Integralidade - serviços disponíveis	**5,0**	**9,3**	**7,2**	**1,05**
Aconselhamento nutricional.				
Imunizações.				
Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.				
Avaliação da saúde bucal.				
Tratamento dentário.				
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.				
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).				

Continua

Continuação				
Aconselhamento para problemas de saúde mental.				
Sutura de um corte que necessite de pontos.				
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.				
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).				
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).				
Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).				
Remoção de verrugas.				
Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).				
Aconselhamento sobre como parar de fumar.				
Cuidados pré-natais.				
Remoção de unha encravada.				
Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex:coma).				
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).				
Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.				
Inclusão em programas de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).				
Escore essencial	**5,0**	**7,7**	**6,5**	**0,67**

A análise dos atributos foi também realizada divida em dois grupos, ou seja, os profissionais pertencentes às Unidades Básicas de Saúde e o Centro Saúde Escola e outro grupo composto pelos profissionais pertencentes a Unidades de Saúde da Família. Tal análise, em separado, possibilita-nos identificar diferenças nos valores dos escores dos atributos da APS, visto que a estratégia da Saúde da Família busca desenvolver práticas que valorizam a promoção da saúde e prevenção das doenças, as ações intersetoriais, a participação social e a integralidade da atenção (BRASIL, 2007a) e, portanto, reúne características potenciais para contemplar os princípios da APS.

Tabela 9 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,0	4,7	3,4	0,74
Longitudinalidade	5,0	8,7	6,8	0,90
Coordenação - integração de cuidados	2,3	7,3	6,8	0,30
Coordenação - sistema de informação	3,3	10,0	7,8	1,69
Integralidade - serviços disponíveis	6,0	9,3	7,3	0,95
Escore essencial	5,0	7,3	6,4	0,58

A tabela 9 apresenta os valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde das Unidades Básicas de Saúde. No atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obteve-se escore 3,4, o que revela baixo grau de orientação para APS dos profissionais da UBS. Os demais atributos obtiverem escore forte, ou seja, escores ≥ 6,6, o que indica forte presença e extensão adequada de cada atributo. Assim, a Longitudinalidade apresentou escore

6,8. Para a Coordenação (integração de cuidados), o escore de 6,8. Para outra subdimensão do atributo Coordenação (sistemas de informação), o escore foi 7,8. O atributo relacionado à integralidade (serviços disponíveis) obteve escore 7,3. O escore essencial foi de 6,4.

Na tabela 10, estão apresentados os valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde nas Unidades de Saúde da Família. No atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obteve-se escore 3,6, o que revela baixo grau de orientação dos profissionais para a APS. Os demais atributos obtiverem escore forte, ou seja, escores ≥ 6,6 indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. Desta forma, para a Longitudinalidade, o escore foi 7,6. Para a Coordenação (integração de cuidados), o escore foi de 7,0. Para outra subdimensão do atributo Coordenação (sistemas de informação), o escore foi 7,8. O atributo relacionado à integralidade (serviços disponíveis) obteve escore 6,9. O Escore essencial foi de 6,6.

Tabela 10 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,7	4,7	3.6	0,57
Longitudinalidade	5,3	9,7	7,6	1,08
Coordenação - integração de cuidados	2,6	7,3	7,0	0,36
Coordenação - sistema de informação	4,3	10,0	7,8	1,84
Integralidade - serviços disponíveis	5,0	9,0	6,9	1,19
Escore essencial	5,0	7,7	6,6	0,83

Verificamos que independente dos modelos de assistência das unidades (UBS e USF), para a maioria dos atributos foi forte a presença e extensão, ou seja, escores ≥ 6,6, somente o atributo de Acesso de primeiro contato (acessibilidade) ficou abaixo do ponto de corte. Ao avaliar o Escore essencial, somente o modelo da USF apresentou maior grau de orientação à APS (Escore essencial 6,6 – Tabela 10). O modelo da UBS apresentou menor grau de orientação à APS (Escore essencial 6,4 – Tabela 9). No conjunto da análise de todos os modelos, ou seja, de todas as unidades de saúde investigadas o Escore Essencial apresentou menor grau de orientação à APS (Escore essencial 6,5 – Tabela 8).

Por constituir a amostra de profissionais de saúde de duas categorias distintas, médicos e enfermeiros, nas próximas tabelas (11 a 16), estão apresentados dados referentes aos escores dos atributos da APS e o escore essencial, analisados em separado, por categoria profissional e serviço a que pertencem (Unidades Básicas de Saúde/Centro Saúde Escola e Unidades de Saúde da Família).

A análise em separado das categorias profissionais de saúde pode evidenciar aspectos diferenciais na formação do médico e do enfermeiro, o que pode se refletir na incorporação e fortalecimento da concepção da APS na sua prática clínica. Nos últimos anos, no Brasil, o campo da Saúde Coletiva trouxe à tona o debate sobre as práticas de cuidado integrais. Reflexos desta discussão colocaram em xeque a questão da formação em saúde, no sentido de organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as "necessidades de saúde" da população.

Tabela 11 - Valores dos escores dos atributos e do escore essencial da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,3	4,3	3,4	0,59
Longitudinalidade	5,0	8,7	7,1	1,13
Coordenação - integração de cuidados	2,3	7,9	7,6	0,38
Coordenação - sistema de informação	6,7	10,0	8,3	1,14
Integralidade - serviços disponíveis	5,3	8,7	7,0	0,85
Escore essencial	5,7	7,7	6,6	0,54

Tabela 12 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,3	4,3	3,4	0,65
Longitudinalidade	5,0	8,7	6,6	1,09
Coordenação - integração de cuidados	2,3	7,9	7,6	0,36
Coordenação - sistema de informação	6,7	10,0	8,3	1,07
Integralidade - serviços disponíveis	6,0	8,7	7,1	0,77
Escore essencial	5,7	7,3	6,6	0,54

Tabela 13 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria médica nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,7	4,3	3,4	0,53
Longitudinalidade	7,3	8,7	7,9	0,57
Coordenação - integração de cuidados	4,6	7,9	7,5	0,21
Coordenação - sistema de informação	6,7	10,0	8,3	1,37
Integralidade - serviços disponíveis	5,3	7,7	6,7	1,00
Escore essencial	6,3	7,7	6,7	0,57

Pode-se verificar que, na análise dos atributos de APS no conjunto dos profissionais médicos (tabelas 11, 12 e 13), no atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obteve-se escore abaixo do ponto de corte, o que revela um baixo grau de orientação dos profissionais para a APS. Os demais atributos obtiverem escore elevado, ou seja, acima de 6,6, que indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore Essencial na categoria foi ≥ 6,6.

Desta forma, em comparação com os modelos de assistência das unidades (UBS e USF), em relação ao Escore Essencial, tanto o modelo da USF (Escore Essencial 6,7) quanto o modelo da UBS (Escore Essencial 6,6) apresentaram grau de orientação à APS.

Tabela 14 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas 11 unidades de saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,0	4,7	3,5	0,78
Longitudinalidade	5,3	9,7	7,1	0,97
Coordenação - integração de cuidados	2,6	7,3	6,3	0,32
Coordenação - sistema de informação	3,3	10,0	7,4	2,05
Integralidade - serviços disponíveis	5,0	9,3	7,4	1,19
Escore essencial	5,0	7,7	6,4	0,76

Tabela 15 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	2,0	4,7	3,3	0,85
Longitudinalidade	5,7	8,0	7,0	0,68
Coordenação - integração de cuidados	3,0	7,3	6,2	0,23
Coordenação - sistema de informação	3,3	10,0	7,4	2,06
Integralidade - serviços disponíveis	6,0	9,3	7,5	1,09
Escore essencial	5,0	7,0	6,3	0,60

Tabela 16 - Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a categoria enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família da Distrital Norte do município de Ribeirão Preto-SP, 2012

Atributos	**<**	**>**	**média**	**dp**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	3,0	4,7	3,8	0,57
Longitudinalidade	5,3	9,7	7,3	1,37
Coordenação - integração de cuidados	2,6	7,3	6,2	0,45
Coordenação - sistema de informação	4,3	10,0	7,4	2,21
Integralidade - serviços disponíveis	5,0	9,0	7,1	1,39
Escore essencial	5,0	7,7	6,5	1,04

Pode-se verificar que, na análise dos atributos de APS no conjunto dos profissionais enfermeiros (tabelas 14, 15 e 16), o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) e Coordenação (integração de cuidados) apresentou escore abaixo do ponto de corte. Os demais atributos obtiveram escore elevado, ou seja, escores ≥ 6,6, que indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore essencial na categoria foi abaixo do ponto de corte.

Desta forma, em comparação com os modelos de assistência das unidades (UBS e USF), na categoria da enfermagem, em relação ao Escore Essencial, tanto o modelo da UBS (Escore Essencial 6,3) quanto o modelo USF (Escore Essencial 6,5) apresentaram baixo grau de orientação à APS.

Na análise dos atributos de APS no conjunto dos profissionais ou separados por tipo de serviço ou categoria profissional, mantêm-se os atributos: longitudinalidade, coordenação - sistema de informação e integralidade com forte escore e o acesso de primeiro contato - acessibilidade com baixo escore, nas duas categorias, e somente a coordenação – sistema de informação com baixo escore para a categoria da enfermagem.

Na análise dos valores dos atributos nas categorias profissionais, os maiores valores de escores para o grupo de médicos foi para o atributo coordenação - sistema de informação, média 8,3 (Tabelas 11, 12 e 13), seguido do atributo longitudinalidade, 7,9 (tabela 13) apenas para categoria médica que atua nas Unidades de Saúde da Família.

