



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE**

**PORCINA BARRETO FROTA**

**DO INTERIOR PARA A CAPITAL: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE  
GESTANTES ADOLESCENTES TRANSFERIDAS PARA FORTALEZA - CE**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2016**

PORCINA BARRETO FROTA

DO INTERIOR PARA A CAPITAL: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE  
GESTANTES ADOLESCENTES TRANSFERIDAS PARA FORTALEZA – CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Frota, Porcina Barreto .

Do interior para a capital: itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE [recurso eletrônico] / Porcina Barreto Frota. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 139 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos .

1. Itinerário terapêutico. 2. Gravidez na adolescência. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Regulação e fiscalização em saúde. I. Título.

PORCINA BARRETO FROTA

DO INTERIOR PARA A CAPITAL: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE  
GESTANTES ADOLESCENTES TRANSFERIDAS PARA FORTALEZA - CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

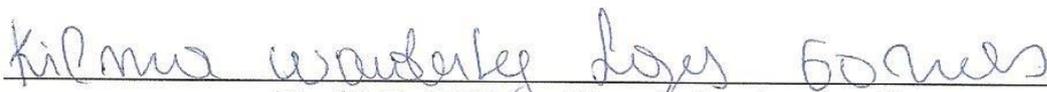
Aprovada em: 6 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



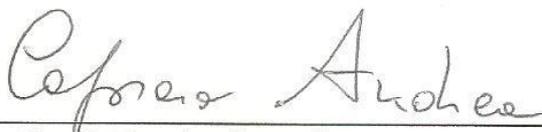
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS



---

Prof. Dr. Andrea Caprara  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos meus pais, Magela e Santana, que me ensinaram o amor e o respeito às pessoas.

Aos meus filhos, Beto e Marina, minhas razões de viver.

Às adolescentes, quase meninas, que inspiraram esse estudo e me confiaram suas histórias.

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, orientadora deste trabalho, pela dedicação, solidariedade, compreensão, paciência, confiança e amizade.

À Marina, minha filha, pelo apoio nas viagens para a realização das entrevistas e pela confecção de figuras para o trabalho.

À minha família, pelo apoio e amor incondicional, em especial à Melânia, minha Irmãzinha, pela leitura e correção ortográfica.

Às adolescentes que participaram desta pesquisa, pela confiança em compartilharem comigo suas histórias, sofrimentos, dores e alegrias.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Andrea Caprara e Profa. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes, pela leitura e contribuição para aperfeiçoamento desta dissertação.

À Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), que permitiu a realização deste estudo e me deu acesso aos Sistemas de Informação da CRESUS e do Ministério da Saúde.

Aos servidores da SESA, em especial ao Alexandre Nogueira, Supervisor do Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde (NUICS), que contribuíram para a realização do trabalho.

Aos trabalhadores da Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), pelo apoio e, principalmente, pela dedicação aos pacientes do SUS.

À Germana Ribeiro e Bárbara Maria, servidoras da CRESUS, pelo apoio na coleta de dados do estudo documental.

A todos os servidores das Secretarias Municipais de Saúde, das Coordenadorias Regionais de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS), em especial à Enf.<sup>a</sup> Ana Sabrina Silva Carneiro, coordenadora da CRESUS da 1<sup>a</sup> CRES, pela ajuda valiosa na localização das adolescentes.

À Maria do Carmo Martins e Antônio Ricardo de Oliveira, servidores da Secretaria Municipal de Maranguape, pela disponibilidade em me guiar através da íngreme subida da Serra de Maranguape.

À Universidade Estadual do Ceará (UECE) e ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA), pelo aprendizado, fomento à pesquisa e convívio saudável.

À Coordenação e ao Corpo Docente do CMPSCA, pela motivação e incentivo ao meu crescimento como pessoa e profissional.

Aos funcionários do CMPSCA, em especial à Iara, Mary Anne e Sérgio, pela paciência, disponibilidade e colaboração em todos os momentos desta jornada.

Aos meus colegas do CMPSCA, pela convivência e contribuição para à minha formação profissional.

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos ensinamentos diários, por acreditarem que é possível um sistema de saúde público, universal e equânime e por lutarem contra o desmonte do nosso SUS.

“O que aconteceu?  
Da noite para o dia,  
O meu mundo mudou  
Meu futuro acabou.  
Minha barriga cresceu,  
“Minha infância desapareceu.”

(Gabriela e Meiling)

## RESUMO

Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes, de dez a 14 anos, transferidas do interior do Ceará para Fortaleza durante o trabalho de parto, por intermédio da Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), nos anos de 2014 e 2015. Utilizou-se a análise temática e o modelo de análise holística de itinerários terapêuticos, com ênfase no acesso aos serviços de saúde e regulação assistencial. A rede social de apoio se mostrou eficaz e solidária, as adolescentes tiveram acesso à APS, mas alguns municípios estão pouco organizados estruturalmente. O acesso à informação mostrou-se ainda precário, havendo necessidade de democratizá-la para que se promova o cuidado integral em saúde, protagonismo e autonomia das pessoas. O Agente Comunitário de Saúde é um importante elo entre a comunidade e os serviços de saúde. As gestantes tiveram acesso aos hospitais de seus municípios durante o trabalho de parto, mas nem sempre de forma qualificada. As maternidades de Fortaleza mostraram-se aptas ao atendimento das gestantes, apesar da superlotação. Algumas adolescentes tiveram dificuldade de acesso hospitalar ao serem encaminhadas sem regulação, obrigando-se a peregrinarem por vários hospitais. A CRESUS trabalha, muitas vezes, utilizando-se dos contatos pessoais de seus trabalhadores para viabilizar a transferência. Há necessidade de se investir no aperfeiçoamento da assistência nos hospitais do interior do Estado, além de empoderar a Central de Regulação, definindo, formalmente, o regulador como autoridade sanitária. Escolas e serviços de saúde devem trabalhar de forma articulada, qualificando o atendimento aos adolescentes e orientando-os quanto à saúde sexual e reprodutiva, para evitar gravidez indesejada e sua reincidência. A adolescente grávida precisa ser apoiada pela escola e serviço de saúde, objetivando evitar evasão escolar e favorecer a independência e autonomia da jovem. Refazer os itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes contribuiu para a compreensão de sua experiência, oferecendo elementos que podem subsidiar ações de saúde, no sentido de garantir acesso qualificado, integral e em tempo oportuno.

**Palavras-chave:** Itinerário terapêutico. Gravidez na adolescência. Acesso aos serviços de saúde. Regulação e fiscalização em saúde.

## ABSTRACT

Field research with a qualitative approach was performed aiming to understand the therapeutic itineraries of pregnant young women (aged 10 to 14), transferred from the country side interior of Ceará state to Fortaleza during labor. These transfers were carried out in the years 2014 and 2015 through CRESUS, Portuguese acronym for the State Regulation Center of the Brazilian Universal Health System (SUS). Thematic analysis and the model of holistic analysis of therapeutic itineraries were used, with emphasis on access to health services and health care regulation. The social support network was effective and supportive and adolescents had access to PHC. However, some municipalities' hospitals were found not to offer proper structure. Access to information was still precarious, and it's necessary to democratize it, so as to promote integral health care, protagonism and autonomy of the people. The Community Health Agent is an important link between the community and the health services. The pregnant teenagers in labor had access to hospitals in their municipalities, but the service provided was not always qualified. Maternity hospitals in Fortaleza were able to receive and serve pregnant women, despite overcrowding. Some adolescents had difficulty accessing a hospital when sent without regulation, making them pilgrimage through several hospitals. CRESUS often works using the personal contacts of its employees to enable the transfers. Investments in the improvement of care in countryside hospitals are necessary. It must go together with empowering the Central Regulation, formally defining the regulator as health authority. Schools and health services must work in an articulated way, qualifying the care services for adolescents and advising them on sexual and reproductive health to avoid unwanted pregnancies. Pregnant teenagers must receive support by the school and health service to avoid school dropouts and to favor independence and autonomy of the young women. Retracing the therapeutic itineraries of pregnant adolescents contributed to the understanding of their experience and to offer elements that can subsidize health actions to guarantee qualified, comprehensive and timely access.

**Keywords:** Therapeutic itinerary. Pregnancy in adolescence. Health services accessibility. Health care coordination and monitoring.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Macrorregiões de Saúde do Ceará.....	38
Figura 2 –	Imagem de uma das residências visitadas.....	51
Figura 3 –	Imagem do caminho percorrido para chegar a uma das residências visitadas.....	52
Figura 4 –	Representação do plano de análise da pesquisa.....	54
Figura 5 –	Análise holística de Itinerários Terapêuticos.....	71
Figura 6 –	Mapa analítico dos Itinerários Terapêuticos empreendidos pelas gestantes adolescentes em busca de cuidado.....	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes conforme variáveis sociais.....	60
Tabela 2 – Distribuição das gestantes conforme variáveis obstétricas.....	63
Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos conforme variáveis selecionadas	67
Tabela 4 – Distribuição das gestantes segundo variáveis da regulação de acesso.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESUS	Central de Regulação Estadual do SUS
IT	Itinerário terapêutico
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SESA/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNISUS	Sistema de Informação da CRESUS (antigo)
UNISUSWEB	Sistema de Informação da CRESUS (atual)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1	GERAL .....	20
2.2	ESPECÍFICOS .....	20
<b>3</b>	<b>EIXO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
3.1	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS .....	21
3.2	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E REGULAÇÃO EM SAÚDE	26
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
4.4	O TRABALHO DE CAMPO.....	47
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	53
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	56
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
5.1	ESTUDO DOCUMENTAL.....	58
5.2	DIMENSÃO CONTEXTUAL E DIMENSÃO RACIONALIDADES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS.....	71
5.3	SERVIÇOS DE SAÚDE, ACESSO E REGULAÇÃO.....	79
<b>5.3.1</b>	<b>Acesso.....</b>	<b>79</b>
5.3.1.1	Acesso à atenção primária de saúde (APS).....	79
5.3.1.2	Acesso geográfico.....	81
5.3.1.3	Acesso a medicamentos e exames na APS.....	82
5.3.1.4	Acesso à informação.....	84
5.3.1.5	Acesso à atenção especializada durante o pré-natal.....	88
5.3.1.6	Acesso à atenção hospitalar no município de origem da adolescente	89
<b>5.3.2</b>	<b>Regulação .....</b>	<b>91</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Avaliação da experiência.....</b>	<b>93</b>
5.3.3.1	Avaliação da atenção primária de saúde (APS).....	93
5.3.3.2	Avaliação da atenção especializada.....	96
5.3.3.3	Avaliação da atenção hospitalar.....	96

5.4	DIMENSÃO SIMBÓLICA .....	100
5.4.1	Entre a decisão de engravidar e permanecer grávida.....	100
5.4.2	Percepção das mães sobre a gravidez da adolescente.....	102
5.4.3	Sentimentos da adolescente com a gravidez.....	103
5.4.4	Mudanças após a gravidez e maternidade.....	104
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
7	<b>TECNOLOGIA DO ESTUDO.....</b>	<b>111</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>124</b>
	APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	125
	APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO I.....	126
	APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO II.....	127
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS.....	128
	APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA AS ADOLESCENTES.....	130
	APÊNDICE F – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NOS SISTEMAS UNISUS, UNISUSWEB, SIH E SINASC.....	132
	APÊNDICE G – ROTEIRO PARA ENTREVISTA ABERTA.....	134
	<b>ANEXO.....</b>	<b>135</b>
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	136

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso à assistência pré-natal no Brasil já está bem próximo de ser universalizado, entretanto, não tem ainda uma qualidade satisfatória, não levando, muitas vezes, em consideração as necessidades de saúde reprodutivas e sexuais das mulheres, principalmente das adolescentes (BRASIL, 2011).

Mesmo quando as gestantes adolescentes são assistidas adequadamente durante o pré-natal e classificadas como de risco habitual, podem evoluir para um trabalho de parto de alto risco, ocasionado por dificuldades de acesso às maternidades em tempo oportuno. Dentre os vários fatores que obstaculizam o acesso, encontram-se, principalmente, a fragmentação das ações e serviços de saúde e a ainda incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; BRASIL, 2011).

Nesse contexto, é importante estudar o itinerário terapêutico (IT) dessas gestantes, buscando identificar os motivos pelos quais se tornam gestantes de alto risco. Compreender o itinerário percorrido pelas gestantes adolescentes em busca de cuidado permitirá a análise das facilidades, dificuldades e limitações vividas por elas em relação ao acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, assim como isso repercute em suas vidas e como a forma de organização e regulação dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) implica em suas trajetórias (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) consideram a adolescência como uma etapa da evolução da vida humana que corresponde à faixa etária de dez a 19 anos, subdividindo-a ainda em adolescência precoce, equivalendo à faixa etária de dez a 14 anos; e tardia, de 15 a 19 anos (BRASIL, 2010a; WHO, 2010; QUEIROGA *et al.*, 2014).

A adolescência tardia é o foco principal das políticas públicas, enquanto a adolescência precoce, início da puberdade, recebe atenção escassa, mesmo sendo uma fase de acelerado desenvolvimento físico e psicológico e um momento de máxima vulnerabilidade e de exposição a riscos que podem acarretar consequências por toda a vida (GÓMEZ, MOLINA; ZAMBERLIN, 2011).

Desse modo, a gravidez na adolescência é, desde meados do século XX, considerada um problema de saúde pública, principalmente nos países em

desenvolvimento (DIAS; TEIXEIRA, 2014), pois pode causar complicações obstétricas, com prejuízos para a mãe e o filho recém-nascido, assim como problemas psicossociais e econômicos (MARTINS *et al.*, 2011).

No que se refere aos aspectos biológicos, diversos estudos mostram uma maior incidência de partos pré-termo e de recém-nascidos com baixo peso entre adolescentes, principalmente entre os menores de 16 anos (QUEIROGA *et al.*, 2014; RASHEED; ABDELMONEM; AMIN, 2011; GÓMEZ, MOLINA; ZAMBERLIN, 2011). Este é um fator preocupante, considerando que são marcadores importantes de morbidade e mortalidade neonatal e infantil.

No Brasil, os partos pré-termo são responsáveis por 70% da mortalidade perinatal (MARTINS *et al.*, 2011). Em 2011, 15% dos óbitos de adolescentes de dez a 19 anos foram por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Em relação à adolescência precoce, o percentual de óbitos pela mesma causa foi de 1% (BRASIL, 2012a).

Outros fatores maternos que contribuem para resultados neonatais adversos na gravidez na adolescência são a desnutrição, a anemia ferropriva, o baixo peso materno ao engravidar, as infecções do trato urinário e vulvovaginais e a síndrome hipertensiva da gravidez (ROCHA *et al.*, 2006; GÓMEZ, MOLINA; ZAMBERLIN, 2011).