No grupo de enfermeiros os maiores escores foram para o atributo integralidade 7,5 (Tabela 15), para enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, 7,4 (Tabela 14), entre enfermeiros que atuam nas 11 Unidades de saúde pesquisada e 7,1 (Tabela 16), entre enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família. O atributo coordenação - sistema de informação obteve média 7,4 (Tabela 14, 15 e 16). O atributo longitudinalidade obteve segundo valor de escore, 7,3 (Tabela 16), para enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da amostra

Em relação ao perfil sociodemográfico, acadêmico e ocupacional dos profissionais de saúde das 11 unidades de saúde amostradas, de um total de 22 enfermeiros e de 22 médicos que atendem diretamente as adolescentes no pré-natal, 19 enfermeiros e 17 médicos, respectivamente participaram da pesquisa.

Dos 36 profissionais de saúde, é importante destacar que a maioria (72,2%) é do sexo feminino e tem idade maior que 35 anos (63,9%). Tal contingente do sexo feminino é, em grande parte, resultante das enfermeiras, que participaram como sujeito deste estudo. Esta predominância feminina na enfermagem é característica histórica da profissão, exercida quase exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios.

Dados de uma pesquisa de Emprego e Desemprego, realizada em 2004, no Distrito Federal e nas Regiões Metropolitanas de Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo, pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), com a Fundação Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e outras entidades parceiras nas localidades, verificaram que, dentre os 837 mil trabalhadores que participaram da pesquisa, números que incluem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, entre outros, há o predomínio de mulheres e de população trabalhadora mais velha, com destaque para a presença de indivíduos na faixa etária superior aos 25 anos (DIEESE, 2006).

A mesma pesquisa apresenta dados que evidenciam que os profissionais do setor de serviços de saúde são os que acumulam mais de um posto de trabalho em comparação a ocupados em outros ramos produtivos. Submetidos a este regime de trabalho, uma parcela não desprezível, mais de 10% dos ocupados da saúde, estende suas jornadas de trabalho e, ao acumularem o período de trabalho semanal dedicado ao trabalho principal (em média, dimensionado de 38 a 40 horas/semana) com o tempo trabalhado na segunda ocupação (variável entre 20 e 22 horas/semana), chegou a exercer, em 2004, na Região Metropolitana do Recife, uma média de 58 horas de trabalho na semana, situação não muito diferente das encontradas nas demais áreas urbanas pesquisadas (DIEESE, 2006).

Dentre os profissionais de saúde sujeitos de nosso estudo, observamos que a maioria dos médicos (82,3%) trabalha em mais de um serviço, situação inversa entre os enfermeiros, cuja maioria (78,9%) trabalha em um único serviço. Tal condição de carga horária excessiva de trabalho entre a categoria médica foi apontada por Machado (1997), em um estudo pioneiro sobre o perfil dos médicos no Brasil. Foi verificado que 80,4% dos profissionais médicos se sentiam desgastados em suas atividades, acumulando vários empregos, com carga horária extensa de 12 a 14 horas diárias. O estudo constatou ainda que tais profissionais viviam então um processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, sendo que mais da metade desses médicos percebiam o futuro da profissão com *pessimismo* e *incerteza*.

Muitas jornadas de trabalho estão distantes dos limites da legislação trabalhista no Brasil, que visa proteger o trabalhador de doenças ocupacionais (BRASIL, 2012) e o trabalhador de saúde, pela natureza de sua atuação, está entre as categorias mais expostas ao sofrimento no trabalho. Assim, os profissionais não apenas se colocam em risco, o que já é grave, como também submetem a esses efeitos a população que atendem (DIEESE, 2006). Alguns estudos apontam ainda para interferências negativas das longas jornadas de trabalho em diversos aspectos da vida dentro e fora do trabalho (JOHNSON; LIPSCOMB, 2006; GROSCH et al., 2006).

De acordo com os resultados do nosso estudo a formação profissional tanto de médicos como de enfermeiros foi predominantemente em instituições de nível superior públicas. A maioria dos profissionais tem menos de 25 anos de formado. Neste contexto, é possível supor que estes profissionais não receberam, em sua formação, as bases necessárias para atuar na APS. Tais aspectos são apontados por autores como Peres (2006), que afirma que um dos maiores problemas que o SUS enfrenta, desde sua constitucionalidade, é a incompatibilidade da força de trabalho com os requerimentos operacionais deste sistema de saúde. Nesta direção, um primeiro ponto a analisar é o tempo de formação destes profissionais, que, na presente pesquisa, concentrou-se em menos de 15 anos, período este em que se construía o novo modelo de atenção à saúde, com reflexos na formação do profissional.

Em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico de cuidado biomédico, trazendo à tona discussões sobre a integralidade nas ações de saúde, o que passa a questionar a formação em saúde. A nova proposta inclui a reorientação da formação para organizar as práticas profissionais em referenciais mais abrangentes, as necessidades de saúde da população (NOGUEIRA, 2010).

Nesse movimento, as universidades voltadas para a formação em saúde também vêm aderindo e compreendendo que a produção da saúde se dá a partir da ótica multiprofissional e interdisciplinar. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) explicita que o seu campo de regulação incide sobre parte do espectro dos processos educativos e abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996b).

Sobre a formação após a graduação, esta também se mostra limitada. Identifica-se que apenas a categoria médica teve formação na estratégia de saúde da família, sendo que, no nível de especialização, tal formação corresponde a 42,8% do total de especializações realizadas e que 13,3% dentre as residências foi em Medicina de Família.

Cotta et al. (2006) realizaram uma pesquisa que aponta que, em uma determinada realidade, onde está implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), nenhum treinamento foi oferecido aos profissionais de formação superior (enfermeiros, médicos e odontólogos) no sentido de prepará-los para o contexto singular da atuação na atenção básica e conclui que há necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária. Neste sentido é que, na maioria das vezes, os profissionais se defrontam com várias dificuldades na sua atuação, em função da formação insuficiente na área de saúde coletiva, tanto na graduação como na pós-graduação, tais como: incompreensão do que venha a ser o trabalho em equipe interdisciplinar; rede assistencial desarticulada, mal distribuída e com pouca integração com as unidades de saúde; sistema de referência e contra-referência não efetivo; ausência de protocolos clínicos e dificuldades nas ações de promoção de saúde e prevenção (ESCOREL et al., 2007).

A respeito da qualificação do profissional médico para atuar na Estratégia da Saúde da Família, observa Amoretti (2005) que muitos médicos, de diferentes especialidades, tais como geneticistas, cirurgiões cardíacos, cirurgiões gerais, urologistas, patologistas e outros, buscam trabalho em equipes do PSF tendo que desenvolver atividades para as quais não foram devidamente preparados. Tal condição, segundo o autor, tem produzido distorção no sistema, representada pela redução da resolutividade e ineficácia das práticas, com a intensificação dos encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais de especialidades, o que se apresenta como um grande ônus para os usuários. Há ainda o aumento da fama de ineficácia do SUS, que decorre desta situação, além de um elevado *turn-over* de profissionais.

Dentre as modalidades de pós-graduação realizadas, a maioria tem especialização, sendo maior o percentual, nesta modalidade de formação, entre os enfermeiros. A residência foi realizada apenas pela categoria médica, e a pós-graduação pela categoria enfermagem. É importante considerar que a realização de cursos de pós-graduação é estimulada pela Secretaria Municipal de Saúde, na progressão na carreira profissional na instituição pública municipal. Outro importante aspecto a ser destacado é a opção limitada pelas áreas de conhecimento que favoreçam a atuação na atenção primária à saúde, foco desta investigação.

O governo brasileiro tem investido na estratégia de Educação em Saúde como proposta de transformação das práticas, qualificando o desempenho profissional. A capacitação em serviço ocorre de duas formas: através de ações pontuais de Educação Continuada e através do processo de reorientação da Educação Permanente em Saúde, ambas por meio de uma estratégia global e articulada ao desenvolvimento dos Serviços e Políticas de Saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Nesta direção, houve propostas de educação em saúde para profissionais do SUS, principalmente no Estado de São Paulo, e algumas estratégias importantes, como Estratégia de Saúde da Família, Política Nacional de Humanização, Programa de Humanização do Pré-Natal e Educação Permanente em Saúde, foram implantadas.

Tais estratégias possibilitaram o melhor conhecimento, por parte destes profissionais, do seu território, maior apropriação dos indicadores de saúde da área em que atuam, avançando o cuidado a gestantes adolescentes do município. Os processos de qualificação dos trabalhadores devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da Saúde e do controle social, e devem responder a indagações como: quais são os problemas que afastam nossas práticas da atenção integral à saúde? Por quê? Como mudar essa situação? (BRASIL, 2005c).

É importante lembrar que, além do processo de qualificação dos profissionais de saúde, são necessárias mudanças institucionais, profissionais e pessoais, que são difíceis, graduais e complexas (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

6.2 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária á Saúde (APS):

Os sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS têm se apresentado com melhores índices de saúde e, apesar das evidências verificadas em estudo ecológico, tais como

o realizado no Brasil sobre mortalidade de crianças (MACINKO et al., 2006), ainda são poucos os estudos que investigam a efetividade dos atributos da APS em grupos populacionais mais vulneráveis, tais como o das adolescentes gestantes visando alcançar a melhor qualidade de atenção diante da maternidade precoce pelos serviços pré-natais. O fato de poucos estudos abordarem a avaliação pré-natal nesta perspectiva dificultou a comparação dos achados, o que, por outro lado, revela a relevância da presente pesquisa, por ser pioneira em avaliar a atenção pré-natal às adolescentes em unidades da rede básica de saúde, no município de Ribeirão Preto-SP, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde.