Entretanto, Molina e González (2012) *apud* Silva e Surita (2012) dizem que as complicações encontradas na gestação adolescente estão também associadas a fatores não médicos, como idade, paridade, qualidade da assistência pré-natal recebida ou ausência da mesma, estado nutricional da adolescente, doenças associadas à pobreza, além dos aspectos sociais e culturais.

Cerca de 15 milhões de mulheres abaixo de 20 anos engravidam anualmente no mundo. A grande maioria desses nascimentos, quase 95%, ocorre nos países em desenvolvimento. Metade de todos os partos de adolescentes ocorre em apenas sete países: Índia, Nigéria, República Democrática do Congo, Brasil, Bangladesh, China e Etiópia (WHO, 2010).

Nos Estados Unidos, os partos em adolescentes menores que 15 anos compreendem uma pequena fração, 0,4 por 1000 em 2010. No entanto, as gestações que terminam em aborto podem mascarar os dados, considerando a subnotificação dos casos (PINZON; JONES, 2012; SMID *et al.*, 2014; UPADHYA; ELLEN, 2011).

Copland *et al.* (2011), em estudo com adolescentes de escolas de ensino médio da Nova Zelândia, encontraram que 11,7% das estudantes relataram ter estado grávidas em algum momento, sendo que 25,4% delas engravidaram mais de uma vez.

Mesmo estando entre os sete países com o maior número de adolescentes grávidas, o Brasil vem reduzindo a taxa de gestação na adolescência. De acordo com Silva e Surita (2012), o número de partos entre jovens de dez a 19 anos, atendidas pelo SUS, teve uma redução de 22% entre os anos de 2000 e 2009. A maior redução ocorreu nas regiões Nordeste (26%) e Centro-Oeste (24,4%).

Em 2013, 19,3% das crianças nascidas vivas no Brasil eram de mães adolescentes, sendo que 1% era de mães na faixa etária de dez a 14 anos. No Ceará, o percentual de adolescentes que deram à luz no mesmo ano foi de 20,8%, com 1,1% de mães entre dez e 14 anos (BRASIL, 2014). Apesar de ser baixo o percentual de gestantes na adolescência precoce, faz-se necessário um olhar para questões como a organização e acesso aos serviços do SUS, considerando as especificidades da idade e os problemas que podem advir dessa gestação.

Rasheed, Abdelmonem e Amin (2011) chamam atenção para o fato de que as gestações não planejadas na adolescência precoce se devem principalmente à insuficiente educação sexual e falta de informação sobre métodos contraceptivos e uso incorreto ou falha destes, assim como à falta de políticas de saúde sexual e reprodutiva específicas para esse grupo.

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, do MS (BRASIL, 2010a, p. 77), os serviços de saúde ainda têm dificuldades no atendimento aos adolescentes, “que passam pelo SUS ‘invisibilizados’ por não serem reconhecidos em sua especificidade etária”.

Apesar de a legislação brasileira garantir ao adolescente o direito à saúde e atendimento nos serviços de saúde com garantia de privacidade, confiabilidade e sigilo, independentemente de estar acompanhado de adultos (BRASIL, 2007; MORAES, VITALLE, 2012), estudos mostraram que estes relataram dificuldades de acesso e se sentiram poucos acolhidos nesses serviços. (VIEIRA *et al.*, 2011; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Copland *et al.* (2011) apontaram que quase uma em cada quatro das estudantes adolescentes (24,2%) neozelandesas, que engravidaram pelo menos

uma vez, relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, principalmente no que se referiu à saúde sexual, métodos contraceptivos e testes de gravidez.

Outros aspectos que podem dificultar o acesso das adolescentes aos serviços de saúde se referem aos horários de funcionamento destes e às barreiras geográficas, econômicas e culturais. Há também o fato de que muitos serviços não estão preparados para atender às necessidades específicas desta população, o que pode causar medo às adolescentes quanto à ausência de confidencialidade e privacidade e desconforto junto aos profissionais (CARVACHO *et al.*, 2008; BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; COPLAND *et al.*, 2011; GÓMEZ; MOLINA; ZAMBERLIN, 2011).

Tais fatores podem contribuir para o aparecimento de complicações obstétricas durante o trabalho de parto. A Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), da Macrorregião de Saúde de Fortaleza, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), recebe diariamente muitas solicitações de transferência de gestantes dos municípios do interior do Ceará para o município de Fortaleza, dentre as quais se encontram, frequentemente, adolescentes em trabalho de parto. Em 2013, o percentual de gestantes adolescentes transferidas para o referido município correspondeu a 19,8% das transferências em obstetrícia feitas por meio da CRESUS (CEARÁ, 2014).

O cuidado pré-natal preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do MS, objetiva a captação precoce da gestante, um mínimo de seis consultas pré-natais, exames laboratoriais, escuta ativa e atividades educativas. Se observadas todas as orientações, é possível realizar, com segurança e em tempo oportuno, a classificação de risco gestacional e o encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de referência, minimizando assim a possibilidade de acontecerem complicações obstétricas e neonatais (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir o acesso desta população aos serviços de saúde, o MS lançou, em 2011, a Rede Cegonha. A estratégia visa proporcionar saúde, qualidade de vida e bem-estar das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e o desenvolvimento da criança, qualificando os serviços ofertados pelo SUS (BRASIL, 2013a).

Como enfermeira inserida na área de obstetrícia desde a graduação, a pesquisadora entende que a integralidade do cuidado de adolescentes grávidas

perpassa pelos modelos assistenciais adotados e práticas de proteção e promoção da saúde dessas jovens mães e de seus bebês. Anos depois, agora trabalhando em uma Central de Regulação, depara-se novamente com o problema da gravidez na adolescência precoce. Desta vez, mais amadurecida, manifestou-se o desejo de conhecer de forma sistemática o itinerário terapêutico das adolescentes grávidas do Estado do Ceará, com o intuito de poder contribuir para a melhoria do acesso dessa população aos serviços de saúde.

Desse modo, o interesse pelo tema se deveu à observação diária, na CRESUS, de número significativo de solicitações de transferência de gestantes adolescentes durante o trabalho de parto para o Município de Fortaleza, o que leva a questionamentos: como ocorrem os itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes na busca de cuidados na rede assistencial do SUS? Como são os fluxos de acesso dessas gestantes aos serviços de saúde? Quais os principais motivos para sua transferência? Quais as principais dificuldades vivenciadas por elas?

Refazer os itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o Município de Fortaleza durante o trabalho de parto poderá contribuir para a compreensão da experiência dessas adolescentes, oferecendo elementos que possam subsidiar ações de saúde por parte dos profissionais e gestores, no sentido de garantir o acesso qualificado, de maneira integral e em tempo oportuno a esta população.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza durante o trabalho de parto.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes adolescentes transferidas do interior do Ceará para o município de Fortaleza;
- caracterizar os motivos e justificativas para transferência das gestantes adolescentes;
- elaborar os fluxos das gestantes adolescentes identificando dificuldades vivenciadas no acesso, articulação da rede de serviços e acolhimento.

### 3 EIXO TEÓRICO

#### 3.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

O termo “itinerários terapêuticos” (IT) é utilizado para denominar os diversos caminhos percorridos por pessoas e grupos em busca de cuidado quando detectam alguma alteração no seu estado de saúde. O IT não considera apenas o caminho percorrido nas instituições formais, mas também os hábitos, o acaso, os atos impensados, não havendo, portanto, um modelo ou padrão onde os processos de escolha possam ser encaixados (TRAD *et al.*, 2010).