A atenção pré-natal de qualidade pode contribuir para diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população (PARADA, 2008). Os efeitos de uma atenção precária no pré-natal se mostram mais intensos quando as grávidas são adolescentes, pois, conforme observam os autores, a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, frequentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade (GAMA et al, 2002).

Na análise de indicador de saúde materna e infantil em adolescentes usuárias do serviço pré-natal da Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto nos anos de 2000 a 2010, verifica-se que a média de percentual de parto prematuro foi de 9,98%, parto cesariana foi de 32,48%; de apgar < ou = a 7 no quinto minuto foi de 2,28% e de baixo peso (< e ou igual a 2.500g) foi de 10,77% (RIBEIRÃO PRETO, 2010a).

Autores sustentam a ideia de que a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional; porém isso nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem, até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal. Neste sentido, observam Fedak et al. (1996) que as adolescentes tendem a iniciar tardiamente o pré-natal, além de apresentarem baixa frequência de consultas, comportamento peculiar da adolescente, que não reconhece a importância de planejar o futuro. No município de Ribeirão Preto, em serviços da Rede Básica de Saúde, conforme dados do Sistema de Coleta de Dados e Análise de Estatísticas Vitais (SICAEV) sobre o número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes no período de 2000 a 2010, verifica-se que a média percentual de gestantes que realizaram mais de 6 consultas pré-natais foi de 64,49% (RIBEIRÃO PRETO, 2010a).

A atenção pré-natal é reconhecida como importante estratégia para estabelecer um processo de vigilância da saúde das mulheres grávidas, com o propósito de controlar os riscos e, para as adolescentes em particular, é considerado uma experiência interessante e válida, especialmente por esclarecer dúvidas e por proporcionar uma conscientização da condição de mãe, assim como um maior amadurecimento pessoal (AMAZARRAY et. al., 1998).

Nesta direção, a APS reúne atributos com características fundamentais nas ações quanto a garantia de adesão e continuidade do cuidado, além de possibilitar autonomia dos sujeitos, no caso das adolescentes que requerem se construir como mães.

A qualidade de atenção medida segundo os atributos essenciais da APS nos serviços pré-natal das adolescentes em 11 unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP se mostrou de baixo grau no atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) e de forte grau para os demais atributos: Longitudinalidade, Coordenação (sistemas de informação) e Coordenação (integração de cuidados), integralidade (serviços disponíveis), ou seja, obtiveram escores $\geq$ 6,6, que indicam extensão adequada de cada atributo. Entretanto, o escore essencial foi de 6,5, ou seja, apresentou menor grau de orientação à APS.

Para análise do atributo Acesso (Escore 3,5), é importante considerar as definições do termo na literatura, que envolve variadas dimensões. Acesso pode ser entendido como "porta de entrada", como o local de acolhimento do usuário para expressar suas necessidades e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade (JESUS; ASSIS, 2010). Entretanto, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada. Segundo Campos (1992), é um "dispositivo" transformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde, de acordo com as necessidades socialmente determinadas. É também um elemento disparador de uma série de acontecimentos, que culminam por confluir com os objetivos ou finalidades (CAMPOS, 2003).

Nesta direção, o Acesso tem caráter regulador do sistema de saúde, por definir fluxo, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento de saúde na direção da dimensão do cuidado horizontal (CECÍLIO, 1997). Segundo Giovanella e Fleury (1996), o Acesso é categoria central para análise das inter-relações usuário e serviço de saúde.

Nesta direção, o Acesso, junto com a Integralidade, são atributos que possibilitam reconhecer a APS como nível do sistema responsável pelo manejo dos problemas comuns e integram a atenção com o contexto de vida dos usuários, que tem influência na resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

No presente estudo sobre a atenção pré-natal às adolescentes, quando se analisa o atributo acesso, verifica-se que, nos serviços investigados, a gravidez na adolescência tem se constituído como demanda frequente de usuários na Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto.

Além da análise destes indicadores de qualidade de serviço pré-natal, o baixo grau de orientação para APS dos profissionais das unidades pesquisadas no atributo Acesso alude para o fato de que a atenção à gestante adolescente carece de reorientação dos serviços de saúde de prover a acessibilidade e aceitabilidade, dimensões do acesso, segundo Giovanella e Fleury (1996), para as gestantes, sem distinção, ou seja, a atenção em suas especificidades tende a não ser contemplada tanto na prática quanto nos manuais de atenção Pré-Natal do Ministério da Saúde e nos protocolos dos serviços em que as ações preconizadas residem no controle dos riscos para redução de complicações materna e infantil.

O acesso também se refere à estrutura disponível, que inclui facilidades para a utilização do serviço, tais como sua distribuição geográfica, localização, planta física, amenidades, tempo de espera e disponibilidade de equipamentos, segundo Campos (2005). Os serviços considerados no presente estudo, como já descritos, são unidades de saúde localizadas em região geográfica mapeada quanto a áreas de abrangência na cobertura da população pelos serviços de saúde local. Vale considerar que nem todas apresentam planta física adequada, tais como as Unidades de Saúde da Família, que funcionam em casas que anteriormente foram usadas como moradias e foram adaptadas como unidades de saúde.

Nestes serviços, às vezes, a limitação não é apenas em relação à estrutura física, mas também quanto à prestação de serviços, em termos de recursos disponíveis. Os diferentes aportes de estrutura física e organizacional dos serviços se relacionam ao que Giovanella e Fleury (1996) denominam de dimensões de acomodação ou adequação funcional, que é a condição de como a oferta está organizada para aceitar o usuário e a capacidade e habilidade destes para acomodar-se a estes fatores.

No caso da gestação na adolescência, a principal relevância da atenção reside na redução das suas complicações e, neste sentido, os diferentes aportes de estrutura física e organizacional dos serviços podem, em alguns casos, comprometer o manejo das necessidades de saúde de forma resolutiva. Neste sentido, a rede pública de prestação de serviços exerce um papel fundamental quando opera, de forma efetiva, o princípio da referência e contra-referência de modo, a possibilitar a garantia e a distribuição planejada de recursos para um manejo de qualidade do cuidado prestado às gestantes adolescentes.

Neste aspecto, como refere Campos (2005), a tecnologia empregada deve ser adequada, não necessariamente de alta densidade, mas associada a equipes multiprofissionais

qualificadas e uma efetiva organização da assistência, com ênfase no enfoque domiciliar e comunitário. Deve ainda ser capaz de identificar as necessidades de saúde e dar respostas apropriadas e como parte da estrutura organizacional, inclui-se ainda a existência de registros, de informação e de um sistema de marcação de consultas.

Sobre o atributo Longitudinalidade (Escore 7,1), segundo Starfield (2002), este atributo reúne a característica central e exclusiva da APS. Na literatura, o termo longitudinalidade é apresentado com significado semelhante a "continuidade do cuidado". Entretanto, observa Starfield (2002) que os dois termos possuem significados diferentes.

A continuidade do cuidado se refere a um problema de saúde específico e à sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. Segundo Gérvas e Fernández (2005), a longitudinalidade pressupõe uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente.

Na atenção à adolescente gestante, a longitudinalidade é de grande relevância para a co-responsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação do profissional de saúde e a adolescente, o que possibilita desenvolver habilidades pessoais para poder decidir e negociar, praticando o autocuidado e as atitudes positivas para lidar com a sexualidade e com o cuidado materno.

Autores como Saultz (2003) discutem a continuidade do cuidado que considera uma base hierárquica que inclui três dimensões: informacional, longitudinal e interpessoal. A base hierárquica para a definição do termo seria a continuidade informacional, ou seja, um descritivo de informações médicas e sociais do paciente disponibilizado para todos os profissionais que o atendem. Entretanto, alude o autor que tais informações não são suficientes para assegurar a continuidade do cuidado com o provedor, o que inclui, neste momento, o segundo nível da hierarquia, a continuidade longitudinal, que diz respeito ao estabelecimento de uma unidade de saúde onde o paciente deve receber a maioria dos cuidados de saúde, de forma que se sinta familiarizado com o ambiente e o identifique como referência ao longo do tempo. Nesta direção, a equipe de saúde é que assume a responsabilidade de coordenação do cuidado, incluindo serviços preventivos. A última dimensão é a continuidade interpessoal, descrita como uma relação médico-paciente na qual o paciente conhece e confia no médico/profissional de saúde e o tem como referência básica para a atenção à saúde.

Para Saultz (2003), o elemento essencial da atenção primária é a continuidade interpessoal, cuja ocorrência depende da presença da continuidade informacional e da continuidade longitudinal.

Na análise do atributo longitudinalidade para a situação estudada, é importante considerar que a atenção pré-natal é um processo que idealmente deve ser iniciado no primeiro trimestre da gestação, o que possibilita o diagnóstico e tratamento precoce de doenças e outras intercorrências que podem trazer consequências adversas à gestante, ao feto e ao neonato. Os efeitos protetores do pré-natal podem se estender para além do período neonatal, como observam Donovan et al. (2000), pois a realização do número mínimo de consultas de pré-natal está associado ao acesso posterior dos bebês ao serviço de saúde, ou seja, constitui-se como fator relevante para a prevenção de resultados adversos tanto na gestação quanto no primeiro ano de vida da criança.