Os ITs são considerados como sendo a “prática de empreendimento de busca por cuidado em saúde de usuários na experiência do seu adoecimento”. Sendo assim, a compreensão dos caminhos percorridos pelas adolescentes gestantes na busca de cuidados pode evidenciar o que os sistemas de saúde possibilitam de resolubilidade aos problemas de saúde desta população, tudo o que estes não conseguem apreender ou resolver e o que isso produz de efeito às usuárias e suas famílias (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 171).

Analisar os ITs não pode, entretanto, limitar-se a identificar serviços de saúde e seus modelos explicativos e o acesso e uso que as pessoas fazem destes, pois isso não é suficiente para compreensão das escolhas feitas pelas pessoas. Necessário se faz compreender que o ato de escolher um tratamento sofre influência do contexto sociocultural em que cada indivíduo vive (ALVES; SOUZA, 1999).

Abordagens que se limitam às possibilidades de oferta terapêutica podem contribuir pouco para a compreensão dos processos de escolha, pois não levam em consideração quão heterogênea é a necessidade de saúde da população, além de não reconhecerem a extensão atual da noção de cuidado (TAVARES; BONET, 2008).

De acordo com Alves e Sousa (1999), o estudo das redes sociais influenciou de maneira decisiva a análise do itinerário terapêutico. Nessa perspectiva, fazem referência ao trabalho realizado na África, por Janzen (1978 *apud* ALVES; SOUSA, 1999), que lançou o conceito de *management group of therapy*, que diz respeito a um grupo de parentes e amigos que se organiza na busca de solução para a doença de uma determinada pessoa. Na verdade, o que o

“grupo faz, de fato, é trocar informações, prover apoio moral e tomar decisões e providências” (p. 128).

O IT na área da saúde é compreendido de forma eminentemente cultural, por meio de estudos da antropologia médica americana, dentre os quais se destaca o de Kleinman (1978), com seus conceitos de “Modelos Explicativos” e “Sistema de Atenção à Saúde”. Os referidos modelos foram criados a partir de pesquisa etnográfica, ao comparar o sistema médico com o sistema cultural objetivando mostrar o comportamento das pessoas na busca da resolução de seus problemas de saúde, incluindo as dimensões cultural, cognitiva e social, assim como o papel das redes sociais na tomada de decisão dos indivíduos (VASCONCELOS, 2014).

De acordo com Kleinman (1978), a maioria dos sistemas de saúde contêm três arenas sociais nas quais a doença é vivenciada e tratada: as arenas popular, profissional e *folk*. A arena popular compreende essencialmente o contexto familiar de doença e de cuidados, mas também inclui a rede social e atividades comunitárias, destacando-se aqui a automedicação, conselhos de vizinhos e assistência mútua. É nesta arena que algo entre 70 e 90% das enfermidades é tratada exclusivamente e onde a maioria das decisões sobre quando procurar ajuda nas outras arenas e a quem consultar é tomada. A arena profissional é composta pela medicina profissional científica (ocidental e cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas e pelos sistemas tradicionais profissionalizados, tais como o chinês, *ayurvédico* e *uanani*. A arena *folk* é constituída por especialistas de cura não profissionais, como curandeiros e benzedeiros, às vezes classificados pelos etnógrafos como grupos sagrados e seculares.

A partir do conceito de “Modelos Explicativos”, o mesmo autor também faz a diferenciação entre *disease*, que ele chama de um mau funcionamento ou má adaptação do processo biológico e/ou psicológico do indivíduo, que está mais comumente associada à arena profissional; e *illness*, que significa a experiência de adoecer (ou perceber a doença) e a reação social à doença, ou seja, é a maneira como a pessoa doente, sua família e sua rede social percebem, classificam, explicam, avaliam e respondem à doença (KLEINMAN, 1978).

Kleinman (1978), mesmo reconhecendo a importância dos fatores sociais e interativos, enfatiza apenas os elementos culturais, tendendo a dar uma visão uniformizada dos modelos explicativos, compartimentalizando os subsectores do sistema. No entanto, é importante perceber que os “diversos subsistemas

usualmente não estabelecem fronteiras definidas entre si, podendo coexistir com pouca capacidade de se excluírem mutuamente” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 129).

Após vasta pesquisa bibliográfica sobre IT, Alves e Souza (1999) chamam atenção que quase todos os estudos estão ancorados em discursos explicativos, de caráter nomológico-dedutivo, com os quais tentaram interpretar os profundos e multifacetados processos de escolha e avaliação de busca de cuidado. Esses discursos, ao desenvolverem enunciados baseados em proposições já estabelecidas, como “valores culturais”, “estruturas de redes sociais” e “modelos explicativos”, consideraram que as ações desenvolvidas pelas pessoas para lidar com suas aflições são meramente explicativas.

A explicação, entretanto, desvenda a conduta das pessoas de forma racional e baseia-se na busca de uma suposta ordem, não levando em devida conta os diversos contextos, intencional, circunstancial e dialógico, em que as pessoas buscam solução para seus problemas de saúde e desenvolvem suas ações para cuidar de suas aflições (ALVES, SOUZA, 1999).

Necessário se faz, além de explicar, interpretar os caminhos percorridos pelas pessoas. Interpretar é compreender, buscar significados. Compreender é “apreender e explicitar o sentido da atividade individual ou coletiva como realização de uma intenção” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 131). Desse modo, é preciso que os estudos sobre IT possam evidenciar as experiências, as trajetórias e projetos individuais de cada pessoa, que o sujeito do processo seja apresentado como alguém que vive em grupos sociais, onde compartilha suas crenças e maneiras de lidar com o mundo, que foram adquiridas, ampliadas, reformuladas ou descartadas durante sua história de vida (ALVES; SOUZA, 1999).

Especificamente na adolescência, fase de profundas mudanças físicas, emocionais, afetivas e sociais (RODRIGUES, 2010), o indivíduo passa por um processo de estruturação interna, de conflitos de identidade, em busca de autonomia e identificação com seus pares. Nesta fase, o desenvolvimento físico é acompanhado pelo crescimento emocional, é quando ocorre também a necessidade de se centrar em si mesmo, mas também a de aceitação pelos outros, de inclusão e de independência (MOTA; ROCHA, 2010).

Neves Filho (2007) afirmou que os adolescentes não são captados pelo modelo de saúde atual por este estar centrado na doença, quando os jovens estão em uma fase da vida em que pouco adoecem. Ressaltou ainda que se procurarem conhecer os adolescentes, os profissionais de saúde terão a chance de aperfeiçoar sua prática profissional. Todavia, faz-se necessário que haja empatia e escuta ativa por parte desses profissionais, além de ser indispensável sua familiaridade com as especificidades da idade: perdas e lutos da adolescência, vulnerabilidade e sinais de alerta.

Sobre as perdas e lutos da adolescência, Neves Filho (2007) destacou o processo de luta pela perda do corpo infantil, o tédio relacionado às atividades infantis e a busca por coisas novas, incluindo aí o comportamento de risco, necessitando que habilidades como poder de decisão, comunicação e assertividade, dentre outras, sejam estimuladas.

No que se refere à vulnerabilidade, o autor chamou atenção para o fato de que o adolescente está mais sujeito a influências externas, que podem ser ou não adequadas. Sendo assim, é essencial que se fique alerta a sinais como isolacionismo, desleixo com o corpo e vestimentas, queda no desempenho escolar e afastamento de amigos e atividades antes valorizados.

Nesse contexto de amadurecimento fisiológico, o adolescente descobre novas relações e experiências, incluindo as de caráter afetivo e sexual, que podem gerar profundos conflitos, podendo ter como consequência a gravidez precoce. Eduardo *et al.* (2005), em estudo sobre as reações de adolescentes frente à gravidez, identificaram que a maioria não a planejou e não pensou que pudesse acontecer com elas. Sentimentos contraditórios como alegria, tristeza e até indiferença são relatados, sendo a gravidez compreendida, por algumas, como um símbolo de emancipação e independência.

As autoras concluíram que tanto as redes sociais, nas quais as adolescentes estão inseridas (escola, vizinhos, comunidade religiosa, amigos), quanto o apoio recebido nos serviços de saúde pode contribuir para que a gestação seja vivenciada com mais tranquilidade e segurança, com destaque para o apoio da família e do companheiro.

Sendo assim, o IT é uma cadeia de múltiplos eventos que formam uma unidade, “é estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem” e o nome “designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objetivo

preconcebido: o tratamento da aflição” (ALVES; SOUZA, 1999). Nesse sentido, Trad *et al.* (2010) confirmaram a proposição dos autores mostrando em seu estudo:

[...] que não há *a priori* neste processo a manifestação de uma unidade articulada, mas sim a tentativa consciente de remontar o passado com base no conhecimento atual. Articulam-se nesse processo, sistemas de significados associados a padrões de interações pessoais e das instituições sociais (p. 800).

Pinho e Pereira (2012) corroboraram com os autores acima, apresentando o IT como sendo “os percursos na busca por cuidados; como trajetórias na tentativa para solucionar problemas de doença; como movimentos para preservar ou recuperar a saúde” (p. 439). Afirmaram que ainda persiste a ideia de se pensar os itinerários como a peregrinação das pessoas pelos serviços formais de saúde em busca de cuidado, excluindo-se relevantes caminhos percorridos, embora reconheçam a importância de tais abordagens para a elaboração e avaliação de políticas públicas.

Um levantamento bibliográfico feito recentemente por Cabral *et al.* (2011) mostrou as diferentes abordagens sobre IT no Brasil. As autoras apresentaram três principais linhas entre os estudos encontrados. O primeiro grupo de trabalhos mostrou o IT voltado para a percepção das pessoas sobre sua doença e o impacto disso sobre sua busca por cuidados. Já a segunda linha de estudos tratou do IT como sendo base para avaliação da efetividade dos serviços de saúde na garantia do acesso. A terceira abordagem reuniu elementos das duas anteriores, ou seja, considerou o caminho percorrido pelos pacientes “dentro de um campo de possibilidades, geradas por situações concretas de dificuldade ou por facilidade de acesso ou incapacidade do serviço em atender determinadas demandas” (CABRAL *et al.* 2011, p. 4439).

Dias (2013), ao analisar o estudo de Cabral *et al.* (2011), concordou que o IT, na última abordagem, permite a captação de elementos significativos para se compreender a experiência de adoecer, além de possibilitar a avaliação da assistência na perspectiva de quem adocece. Assim, a autora destacou o “potencial do itinerário terapêutico como forma de subsidiar a organização de serviços de modo a oferecer práticas mais integradas e acolhedoras” (DIAS, 2013, p. 45).

Bellato, Araújo e Castro, em estudo de 2008, já apontaram o IT como uma excelente tecnologia de avaliação das práticas em saúde, o modo como organizá-las

e seus efeitos nas vidas dos usuários do SUS e de suas famílias. Ao revelar as necessidades de saúde na perspectiva de quem adoece e busca cuidado, o IT também possibilita a construção de novos saberes sobre a experiência de adoecimento das pessoas, oferece um novo sentido à prática profissional, mostrando ser possível haver resolubilidade e integralidade da atenção.

Mesmo a gravidez na adolescência não sendo considerada de alto risco pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), é essencial que se discuta as consequências advindas dela, devido às necessidades inerentes e imprescindíveis a esta faixa etária, sendo o aspecto psicológico o mais complexo, considerando o desenvolvimento, transformações e descobertas nesta etapa da vida. Entretanto, os aspectos biopsicossociais não podem ser esquecidos, pois impactam diretamente nas condições de vida da jovem mãe e de seu filho (MONTAGNER; STEIN, 2010).

Estudos apontam que, quando há uma assistência pré-natal adequada, não ocorrem diferenças clínicas e obstétricas significativas entre adolescentes e mulheres de outras faixas etárias. No entanto, condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para retardar o início e diminuir a adesão ao pré-natal pelas adolescentes gestantes. Por isso, o pré-natal dessas gestantes deve ser responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, para que não se limite só às questões biológicas (CURITIBA, 2006).

Desse modo, concorda-se com Bellato, Araújo e Castro (2008) que, ao evidenciar a experiência de busca de cuidado empreendida pela gestante adolescente, o IT permitirá que se analisem as facilidades, dificuldades e limitações dessa busca no que se refere ao acesso, a resposta dos serviços de saúde e a resolubilidade obtida, ou não, em cada busca de cuidado.

### 3.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E REGULAÇÃO EM SAÚDE

As trajetórias terapêuticas são um importante mecanismo para se apreender as necessidades em saúde dos usuários, considerando que elas auxiliam na organização dos serviços de saúde, objetivando a efetivação dos princípios do SUS (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

O SUS, que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, está configurado como uma rede complexa estruturada em níveis

descentralizados, regionalizados e hierarquizados de atenção. Tem o objetivo de atender às necessidades de saúde da população nas dimensões de promoção, prevenção tratamento e reabilitação (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Para que se discorra sobre integralidade e necessidades de saúde, torna-se necessário que as ações e as políticas de saúde considerem as necessidades da população e o contexto no qual ela se encontra inserida. Camargo Júnior (2005 *apud* GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008) diz que o termo “necessidades de saúde” está relacionado ao planejamento em saúde e à identificação de metas e intervenções frente aos problemas de saúde.

Cecílio (2009) considera como um grande desafio fazer uma conceituação de necessidades de saúde da qual os trabalhadores de saúde possam se apropriar e implementar, buscando assim uma atenção mais humanizada e qualificada.

De acordo com o autor, necessidades de saúde se referem à busca de resposta para as más condições de vida em que o indivíduo está vivendo, de um vínculo afetivo com o profissional de saúde, acesso aos serviços e tecnologias de saúde, assim como a busca de maior autonomia na sua vida.

Desse modo, Cecílio (2009) afirmou que universalidade, integralidade e equidade formam um conceito tríplice, um quase signo, onde estão implícitas a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças sociais. Ao discutir integralidade e equidade e compreendendo não ser possível desvinculá-las da universalidade do acesso, ele recorreu às necessidades de saúde para orientar suas reflexões, ressaltando que:

[...] a potencialidade que têm de ajudar os trabalhadores/ equipes/ serviços/ rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas (p. 117).

O autor propõe uma taxonomia de necessidades de saúde baseada em quatro conjuntos de ideias: necessidade de boas condições de saúde; acesso para consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos efetivos e afetivos entre o usuário e o profissional/equipe de saúde; e cada pessoa ter autonomia na sua maneira de viver a vida, considerando aqui a importância da informação e educação para a construção da autonomia de cada um.