A avaliação da adesão das mulheres ao pré-natal é um importante indicador de qualidade da assistência pelos serviços. Além de uma análise quantitativa de número de consultas realizadas, a adesão perpassa por questões da subjetividade das mulheres ao optarem pela realização do pré-natal e local em que buscam o atendimento.

Neste aspecto, Almeida e Tanaka (2009) consideram que a decisão da mulher para realizar o acompanhamento pré-natal tem influência de experiências familiares anteriores com o atendimento no local, a possibilidade de acompanhamento que assegure o parto na rede de serviços, a proximidade geográfica com a residência, a falta de opção por não haver outros locais de atendimento, a empatia com o profissional de saúde e a perda de convênio suplementar.

No caso das adolescentes, a frequência inadequada ao pré-natal tem merecido destaque nas investigações sobre atenção pré-natal. O estudo realizado em Montes Claro, Minas Gerais, apontou os motivos relatados pelas gestantes adolescentes para o número insuficiente de consultas: o medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais, abordagens sobre práticas sexuais (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

A análise das considerações e achados de pesquisa dos autores supracitados sobre a perspectiva da longitudinalidade evidencia falhas no reconhecimento dos serviços como fonte regular de cuidados de atenção primária à saúde e, particularmente no caso das adolescentes, a necessidade de um espaço de escuta e responsabilização, para construção de vínculo entre o profissional de saúde e a adolescente que possibilite o reconhecimento dos seus direitos, de ter autonomia para decidir sobre o processo da maternidade, que supere as desigualdades, discriminações e preconceitos.

Por outro lado, apesar do atributo longitudinalidade ter apresentado forte grau de orientação por parte dos profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, o vínculo duradouro entre usuário e profissional de saúde ainda é uma realidade em construção nos serviços de saúde. Tal realidade, entretanto, pode ser observada nas diferentes práticas assistenciais em nosso país, incluindo o pré-natal, em que a lógica que orienta a atenção à saúde das pessoas está pautada no modelo funcionalista de racionalidade biomédica, no risco biológico, nas patologias e em práticas medicalizadas. O atendimento com profissionais capacitados e diferenciados é um processo que requer disponibilidade pessoal, e a mudança da práxis dos profissionais de saúde não se dá por programas de ação e planos, mas está condicionada à visão de mundo. Uma importante estratégia nesta direção é que os profissionais disponham de uma agenda mais flexível, com tempo para esclarecimento e solução de dúvidas, contribuindo assim para apaziguar os medos e anseios, comuns às adolescentes gestantes.

Para Gama et al. (2004), criar o efetivo vínculo entre a gestante e o serviço aumenta a chance de acompanhamento materno regular no período pré, peri e pós-natal, propiciando cuidados com o bebê desde a gestação, encaminhando-o para consultas de puericultura/pediatria e serviço de imunização, garantindo, assim, melhores resultados em seu primeiro ano de vida.

O vínculo entre o profissional de saúde e a adolescente gestante possibilita atender ao atributo da integralidade, que, no presente estudo, também se apresentou com forte grau de afiliação por parte dos profissionais de saúde (Escore 7,2). Partindo do senso comum, no dizer de Cecílio e Merhy (2006), seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidade de saúde, o que implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa portadora de necessidade de saúde.

A ideia de integralidade no cuidado pré-natal à adolescente compreende a natureza do ser por inteiro, considerando as especificidades da adolescente em seu momento de vida. Tal ideia traz uma perspectiva de redimensionamento dos serviços para sustentar a saúde como uma proposta a ser construída na relação intersubjetiva, da qual fazem parte o acolhimento e o vínculo, como expressões de cuidado integral à saúde.

Os profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, atuam em unidades de saúde que têm como princípio organizacional o Sistema Único de Saúde, entretanto, em sua forma de funcionamento são imensas as dificuldades de se conseguir a integralidade do cuidado, visto que a integralidade do cuidado de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema. Nesta direção, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (CECÍLIO; MERHY, 2006).

Há de se considerar a integralidade focalizada, que, segundo Cecílio (2006), refere-se ao esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual no espaço dos serviços de saúde. Neste sentido, a maior ou menor integralidade de atenção recebida pela gestante adolescente resulta da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores que compõem a equipe. Neste aspecto, por mecanismos instituídos de dominação e de relações assimétricas de poder entre as categorias profissionais, pode-se dizer que o alcance da integralidade do cuidado nos serviços se encontra prejudicado, visto que o trabalho em equipe não passa de uma somatória de ações específicas de cada profissional, de forma hierarquizada e fragmentada.

Para o alcance da integralidade, é importante considerar a atenção à adolescente no pré-natal como sendo de responsabilidade da equipe de saúde, ir além do aprimoramento da escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações.

Os serviços de APS são identificados como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados, que também obteve forte grau de orientação a APS (Escore 6,8). O atributo coordenação dos cuidados é definido por autores como Boerma[3] (2007 apud ALMEIDA et al., 2011, p. 84), Holfmarcher, Oxley e Rusticelli[4] (2007 apud ALMEIDA et al., 2011, p. 84) e Núñez, Lorenzo e Naverrete[5] (2006 apud ALMEIDA et al., 2011, p. 84) como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Segundo Starfield, Shi e Macinko (2005), a coordenação do cuidado está positivamente associada à força da APS, a qual inclui ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar a capacidade resolutiva e articular ações de saúde pública, vigilância e assistência. Nesta direção, observa Almeida et al. (2011) que, no Brasil, as iniciativas voltadas à coordenação buscaram consolidar a função de porta de entrada, estender a resolutividade do serviço prestado pela APS e fortalecer seu papel de coordenação ao interior da rede de serviços de saúde.

---

[3] BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Primary care in the driver's seat**. Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2007, p. 3-2.

[4] HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD, 2007.

[5] NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

A rede de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde para atenção Pré-Natal, busca organizar o cuidado e disponibilizar os recursos para identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o pronto início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contra-referência.

Particularmente no pré-natal de adolescentes, a principal relevância de atenção a esta população está na redução de suas complicações, o que inclui realizar os procedimentos mínimos a que a grávida, de uma forma geral, deva ser submetida, de forma que se identifiquem condições de risco à saúde materno-fetal, além da monitoração do estado de saúde do binômio e o tratamento de eventuais distúrbios. A coordenação do cuidado não se reduz a procedimentos diagnósticos e de controle no atendimento de demandas específicas, mas no equilíbrio de se ater a elas e estar aberta a outras demandas espontâneas e singulares das adolescentes em seu contexto de vida.

O município dispõe de ampla rede de serviços de atenção básica, atenção especializada e de alta complexidade, bem como da existência de programas específicos, tal como o Projeto Nascer, que garante a continuidade da assistência no parto, e o Projeto Floresce uma Vida, de atenção à puérpera e ao recém-nascido, entretanto o trabalho intersetorial e a coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais não garante alcançar atenção integral e integrada. Neste sentido, a função da APS é facilitar a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, para evitar a fragmentação. Na condição da gravidez na adolescência, é inegável a relevância da intersetorialidade e de ações coletivas que promovam e desenvolvam atitudes e habilidades nas adolescentes para lidar com a situação com poder de decisão para exercer a maternidade, ou seja, estimular o protagonismo.

No atributo coordenação, a subdimensão sistemas de informação obteve forte grau de orientação para APS por parte dos profissionais de saúde (Escore 7,8). A informação em saúde é uma das áreas de conhecimento da Saúde Coletiva, por considerar as determinações sociais do processo saúde-doença, além de atuar como ferramenta analisadora de produção de ações de saúde (PINTO, 2000). O sistema de informação é fonte para o desenvolvimento do planejamento das ações locais, assim como sustentação para os integrantes da equipe alicerçarem suas atividades e ações pautadas na realidade locorregional, assim como na identificação de obstáculos a serem transpostos (BARBOSA; FOSTER, 2010).

Segundo Wurman[6] (1991 apud PINTO, 2000, p.5), a informação deve ser clara e acessível para permitir a real compreensão por toda a equipe ser verídica e fidedigna para proporcionar viabilidade das ações. Para utilização adequada das informações que possibilite uma real programação e planejamento das ações e para o desenvolvimento de um trabalho em equipe é importante que as pessoas envolvidas na sua manutenção tenham clareza sobre suas possibilidades e transformem-nas em uma realidade (BARBOSA; FOSTER, 2010).

Na análise, quanto à presença e extensão de cada atributo da APS, os diferentes modelos de atenção a saúde, ou seja, UBS e Unidade de Saúde da Família, têm merecido destaque na literatura. Muitas pesquisas evidenciam impactos positivos das equipes de saúde da família sobre o sistema de saúde brasileiro (CASTRO et al., 2012). Nos estudos citados por estes autores, os resultados apontam para maior cobertura das ESF, menor indicador de mortalidade infantil, maior promoção da equidade, maior adequação quanto à oferta e à utilização de ações de saúde das Equipes de Saúde da Família e maior qualidade de pré-natal e puericultura.

No presente estudo, dos 11 serviços da Rede Básica de Saúde considerados na amostra, há: seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro Saúde Escola (CSE) e quatro Unidades de Saúde da Família (USF). Na análise comparativa entre os dois modelos de atenção à saúde, quanto à qualidade de atenção medida segundo os atributos essenciais da APS nos serviços pré-natal das adolescentes, verificamos que o atributo Acesso se apresenta com baixo grau e os demais com forte grau de orientação para APS, tanto no grupo da UBS (Escore 3,4) quanto no grupo da USF (Escore 3,6).