Cecílio (2009) relatou que “ter boas condições de saúde” se refere tanto ao sentido mais funcionalista, que trata dos fatores externos que determinam o processo saúde-doença, como no sentido que enfatiza a inserção dos indivíduos em diferentes lugares. Ao se referir ao segundo conjunto de necessidades de saúde, o acesso às tecnologias de saúde, o autor afirmou que o valor de cada tecnologia (leve, leve-dura e dura) depende do momento e da necessidade de cada pessoa, sendo necessário abandonar qualquer hierarquização entre elas.

O terceiro conjunto de necessidades, a criação de vínculos entre usuários e equipe/serviços de saúde, diz respeito ao fato de se reconhecer o vínculo como sendo um encontro de subjetividades, ou seja, o estabelecimento de uma relação calorosa, contínua, pessoal e intransferível. O último conjunto se referiu à necessidade de se ter autonomia, que inclui a necessidade de se ter educação e informação em saúde como requisito parcial para alcançar autonomia. Para que haja integralidade da atenção, todas essas necessidades precisam ser escutadas, traduzidas e atendidas pela equipe/serviço de saúde da melhor forma possível (CECÍLIO, 2009).

Embora a universalidade e a integralidade estejam garantidas na Constituição Federal de 1988, ainda existem muitas dificuldades no sentido de implementar as políticas de saúde, seja pela inadequação de algumas políticas às diversas realidades encontradas no Brasil, seja devido à falta de compromisso e responsabilidade profissional, social e política no que se refere ao SUS (GERHARDT; ROTOLI, RIQUINHO, 2008).

A integralidade assegura ao usuário ingresso em todas as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo seu acesso a todos os níveis de complexidade do SUS. Também prevê uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009).

Desse modo, a integralidade pode ser entendida como o todo, sendo importante pensar a pessoa como integrante deste todo, “que vai desde seu corpo físico até sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, onde tudo está em constante interação”. Para isso, é primordial conhecer como as pessoas vivem e quais são suas histórias de vida, o que é diferente para cada um e para cada contexto. (GERHARDT; ROTOLI, RIQUINHO, 2008, p. 200).

Sendo assim, é urgente que se construa um novo modelo assistencial levando em consideração os novos desafios que se impõem à consolidação, manutenção e aprimoramento do SUS. Para a construção desse novo modelo, faz-se necessário o entendimento de que existem a lógica dos serviços de saúde e a lógica dos usuários, e que ambas estão implicadas e não acontecem separadamente. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

A lógica dos serviços de saúde corresponde às práticas profissionais e à maneira como são organizadas as quais, de algum modo e em algum momento, atendem às necessidades de cuidado da população que assistem. Porém, a lógica dos usuários e suas famílias não se limita aos serviços de saúde como o lugar priorizado para esta busca. Isso significa que, independente da lógica previamente estabelecida pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, as pessoas percorrem, quase que intuitivamente, sua lógica, que vai sendo traçada à medida que estas fazem a trajetória em busca do cuidado. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Nessa perspectiva, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2012c), elaborada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), diz, em seu artigo 2º, que “toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (p. 8). Esta Carta enfatiza ainda o direito de todos a um tratamento adequado, em tempo oportuno e humanizado.

O referido documento traz o acesso e o acolhimento como eixos norteadores para a entrada dos usuários nos serviços de saúde, com os quais Corrêa *et al.* (2011) corroboram, ao afirmarem que os referidos eixos são necessários para que se possa obter resultados favoráveis nas intervenções em saúde, pois possibilitam a continuidade e a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

É essencial que se faça a conceituação do que seja acesso aos serviços de saúde, objeto de estudo tanto da literatura nacional como da internacional, muitas vezes devido à presença de barreiras para a população, tais como filas para marcação de consultas e para atendimento, assim como para a criação de estratégias de superação (ASSIS; JESUS, 2014).

De acordo com o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (MICHAELLIS, 2009), a palavra acesso significa aproximação, chegada, entrada,

admissão, alcance. Considerando esta definição, pode-se dizer que acessar os serviços de saúde expressa a concretização de um direito social, bem como uma maneira de acessar a riqueza socialmente produzida. No entanto, a concepção de acesso utilizada na saúde é mais abrangente, incorporando a entrada e a utilização dos serviços de saúde, com a garantia de continuidade do cuidado (ALVES, 2010).

Sanchez e Ciconelli (2012) concordam com a importância de se conceituar acesso à saúde, além de se criar modelos que possam medir esse acesso, como forma de desenvolver planos e metas sustentáveis para a saúde. Entretanto, as autoras afirmaram que esse conceito vem se tornando cada vez mais complexo, considerando que tem incorporado aspectos difíceis de serem medidos.

Donabedian (2003) utilizou o termo acessibilidade, mais abrangente do que acesso, pois se refere às facilidades ou limitações que o indivíduo tem para utilizar o sistema de saúde. De acordo com o autor, isso depende de fatores espaciais, como distância até o serviço de saúde e o custo do transporte; de fatores organizacionais, tais como dias e horários que esses serviços estão funcionando; de fatores econômicos relacionados, no caso do Brasil, ao financiamento do SUS; e de fatores culturais e sociais, como etnia e religião.

Nessa perspectiva e objetivando descrever as dimensões de acesso à saúde, Sanchez e Ciconelli (2012) realizaram levantamento bibliográfico, que apontaram para diferentes aspectos do acesso como características da população, disponibilidade organizacional e geográfica dos sistemas de saúde, satisfação do paciente, dentre outros.

As autoras afirmaram que, atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Segundo elas, essas dimensões podem ser mensuradas por meio de indicadores de processo e de resultados, permitindo a identificação da existência ou inexistência de equidade no acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A disponibilidade corresponde à existência ou não do serviço de saúde em local e tempo oportunos. Essa dimensão compreende a “relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessita, como distância e opções de transporte”. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 261). Inclui também o transporte dos profissionais de saúde e sua disposição de ir até os usuários, assim como a maneira como os serviços se ajustam às necessidades da

população (horário de funcionamento, emergências), bem como o tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços prestados.

A aceitabilidade corresponde ao tipo de serviços prestados e como eles são vistos pelos usuários. De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), essa é a dimensão mais difícil de ser medida e percebida, pois aí estão inseridos aspectos como idade, etnia, sexo, idioma, crenças e condições socioeconômicas. As expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários, bem como a confiança e o respeito mútuo estão inseridos nessa dimensão.

No que se refere à capacidade de pagamento, essa dimensão “compreende a relação entre o custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde”. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 262).

A quarta dimensão do acesso referida por Sanchez e Ciconelli (2012) corresponde à informação, que resulta do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o usuário. Estar bem informado é essencial para o empoderamento dos indivíduos, considerando que a ausência ou precariedade de informação/conhecimento impossibilita a tomada de decisão adequada para satisfação de suas necessidades.

Em estudo sobre acesso em saúde, Assis e Jesus (2014) afirmaram que, apesar de o acesso ser ainda seletivo, focalizado e excludente, as oportunidades de utilização dos serviços de saúde avançaram após a criação do SUS, mesmo persistindo diferenças significativas entre as diversas regiões do país. De acordo com os autores, os limites para o acesso universal se devem a fatores socioeconômicos e culturais e barreiras geográficas, apesar dos avanços no que se refere à ampliação de oferta de serviços na rede básica.

Almeida *et al.* (2014) ressaltaram que as dificuldades de acesso universal aos serviços de saúde mostram que a legalidade de uma proposta nem sempre representa sua implementação, considerando que, mesmo após 27 anos da criação e regulamentação do SUS, ainda se vive “uma realidade desigual e excludente de acesso ao sistema de saúde” (p. 112).

Assis e Jesus (2014) entendem que se deve ter uma compreensão multidimensional de acesso, que engloba caracteres sociais, políticos e econômicos, que devem estar presentes na formulação e execução de políticas de saúde tais como organização, disponibilidade e acessibilidade dos serviços, assim como o

acolhimento e as necessidades da população, com vistas à resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do SUS.

Nesse contexto, reconhecendo a pluralidade e a complexidade do tema, os autores propõem um modelo de análise da categoria acesso, organizado em cinco dimensões – política, econômico-social, técnica, simbólica e organizacional – que orientem o atendimento das necessidades de saúde da população, em busca de uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

A dimensão política deve buscar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, assim como a pactuação entre as diversas instâncias de poder, objetivando superar o déficit de oferta dos serviços de saúde, em todos os níveis. (ASSIS; JESUS, 2014).

A dimensão econômico social está relacionada aos investimentos na rede pública de saúde, necessitando que sejam definidas as responsabilidades financeiras das esferas federal, estadual e municipal, além da identificação de barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas que possam comprometer a equidade na atenção à saúde (ASSIS; JESUS, 2014).

A dimensão técnica, responsabilidade dos profissionais e gestores do SUS e dos prestadores de serviços públicos e privados, deve colocar o indivíduo no centro da atenção à saúde, utilizando-se de estratégias como o acolhimento, o vínculo e a autonomia, tanto da equipe como do usuário (ASSIS; JESUS, 2014).

A dimensão simbólica diz respeito ao modelo das representações sociais sobre a atenção e o sistema de saúde e trata da compreensão do processo saúde-doença, da cultura, das crenças e valores das pessoas e dos grupos sociais que vivem nos diversos territórios (ASSIS; JESUS, 2014).

No que se refere à dimensão organizacional, deve-se estar atento à capacidade dos serviços de saúde para responder às necessidades da população, com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema e a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade através da regulação (ASSIS; JESUS, 2014).

De acordo com os serviços formais de saúde, o acesso é comandado pela “regulação”, instrumento de gestão que “estabelece e ‘liga’ o fluxo da linha de produção em saúde na rede de serviços descentralizados e hierarquizados do sistema, direcionando, entre seus três níveis de atenção” (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 174).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) (BRASIL, 2002b) – define regulação de acesso ou regulação da assistência como sendo a:

Disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada [...].

[...] efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. (p. 25, 26).

Sendo assim, a regulação do acesso refere-se à disponibilização do cuidado em tempo oportuno e de forma qualificada, o que faz com que Cecílio *et al.* (2014), em um estudo sobre o “agir leigo” e a produção de mapas de cuidado, apontem para uma tripla definição de acesso: “ele é um ‘chegar lá’, no tempo adequado, obtendo o que se precisa” (p. 1503).

Os autores afirmam que a regulação é um campo de conflito e disputas, onde os diversos atores atuam em busca do cuidado em saúde. Sugerem que a regulação deve ser vista como “regras do jogo” que são produzidas e negociadas socialmente, para que se possa pensá-la como uma produção (CECÍLIO *et al.*, 2014).

Nesse estudo, os pesquisadores identificaram quatro regimes de regulação: a governamental, realizada pelos gestores; a profissional, feita pelos profissionais de saúde através de contatos pessoais; a clientelística, feita por políticos; e a leiga, que os autores chamaram de “agir leigo” e definiram como sendo a “variedade de arranjos e soluções produzidos por cada usuário, reconhecidos a partir de suas histórias de vida” (CECILIO *et al.*, 2014, p. 1508).

Segundo os mesmos autores, não existe nenhuma pessoa que não se posicione diante da doença, pois o que move o “agir leigo” são a doença, a dor, o sofrimento, o sentimento de fragilidade e as necessidades de saúde, entendidas no seu sentido mais amplo. Apesar da carga depreciativa contida na expressão “agir leigo”, partindo do adoecimento e do sofrimento, as pessoas são capazes “de produzir um saber assessor ao saber dos especialistas, com força suficiente para orientar profundas transformações nos modos de se pensar e organizar o cuidado” (CECÍLIO *et al.*, 2014, p. 1510).

Desse modo, constata-se que o acesso às ações e aos serviços de saúde é um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo SUS que, mesmo tendo incluído

uma imensa parcela da população, ainda é excludente, mesmo que se considere o subfinanciamento do sistema. Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012, p. 121) consideram que “uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve programar ações-meio que facilitem a boa terminalidade das ações de atenção”, tais como assegurar o acesso dos usuários às consultas, exames e terapias, assim como ao atendimento às urgências, aos leitos hospitalares e outros que se fizerem necessários.

Em estudo sobre acesso ao SUS e as representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação, Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) pontuam que a regulação do acesso:

[...] é atravessada por quatro linhas de força – o Estado, os serviços privados, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços –, caracterizando um sistema contraditório e repleto de tensões, próprio de um cenário complexo e que contempla diferentes sujeitos no curso da sua ação. Essa rede de forças e de relações acaba por determinar o melhor ou o pior resultado da ação das Centrais de Regulação, ora privilegiando os interesses individuais, ora os coletivos, por um lado, e ora os públicos, ora os privados, por outro, em função da rede de tensões que se estabelece (p. 121).

Os autores identificaram diversas categorias representacionais no referido estudo, dentre as quais se quer destacar aqui as dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso, o papel e as práticas da regulação, e a rede de relações pessoais determinando o acesso.

Ao discorrerem sobre a categoria “dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso”, os mesmos autores relembram que o acesso aos serviços de saúde do SUS deveria começar a partir da APS, responsável pela cobertura integral da população de uma determinada área geográfica. Ao mesmo tempo, afirmaram que esse pressuposto é fictício, já que a APS impõe diversas barreiras ao acesso dos usuários aos serviços. Consideraram que, muitas vezes, a população é encaminhada a outro nível de atenção do sistema sem que os recursos da atenção primária tenham sido esgotados, queimando etapas no processo de cuidado em saúde e contribuindo para as longas filas de espera na atenção especializada.

No que diz respeito ao papel e às práticas da regulação, Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) a dividiram em duas subcategorias. Na primeira, o desafio da busca da melhor alternativa assistencial, eles destacaram a importância de

interfaces bem articuladas entre as instâncias assistenciais como forma de se garantir o acesso dos pacientes, assim como a alteração das pactuações existentes, de acordo com os recursos disponíveis e a demanda da população. Chamaram também atenção para o fato de que as Centrais de Regulação são “observatórios privilegiados da saúde”, pois têm a capacidade de acompanhar, em tempo real, o funcionamento do sistema de saúde, gerando informações para a melhoria do atendimento às necessidades de saúde da população.

Sobre a segunda subcategoria, o uso de critérios de priorização do acesso, os autores disseram que constitui prática alternativa dos reguladores, mesmo nas urgências, frente à escassez de opções para o atendimento. Isso gera angústia nas equipes das Centrais, por serem responsabilizadas pela escolha dos pacientes que serão atendidos. Além disso, as Centrais de Regulação não têm autonomia para criar soluções imediatas ao se acharem diante de necessidades prementes.