O baixo grau obtido para o atributo acesso, no sentido analítico da questão, remete-nos para fragilidades no acolhimento das adolescentes gestantes, tal como enfatizado anteriormente. A universalização do acesso, a abertura das portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem, a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde por meio de uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários ainda são uma realidade distante para a adolescente gestante usuária dos serviços pré-natal na rede básica de saúde amostradas.

O atributo coordenação sistemas de informações foi o que obteve o maior escore, de 7,8 para ambos os modelos de atenção, o que representa forte grau de presença e extensão, independente de ser UBS ou USF. Resultados semelhantes também foram evidenciados em

[6] WURMAN, R. S. **Ansiedade de informação**: como transformar informação em compreensão. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.

outros estudos que utilizaram o PCATool, versão profissionais, como observa Castro et al. (2012).

Na análise dos demais atributos de forte grau de orientação para APS, sobre os atributos Longitudinalidade e Integralidade, embora com escores superiores a 6,6, ou seja, atributos de forte grau em ambos os modelos de atenção, é importante refletir as diferenças dos valores atribuídos, o que evidencia potencialidades e limitações de cada modelo de atenção para estes atributos.

A partir do atributo longitudinalidade, que obteve o escore de 6,8 entre os profissionais de saúde que atuam nas UBS e 7,6 entre os profissionais das USF, é possível refletir sobre as potencialidades dos princípios que regem o Programa de Saúde da Família. Segundo Gérvas e Fernández (2005), a longitudinalidade implica uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. As características positivas do PSF dizem respeito principalmente à adscrição de clientela, o que possibilita criar referências dos usuários em relação a uma dada equipe e responsabilizá-la pela assistência àquela população. Tais características são importantes para que se efetive o seguimento do cuidado. Diferentemente nas UBS, quando os usuários são referenciados a outros serviços, não têm garantido seu retorno ao mesmo profissional que lhe atendeu da primeira vez. Assim, há falta de vínculo e responsabilização nesta relação. Não há segurança, portanto, quanto ao seguimento pelo mesmo profissional, dos usuários em tratamento.

Diferentemente do que se poderia esperar para o atributo integralidade, comparando os escores da UBS e USF, o escore entre os profissionais de saúde das UBS (Escore 7,3) foi superior ao da USF (Escore 6,9). A integralidade é ressaltada na Portaria n 648/GM de 2006, emitida pelo Ministério da Saúde como um dos princípios da APS. Considera a integralidade em diversos aspectos, como integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância da saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviço (BRASIL, 2007a).

O Programa de Saúde da Família reúne condições fundamentais para mudanças das práticas de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, no entanto isto não acontece espontaneamente, e como observa Monteiro (2006), é preciso lembrar que os profissionais que integram uma equipe são, antes de tudo, pessoas que têm princípios, valores, interesses e histórias de vida diferentes e, por vezes, conflitantes.

Na direção da integralidade, outro ponto forte do Programa de Saúde da Família é a contextualização das ofertas direcionadas às pessoas, em que se identificam os momentos favoráveis para tais ofertas, aprendendo as necessidades de ação de saúde no próprio contexto de cada encontro, o que foge do modelo tradicional curativista, dominante nas UBS, e permite um olhar a pessoas a partir de uma concepção ampliada de saúde, às estruturas físicas e operacionais (MATTOS, 2004).

No contexto das Unidades de Saúde da Família amostradas, é importante considerar que os momentos favoráveis para a oferta de serviços possa estar prejudicado, visto que, em razão da limitação de ofertas de tipos de serviços e articulações de ações preventivas e assistenciais, como exemplo da realidade local, nem todas as Unidades de Saúde da Família dispõem de sala de vacina, o que possivelmente pode justificar o resultado de menor escore obtido para este atributo entre os profissionais das Unidades de Saúde da Família comparado aos das UBS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem se apresentado como resposta, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais frente à crise do modelo assistencial praticado hoje. Tal programa surge com o objetivo de conseguir "a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas" (BRASIL, 1998).

No mesmo documento do Ministério da Saúde, estão elencados os princípios que norteiam o Programa: **Caráter substitutivo**, que não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância da saúde; a **Integralidade e Hierarquização**, em que a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica, e deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referências para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica; a **Territorialização e adscrição da clientela**, que trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área; e é preciso ter **Equipe multiprofissional,** composta minimamente por um médico generalista ou médico de família,

um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

O núcleo epistemológico que alimenta o PSF e seu campo operativo reúnem potencialidades que justificam o escore essencial (valores dos atributos condensados) de forte grau de orientação para APS no modelo de atenção das USF (Escore 6,6) comparado ao modelo de atenção das UBS (Escore 6,4), como observado neste estudo. Tal achado para o escore essencial corrobora outros estudos que utilizaram versão para profissionais de saúde do PCATool-Brasil, com o objetivo de avaliar serviços de APS e comparar unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

Cunha et al. (2006) buscaram avaliar a qualidade de atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros comparando os que atuam no Programa de Saúde da Família e o modelo tradicional, Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre. Os questionários foram entregues ao coordenador de cada unidade de saúde com os nomes dos profissionais que deveriam respondê-lo, dos 54 enviados, 34 foram respondidos. Ao todo, estiveram envolvidas 17 equipes de saúde, sendo 7 PSF e 10 US. Observam os autores uma extensão significativamente maior no modelo de atenção representado pelo PSF nos atributos Acesso e em atributos derivados, tais como: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e o Escore Geral de APS (Escore Essencial) de 67,5 X 58,8, para equipe de PSF e equipe de UBS, respectivamente.

Chomatas (2009) aplicou o instrumento aos profissionais médicos pediatras, gineco-obstetras, clínicos gerais e enfermeiros de 104 Unidades Básicas de Saúde, sendo 53 Unidades de Saúde da Família e 51 tradicionais em Curitiba. Os resultados indicam que, na ESF, os escores médios e percentual dos atributos são alto (Escore $\geq$ 6,6), e, significativamente maiores do que nas Unidades Tradicionais. O mesmo ocorre quando esses atributos são condensados nos escores Essenciais, Unidades tradicionais obtiveram escore limítrofe de 6,6 e as Unidades de Saúde da Família obtiveram alto escore, de 7,4, apontando maior presença e extensão dos atributos da APS neste último modelo.

Um estudo realizado por Castro et al. (2012), que buscou comparar a qualidade de atenção à saúde do adulto entre os diferentes tipos de serviços de APS em Porto Alegre- RGS, utilizando do instrumento PCATool, versão para profissionais de saúde, verificou que os serviços orientados no modelo de Equipe de Saúde da Família em comparação às UBS apresentam significativamente maior orientação à Atenção Primária à Saúde. O estudo foi realizado com uma amostra de 340 profissionais (médicos e enfermeiros) que atuavam em 26 UBS e 31 Unidades da Equipe de Saúde da Família, selecionados aleatoriamente,

correspondendo a 50% das unidades do município. Os atributos integralidade e orientação comunitária são os que obtiveram diferença mais significativa na comparação dos escores, e as UBS apresentaram os menores escores para estes atributos, ou seja, as capacidades para reconhecer problemas de saúde comuns na população, presentes no componente integralidade dos serviços prestados, que avalia o desempenho de atividades pelo profissional, bem como o conhecimento do profissional acerca das necessidades de saúde da comunidade e sua abordagem comunitária, expressos no atributo orientação comunitária, são menos presentes nas UBS.

Em nosso estudo, com base no escore essencial e na literatura consultada, verificamos diferenças entre os modelos de atenção à saúde em termos da presença e extensão dos atributos, sendo que o modelo do Programa de Saúde da Família apresentou maior grau de orientação para APS.

Na análise por cada atributo, evidenciam-se limitações ainda a serem vencidas nas etapas operacionais do PSF. A este respeito, autores como Merhy (1998) apontam para uma série de restrições no sentido da utilização potencial do PSF como forma de trabalho em saúde e na produção dos serviços de saúde. Segundo este autor, os modelos assistenciais com base exclusiva na epidemiologia/vigilância à saúde não têm potência para mudar a lógica interna dos processos de trabalho e acabam ou por ingenuidade ou por ideologia, perpetuando o atual modelo assistencial.

Franco, Bueno e Merhy (1999) consideram que a mudança da forma ou estrutura de um modo medicocêntrico para outro e de uma equipe multiprofissional centrada como núcleo da produção de serviços não garante a nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência, associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. Acrescem os autores a necessidade de construção de novos valores, de uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência, especialmente, neste último sentido, destaca-se a produção do acolhimento, da responsabilização e do vínculo enquanto diretrizes do modelo assistencial, na medida em que, ao mesmo tempo em que são tecnologias leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde, também jogam papéis firmes na construção de uma nova postura dos profissionais frente aos usuários quanto à focalização da finalidade de seus trabalhos, disparando a constituição de novos processos coletivos de subjetivações no interior das equipes de saúde.

Os pontos críticos de obstáculos na proposta do PSF como forma de transformar a prática assistencial nos serviços, adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da APS e na reorientação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1998), refletem-se nos resultados do presente estudo, tais como no atributo Acesso de fraco grau de orientação para APS, nas USF e nas UBS.

Tal achado corrobora o encontrado em um estudo abrangendo sete municípios do Estado de Goiás. A amostra incluiu 36 unidades de saúde da família e 28 unidades básicas tradicionais. Nas unidades selecionadas, foram entrevistados usuários e profissionais de saúde. O PCATool-Brasil foi utilizado para profissionais de saúde, para usuários dos serviços e para acompanhantes de crianças e pessoas incapacitadas. Analisando os resultados por dimensão, há uma avaliação diferenciada. No caso do acesso, os valores são baixos tanto para os centros de saúde tradicionais como para saúde da família (VAN STRALEN et al. 2008). Frente a estes resultados, os autores consideram que, nos municípios que têm Saúde da Família, parece uma estratégia demasiadamente tímida, quanto à antecipação de mudanças, pois aposta muito em objetivos amplos e no papel de agentes comunitários e pouco coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença da tecnológica biomédica.

Concordamos com as considerações dos autores supracitados quanto ao efeito tímido do Programa de Saúde da Família na mudança da prática de saúde, como observamos também em nosso resultado de pesquisa, e entendemos que a institucionalização de um modelo de cuidado não produz, por si só, mudanças significativas, deve ser acompanhada de uma formação profissional nesta proposta, talvez por isso sejam poucas as transformações ocorridas na prática profissional que têm contribuído para um cuidado pautado no atendimento integral ao ser humano e orientado para APS.

Na análise dos atributos da APS por categoria profissional, médicos e enfermeiros, verificamos que o escore essencial (valores dos atributos condensados) é de forte grau de orientação para APS (Escore 11 Unidades 6,6/Escore UBS 6,6/Escore PSF 6,7) entre os profissionais médicos, enquanto entre os enfermeiros apresenta baixo grau de orientação (Escore 11 Unidade 6,4/Escore UBS 6,3/Escore PSF 6,5), no conjunto ou em separado por UBS e USF, respectivamente. Na análise pormenorizada da presença e extensão dos atributos da APS por categoria profissional, verificamos que o acesso é o atributo que se mantém com escores $\leq$ 6,6, ou seja, de baixo grau de orientação para APS, em ambas categorias profissionais. Avaliação diferenciada pode ser observada com relação aos demais atributos,

que, para os médicos, apresentaram forte grau de orientação, bem como entre os enfermeiros, excetuando-se o atributo Coordenação (integração de cuidados), que teve baixo grau de orientação para APS para os enfermeiros.

Compreender tais resultados nos remete às especificidades da formação destes profissionais, bem como ao modelo hegemônico, que estrutura as práticas de saúde.

Na diferença de escores entre as categorias profissionais, era de se esperar o grau de maior orientação para APS entre os enfermeiros do que entre os médicos, visto que, tradicionalmente, o cuidado sempre esteve ligado à atividade de enfermagem, antes mesmo do advento da enfermagem moderna, em que o cuidado na prática profissional dos enfermeiros se apresenta, em sua essência, no atendimento às dimensões existenciais do ser humano. No sentido oposto, a formação médica tradicional, orientada pela categoria "doença", privilegia a objetivação dos problemas de saúde ao enfatizar os aspectos biológicos do adoecimento (NOGUEIRA, 2010). Segundo Canguilhem (2005), a medicina se empenha para se tornar uma ciência das doenças, tais como: a dissociação progressiva entre doença e doente, o tratamento dos doentes como objetos e não sujeitos de sua doença e o desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana.

Na busca de compreender este resultado, torna-se importante refletir não apenas sobre a especificidade da formação, mas também sobre o contexto de atuação dos enfermeiros nos serviços de saúde. Neste sentido, em nossa realidade, tal como apresentado por Souza et al. (2006), o cuidado de enfermagem está distanciado da prática profissional à medida que os enfermeiros não têm conseguido, com poucas exceções, viabilizar ações de enfermagem voltadas para o cuidado individualizado da clientela. A ênfase nos procedimentos técnicos, mediante o cumprimento de regras e normas e da priorização de tarefas voltadas para aspectos biológicos do ser humano, ainda está presente no seu cotidiano, o que, muitas vezes, torna o procedimento apenas uma atividade complementar à atividade de outros profissionais, principalmente da atividade médica. No caso das gestantes adolescentes, o pré-natal na Rede Básica de Saúde segue o protocolo de a primeira consulta ser com a enfermeira, que irá solicitar os exames de rotina após confirmação de gravidez e o acompanhamento será feito posteriormente pelo médico gineco-obstetra no decorrer dos nove meses de gestação. Tal condição se reflete no atributo Coordenação - integração de cuidados que foi o atributo que recebeu o segundo menor escore entre os enfermeiros (Escore 11 unidades 6,3/Escore UBS 6,2/ Escore PSF 6,2), no conjunto ou em separado por UBS e USF.

Na comparação dos modelos de assistência das unidades (UBS e USF), na categoria da enfermagem, verificamos que o valor do Escore essencial, tanto no modelo da UBS (Escore 6,3) quanto no modelo USF (Escore 6,5), apresentaram baixo grau de orientação à APS.

Nesta direção, é importante salientar que, na equipe de saúde, independente do modelo assistencial, ainda se mantém uma estrutura rígida de poder, na qual, como bem observam Santos e Filho (1995), os médicos são colocados em uma posição de superioridade no que se refere a *status* e conhecimento técnico. Neste sentido, há falta de espaço para atuação do enfermeiro, o que acaba por promover um clima desestimulante operacionalmente, favorecendo a falta de autonomia desses profissionais, o que, em última instância, compromete o trabalho inter-equipe e multiprofissional.

Com o advento do SUS, a formação de médicos e enfermeiros ganha destaque nas políticas de saúde e educação, na perspectiva da integralidade das ações de saúde. Nesta direção é que se propõe a reorientação da formação do profissional em saúde que busque organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as "necessidades de saúde" da população – com o objetivo de ampliar o olhar desses profissionais para o Sujeito doente.

Os cursos de saúde, de forma geral, têm direcionado a formação e preparo dos alunos para uma prática ampliada, a partir de uma formação generalista, voltada para as ações de APS e para o fortalecimento dos princípios do SUS. A valorização da saúde coletiva, da integralidade e do trabalho interdisciplinar, voltada para o SUS, tem norteado as reformas curriculares atuais do governo federal (BRASIL, 2001; RONZANI, 2005). Desta forma, as universidades vêm empreendendo inúmeros esforços para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais em consonância com os princípios do SUS.

Na diretriz curricular da graduação em medicina, por exemplo, a estrutura do curso deve vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2001). Entretanto, a articulação da racionalidade biomédica, que tradicionalmente sustenta a formação médica com a integralidade é um grande desafio que tem se enfrentado ao longo dos tempos. Referem Tesser et al. (2008) que a dimensão vinculada ao saber biomédico não ajuda a construir a integralidade, na medida em que estes saberes estão dirigidos às doenças e a seus riscos. Concluem os autores que a integralidade é um problema epistemológico para a racionalidade biomédica e, sendo a integralidade um referencial teórico prático e institucional do SUS, o problema desloca-se para o próprio SUS.

Em relação à diretriz curricular da graduação em Enfermagem, no artigo quinto, que trata do objetivo da formação do enfermeiro, em seu parágrafo único, consta que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001a). Pela diretriz curricular, a proposta é da formação de profissionais generalistas, o que requer do profissional um conhecimento mais global e não somente da Área da Enfermagem, devendo incorporar à sua bagagem clínica a epidemiologia, educação em saúde, relação interpessoal, iniciativa, dinamismo e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar, com o objetivo de contribuir para a articulação de projetos de intervenção individual e coletiva. A formação humanista é aquela que consegue congregar, além da prática profissional, a pesquisa, o ensino, a extensão e a assistência humanizada, tendo como eixo de construção a investigação científica e, como referência, a cidadania (SANTOS, 2006).

Observam Souza et al. (2006) que as novas diretrizes curriculares não produziram mudanças significativas no ensino de enfermagem no país, no sentido de aproximá-lo, o máximo possível, das exigências do mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, de preparar profissionais comprometidos com uma verdadeira transformação da realidade prática da enfermagem brasileira. Nesse contexto, Pagliuca e Silva (2003) advertem para a importância de refletir sobre que Enfermagem se quer, e questionam se a formação de enfermeiros generalistas, segundo as Diretrizes, conseguirá dar conta da complexidade das demandas da Saúde, sejam elas de alta tecnologia, das especialidades como "Home Care" ou dos Programas da Saúde da Família.

A formação rápida e necessária de profissionais de saúde que atendam o novo perfil de profissional para atuar no SUS levou o Ministério da Saúde do Brasil a implementar, desde 2005, uma política de incentivo a reformas de graduação de cursos da área da saúde, com vistas a alterar o cenário ainda predominante de hiperespecialização dos profissionais em detrimento de uma formação mais generalista. Em reposta a este cenário, diversos mecanismos de apoio têm sido desenvolvidos pela parceria entre Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (Promed, Pró-Saúde, PET-Saúde, etc.) em todos os níveis do governo, tendo como um dos focos estratégicos a inserção dos estudantes na APS (DEMARZO; ANDERSON; TRINDADE, 2012).

Esta política vem sendo implementada por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, também conhecido pela sigla PRÓ-SAÚDE, que hoje reúne mais de 30 faculdades de medicina e outros cursos da área da saúde

comprometidos em trabalhar em cooperação com os serviços de saúde locais, como foco em APS, para uma efetiva reformulação de seus currículos, adequando-os às necessidades do SUS (DEMARZO; ANDERSON; TRINDADE, 2012).

Nesta direção, o município de Ribeirão Preto, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com as universidades, está participando do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, que tem como perspectiva o processo de reorientação da formação, tomando por base a escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira, na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de Saúde da Família.

Além da formação do profissional de saúde para uma prática orientada na APS, concordamos com Malta et al. (2004), que consideram a necessidade de se aprofundar o debate no processo de trabalho, particularmente na micropolítica, e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde para se repensar as mudanças nas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes com a integralidade do cuidado.

Nesta direção, os mesmos autores reafirmam o diagnóstico da crise estrutural do setor saúde e do esgotamento da forma de se produzir saúde, segundo as diretrizes biologicistas do ensino médico e dos interesses do mercado. O modelo médico "produtor de procedimento", ou modelo médico hegemônico, mantém-se na realidade contextual, em que a assistência à saúde se torna algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo considerados os determinantes do processo saúde-doença, centrados nas condições sociais, ambientais e relacionadas à subjetividade. O que se valoriza são as questões biológicas e, no que se refere à população de gestantes adolescentes, tal como ocorre com as mulheres gestantes, independente da idade, a atenção pré-natal está centrada no controle de possíveis riscos tendo por finalidade a higidez da criança. Assim, aspectos da subjetividade da adolescente ante a maternidade precoce, com frequência, não têm espaço para escuta, nem o necessário acolhimento, considerando seu contexto social.

Dessa forma, na reorganização das práticas de saúde, é necessário que se privilegie uma abordagem interdisciplinar, na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial, entre outros conhecimentos, possam articular-se na compreensão da gestação na adolescência, em seus aspectos individuais e coletivos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo descritivo, abordamos a presença e extensão dos atributos essenciais da APS, mediante o uso do instrumento PCATool-Brasil aplicado a 36 médicos e enfermeiros que atuam nos serviços pré-natal as adolescentes em 11 unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

A atenção pré-natal é reconhecida como importante estratégia para estabelecer um processo de vigilância da saúde das mulheres grávidas e da criança. Particularmente entre as adolescentes, a maternidade precoce envolve um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente àquelas que pertencem a classes populares, e um pré-natal de qualidade é importante no enfrentamento tanto do risco biológico, quanto socioeconômico. A presença e extensão dos atributos da APS são de extrema relevância no alcance da adesão e continuidade do cuidado às adolescentes, fatores que, em nossa realidade, têm se mostrado como indicadores desfavoráveis de qualidade.

Nos resultados aqui apresentados, verificamos, para o conjunto dos 36 profissionais de saúde que atuam nas 11 unidades da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP, baixo grau de orientação no atributo Acesso e forte grau para os demais atributos: Longitudinalidade, Coordenação (sistemas de informação), Coordenação (integração de cuidados) e integralidade (serviços disponíveis), ou seja, estes obtiveram escores $\geq$ 6,6, o que indica extensão adequada de cada atributo. Entretanto, o escore essencial foi de 6,5, ou seja, apresentou menor grau de orientação à APS.

A análise dos atributos foi também realizada em dois grupos, ou seja, os profissionais pertencentes às Unidades Básicas de Saúde e o Centro Saúde Escola e outro grupo composto pelos profissionais pertencentes a Unidades de Saúde da Família. Em relação aos valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde das Unidades Básicas de Saúde, no item Acesso de primeiro contato (acessibilidade) obteve-se escore 3,4, o que revela um baixo grau de afiliação dos profissionais à UBS a que pertencem. Os demais atributos obtiveram escore elevado, acima de 6,6, o que indica forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore Essencial foi de 6,4. Nas unidades de Saúde da Família, no atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obteve-se escore 3,6, o que revela um baixo grau de orientação para a APS dos profissionais da USF. Os demais atributos obtiveram escore forte, ou seja, escores $\geq$ 6,6, o que indica forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore Essencial foi 6,6.

Verificamos que, independente dos modelos de assistência das unidades (UBS e USF), a presença e extensão foram forte para a maioria dos atributos, ou seja, escores ≥ 6,6; somente o atributo de Acesso de primeiro contato (acessibilidade) ficou abaixo do ponto de corte. Ao avaliar o Escore essencial, somente o modelo da USF apresentou maior grau de orientação à APS (Escore essencial 6,6). O modelo da UBS apresentou menor grau de orientação à APS (Escore essencial 6,4). No conjunto da análise, de todos os modelos, ou seja, de todas as unidades de saúde investigadas, apresentaram menor grau de orientação à APS (Escore essencial 6,5).

O melhor desempenho no escore essencial para as unidades com equipes de Saúde da Família está relacionado, entre outros fatores, com a melhor qualificação dos profissionais em desenvolver práticas que valorizem a promoção da saúde e prevenção das doenças, as ações intersetoriais, segundo os princípios da APS. Tal achado é um indicativo de que é preciso que sejam implementadas novas unidades de Saúde da Família ou que seja revisto o modelo das unidades tradicionais existentes.

A análise em separado das categorias profissionais de saúde evidenciou aspectos diferentes nos resultados da categoria médica e de enfermagem. Na análise dos atributos da APS, para o grupo de profissionais médicos, o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) obteve escore abaixo do ponto de corte, o que revela um baixo grau de afiliação destes profissionais a APS. Os demais atributos obtiveram escore forte, ou seja, escores ≥ 6,6, que indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore essencial na categoria foi ≥ 6,6.

Na análise da categoria médica separada por local de atuação (UBS e USF), ou seja, de modelos diferentes de atenção à saúde, verificamos que, em relação ao Escore essencial, tanto o modelo da USF (Escore 6,7) quanto o modelo da UBS (Escore 6,6) apresentaram elevado grau de orientação à APS.

Na análise dos atributos da APS, no conjunto dos profissionais enfermeiros, verificamos que o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) e coordenação (integração de cuidados) obtiveram escore abaixo do ponto de corte, o que revela um baixo grau de orientação dos profissionais à APS. Os demais atributos obtiveram escore elevado, ou seja, ≥ 6,6, que indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo. O Escore essencial foi 6,4, abaixo do ponto de corte.

Na análise da categoria enfermagem, separada por local de atuação (UBS e USF), em relação ao Escore essencial, tanto o modelo da USF (Escore 6,5) quanto o modelo da UBS (Escore 6,3) estão abaixo do ponto de corte.

Pode-se verificar que, na análise dos atributos de APS no conjunto dos profissionais enfermeiros, o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade) e coordenação (integração de cuidados) obtiveram escore abaixo do ponto de corte, o que revela um baixo grau de orientação dos profissionais à APS. Os demais atributos obtiveram escore elevado, ≥ 6,6, que indicam forte presença e extensão adequada de cada atributo.

No que tange à categoria de profissionais de saúde, de acordo com os resultados, os médicos se apresentaram com melhor desempenho para orientação na APS do que os enfermeiros. Tais achados evidenciam, dentre outros fatores, que a formação dos profissionais de saúde ainda está aquém do necessário para atuar na APS, além de haver lacunas no modelo de oferta de serviços de enfermagem proposto atualmente pela rede, modelo que segue um padrão hierarquizado e descontínuo na assistência às gestantes adolescentes. Diante desta realidade, é importante que se abram oportunidades de atuação para o enfermeiro na equipe de saúde, tais como: a realização de consultas de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal das adolescentes, nas quais a integralidade poderia se fazer mais presente e percebida pelos profissionais, fortalecendo o trabalho multiprofissional, dentro do próprio trabalho e com os serviços afins, tendo maior significado o cuidado para todos os atores envolvidos.

Diante dos resultados, é importante ressaltar que a formação dos profissionais de saúde, deve ser mais ampla e contextualizada, de modo a possibilitar que médicos e enfermeiros que atuam no cuidado pré-natal de adolescentes tenham: capacidade para reconhecer o contexto de comunicação e acolhimento, de escuta, além de reconhecer e compreender as diferenças de valores e culturais e de mobilizar soluções que integrem a realidade contextual. Acresça-se ainda o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores.

REFERÊNCIAS[7]

[7] De acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 6023

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde**, n. 1, p. 19-25, 2000.

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**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 98-104, 2009.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

AMAZARRAY, M. R.; MACHADO, P. S.; OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, p. 431-440, 1998.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 59, n. 1, p. 30-35, 2006.

ARGOTA, R. A.; LARREA, J. C.; GARCÍA, J. C.; DESPEINE, G. M. Factores que influyen em el embarazo em la adolescência. **Revista Cubana de Enfermaría**, v. 25, n. 1-2, p. 1-14, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, W. S. C.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417

BARALDI, A. C. P.; DAUD, Z. P.; ALMEIDA, A. M.; GOMES, F. A.; NAKANO A. M. S. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades publicas e privadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 799-805, 2007. Número especial.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A.C. A. Sistemas de informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária a Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 424-33, 2010.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-889, 2011.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 524p.

BRASIL. Lei nº 7. 498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção1.

BRASIL. Decreto-lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de junho de 1987. Seção 1.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de julho de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral de adolescente**. Assistência ao Pré-Natal, ao Parto e ao Puerpério: Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde do adolescente**: bases programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996a.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes de bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de dezembro de 1996b.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos**: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Ministério da Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 08 de junho de 2000a.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p.38. x

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 nov. 2001a. Seção 1, p.37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p.

BRASIL. 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, 2005a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a. 232 p.

BRASIL. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil acelera a redução da gravidez na adolescência. **Ministério da Saúde**, Brasília, 03 Mar. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137 Acesso em: 12 Ago. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional de 2010**. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 15 jun. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p

BRASIL. **Legislação Trabalhista**. 2012. Disponível em <http://portal.mte.gov.br/legislaccão>. Acesso em 01 nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando à saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, C. E. A. Avaliação e melhoria da qualidade da Atenção Primária em Saúde **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, p. 63-69, 2005, Suplemento 1.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-87

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAISER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CAVALCANTI, S. M. O. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C. Ciência e Consciência: o significado da gravidez para a adolescente. **Femina**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 311-314, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 199-212.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 95f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M., FRANCESCHINI, S. C. C.;PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista do Sistema único do Brasil: Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, C. R. H.; HARZEHEIM, E.; DINCAN, B. B.; ÁLVAREZ-DARDET, C. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros**: comparação entre o Programa de Saúde da Família e o modelo tradicional. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DIEESE. **O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras**. Nota Técnica. 2006. Diposnível em<chttp://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf>. Acesso em 01 nov. 2012.

DEMARZO, M. P.; ANDERSON, M. I. P.; TRINDADE, T. G. criação e evolução da Diretoria de Graduação da SBMFC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.7, n. 22, p. 1-3, 2012.

DONABEDIAN, A., Evaluating the quality of medical care, 1966. **Milbank Quarterly**, v.83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONOVAN, E. F.; PERLSTEIN, P.H.; ATHERTON, H. D.; KOTAGAL, U. R. Prenatal care and infant emergency department use. **Pediatr Emerg Care**, v. 16, p. 156-159, 2000.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 21, n.2-3, p. 164-176, 2007.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-natal**: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO, 2005.

FEDAK, J. M.; PEART, D. E.; CONNOLLY, L. M. A teen-driven prenatal program. **Can Nurse**, v. 92, p. 51-52, 1996.

FLÓREZ, C. E. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.18, n.6, p.388-402, 2005.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria num hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.61-70, 1998.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os preocesso de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, 1999. Número especial.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 85-92, 2004.

GAMA, S. G. N.; SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-161, 2002.

GAMA, S. G. N.; SZWARCWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; BRANCO, V. C.; LEAL, M. C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município dório de Janeiro, 1999-2000. C**adernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 101-111, 2004. Suplemento 1.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 21-23, 2008. Suplemento 1.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.469-472, 2008.

GROSCH, J. W.; CARUSO, C. C.; ROSA, R. R.; SAUTER, S. L. Long hours of work in the U.S.: associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions, and health. **Am J Ind Med**, v. 49, n. 11, p. 943-52, 2006.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, G. T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 800-806, 2008.

HAGGERTY, J. L.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M. D.; BRUNELLE, Y.; GAUTHIER, J.; GOULET, F.; RODRIGUE, J. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **Annals of Family Medicine**, v.6, p. 116-123, 2008.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659,2006.

JEOLAS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 611-620, 2003.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JOHNSON, J. V.; LIPSCOMB, J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. **Am J Ind Health**, v. 49, n. 11, p. 921-29, 2006.

LEE, J. H.; CHOI, Y. J.; SUNG, N. J.; KIM, S. Y.; CHUNG, S. H.; KIM, J. Y.; JEON, T. H.;PARK, H. K. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Journal for Quality Health Care**, England, v. 21, n. 2, p. 103-11, 2009.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SA, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 22, p. 167–177, 2007

MACINKO, JAMES.; FREDERICO, C.; GUANAIS, M, F. M. S. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, p. 13-19, 2006.

MAGALHÃES, M. L. C.; FUTADO, F. M.; NOGUEIRA, M. B.; CARVALHO, F. H. C.; ALMEIDA, F. M. L.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.;JORGE, A. O.; COSTA,M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MAUCH, S. D. N.; CABRAL, C. M. C.; PINHEIRO, Z. E. D.; PARCA, J. M. Gravidez na adolescência: um estudo sobre o problema em Santa Maria, Distrito Federal. **Brasília Médica**, v. 42, n, 1-2, p. 16-23, 2005.

MERHY, E. E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir**: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas, 1998

MONTEIRO, J. M. U. **A percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe na saúde da família**. 2006. Especialização em Saúde da Família- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

NOGUEIRA, M. I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, p. 48-70, 1998.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La salud de los jóvenes**: um reto y una esperanza. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1995.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PAGLIURA, L. M. F.; SILVA, M. J. Formação dos profissionais de enfermagem: (in) coerência entre intenção e gestos no nível de graduação e de pós-graduação. In: SEMINÁRIO NACIONAL PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7, 2003. **Anais do 7º Seminário Nacional para Educação em Enfermagem**, Brasília: ABEn, 2003. p.10-12.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 335-43, 2003. Suplemento 2.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008.

PASARÍN, M.I. An instrument to evaluate Primary Health Care from the population perspective. **Aten Primaria**, Spain, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007

PERES, A. M. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e o mercado de trabalho. São Paulo, 2006. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universalidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão**: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. 2000. 317f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2000.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3 p. 566-568, 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Dados referentes a Nascidos Vivos no Município de Ribeirão Preto** 2010. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/vigilancia/vigep/tabnet/i16indice.htm> Acesso em 15 jun. 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Companhia de Desenvolvimento de Ribeirão Preto. **Sistema de Coleta de Dados e Análise de Estatísticas Vitais** (SICAEV). Ribeirão Preto, 2010a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br> Acesso em: 20 maio 2012.

RONZANI, T. M. **Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde**: entre o ideal e o possível. 2005. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2005.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egressos do Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 217-21, 2006.

SANTOS, S. R.; FILHO, J. R. Enfermagem: fatores de satisfação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 5, p. 242-250, 1995

SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Ann Fam Med**, v. 1, n. 3, p. 134- 145, 2003.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p 269-279, 2004.

SILVA, J. L. P.; CHINAGLIA, M. L. M.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006. Cap 148, p. 1177-1183.

SOUZA, A. C. C., FILHA, M. J. M. M.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M. M.; FIALHO, A. V, M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.6, p. 805-807, 2006.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. Ney York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B.; CASSADY, C. E.; HURATO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J. P.; FRIEDENBERG, L. A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T Racionalidade médica e integralidade. Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 11, p. 195-206, 2008.

UNITED NATIONS. Convenções e tratados. **Convenção sobre os direitos da criança**, 1989. Disponível em:< http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca1.php>. Acesso em 25 Jul. 2012.

UNITED NATIONS. Re**latório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Plataforma Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf>. Acesso em 25 jul. 2012.

VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T. B. S.; LIMA, A .M D.; MASSOTE, A .W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008. Suplemento 1.

VITIELLO, N. Gestação na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 7, p. 527-32, 1981.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa **"Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde"**, que tem por objetivo conhecer a situação da gravidez na adolescência e o atendimento pré-natal na rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP. Assim, solicito sua participação, como profissional de saúde que assiste gestantes adolescentes neste serviço, no sentido de responder a um questionário sobre as ações desenvolvidas no pré-natal, o que possibilitará trazer subsídios à melhoria da assistência prestada.

Sua participação será através de uma entrevista individual, respondendo, voluntariamente, algumas questões. A entrevista será gravada e realizada em uma sala reservada desta instituição, apenas entre mim e você, sendo a duração da entrevista de aproximadamente 30 minutos. Suas informações serão tratadas com absoluto segredo, não sendo publicado seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. Você poderá responder da forma que quiser e, se tiver alguma dúvida sobre as perguntas, pode interromper a qualquer momento, bem como retirar este consentimento. Caso não deseje participar, não é obrigada e não terá nenhum prejuízo no seu serviço.

Você não terá gasto nenhum com a participação nesta pesquisa e será garantida a você uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pela pesquisadora e por você. Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

_____

Pesquisadora: Maria Cristina Bárbaro
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP
Telefone: (16) 36023405 e-mail: crisbarbaro@directnet.com.br

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa com a garantia de que será mantido meu anonimato.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo: _____

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

Parte I: Dados de Identificação **Entrevistado №**

1. Qual sua Idade?	_____anos
2. Qual o seu Sexo?	( ) Masculino [0] ( ) Feminino [1]
3. Onde trabalha? (especificar) **----------**	( ) em um único serviço ( ) em dois ou mais serviços
4. Atividade funcional que exerce na Rede Básica de Saúde: **----------**	
As questões 5 a 9 referem-se a formação e experiência do profissional	
5 . Graduação: **CURSO**_____ **INSTITUIÇÃO**_____ **ANO DE CONCLUSÃO**_____	( ) NÃO SE APLICA / NÃO FEZ
6. Residência ou especialização: **CURSO**_____ **INSTITUIÇÃO**_____ **ANO DE CONCLUSÃO**_____	( ) NÃO SE APLICA / NÃO FEZ
7. Pós-graduação: **CURSO**_____ **INSTITUIÇÃO**_____ **ANO DE CONCLUSÃO**_____	( ) NÃO SE APLICA / NÃO FEZ
8. Tempo de experiência profissional em serviço de assistência na rede de saúde de Ribeirão Preto	_____anos
9. Tempo de experiência profissional na assistência pré-natal **10. Tempo que está atuando na unidade básica de saúde considerada**	_____ anos/meses

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0192/2010

Ribeirão Preto, 08 de setembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de setembro de 2010.

Protocolo: nº 1188/2010

Projeto: SITUAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA E O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Maria Cristina Barbaro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ana Márcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B – Instrumento PCA-TOOL Brasil versão profissional

4.2 Instrumento PCATool versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 61 2/8/2010 22:01:27

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 - Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 - Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 63 2/8/2010 22:01:28

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E17 - Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E18 - Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 64 2/8/2010 22:01:28