A última categoria destacada, a rede de relações pessoais determinando o acesso, trata da “responsabilização pessoal no acesso, desenvolvida por meio das redes de relações pessoais determinando o atendimento”. (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012, p. 130). Esta ação decorre da relação entre os recursos escassos e a alta demanda por cuidados de saúde, dando origem às iniciativas pessoais dos trabalhadores das Centrais de Regulação como forma de resolver as demandas dos usuários, representando, no entanto, a insuficiência e falta de capacidade de resposta do sistema. Essa responsabilização pessoal por parte da equipe da regulação acaba sendo incorporada ao processo de trabalho das Centrais e a resposta possível às dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, buscar-se-á estudar os itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes transferidas para o município de Fortaleza por intermédio da CRESUS, sob a ótica do acesso, em sua dimensão organizacional, e da regulação, entendendo as Centrais de Regulação como espaços privilegiados para observação do sistema, capazes de propor aos gestores ações efetivas, eficazes e ágeis para facilitar o fluxo da população aos serviços de saúde e o atendimento de suas necessidades de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, que levou em conta os itinerários terapêuticos (ITs) das gestantes adolescentes transferidas do interior do Ceará para o Município de Fortaleza em busca de assistência durante o trabalho de parto.

A pesquisa de campo é caracterizada por estudos onde se realiza pesquisa bibliográfica e/ou documental, assim como coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (FONSECA, 2002 *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para Minayo (2014, p. 23), a pesquisa qualitativa tem como objeto a compreensão da lógica interna de grupos, instituições e pessoas no que se refere aos seus “valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; e processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais”.

A pesquisa qualitativa cuida das dimensões da realidade que não podem ser quantificadas, procurando compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Ela “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, considerando que o homem se caracteriza por agir e, principalmente, por pensar e interpretar o que faz, a partir da realidade vivida e compartilhada com seus congêneres (MINAYO, 2013, p. 21).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Essa pesquisa adotou como ponto de partida a CRESUS/Macrorregião de Saúde de Fortaleza, onde foram consultados os relatórios de transferências e de transferências efetivadas e os laudos eletrônicos de solicitação de transferência, dos sistemas de informação UNISUS e UNISUSWEB, objetivando traçar o fluxo de transferência, através da CRESUS, das gestantes adolescentes transferidas do interior do Ceará, que compõem as Macrorregiões de Saúde de Fortaleza, Litoral

Leste/Jaguaribe e Sertão Central, para o município de Fortaleza, assim como caracterizar os motivos e justificativas destas transferências.

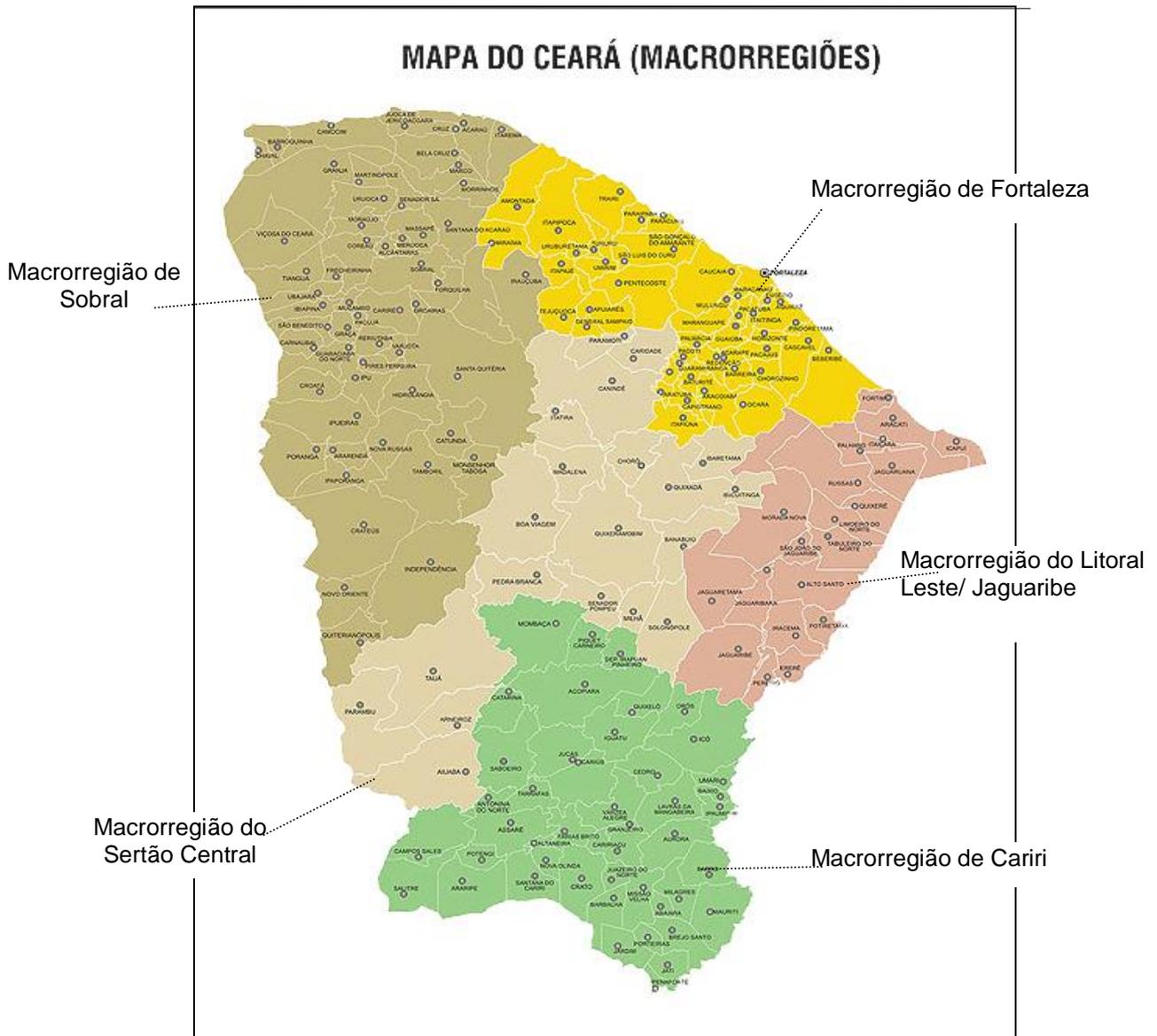
Desde sua implantação, em 2002, a CRESUS utilizou o sistema de informação UNISUS, quando, em 2014, a SESA/CE decidiu realizar sua atualização tecnológica. O UNISUSWEB hospitalar começou a ser utilizado em novembro de 2014, justificando a utilização dos relatórios dos dois sistemas para que se possa traçar os fluxos de transferência da população estudada.

Com o intuito de obter informações para caracterização do perfil dessas gestantes, também foram consultados o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), ambos do Ministério da Saúde, sob responsabilidade da SESA/CE. Foram coletadas informações como data de nascimento, escolaridade, estado civil, raça, ocupação, município de residência, história obstétrica e neonatal.

Com a publicação da NOAS 01/2001, a organização dos serviços de saúde do Estado do Ceará foi apresentada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2001, que dividiu o espaço territorial do estado em três Macrorregiões de Saúde – Fortaleza, Sobral e Cariri, contendo 21 Microrregiões (CEARÁ, 2001). Em 2006, O PDR foi revisado e o estado passou a ser dividido em 22 Microrregiões de Saúde (CEARÁ, 2006).

O PDR de 2011 dividiu o estado em quatro Macrorregiões de Saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri e Quixadá (CEARÁ, 2012). O PDR de 2014, em revisão ao de 2011, dividiu o Estado do Ceará em cinco Macrorregiões de Saúde: Fortaleza, Cariri, Sobral, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central (FIGURA 1), permanecendo as 22 Microrregiões, agora denominadas Regiões de Saúde, do PDR de 2006 (CEARÁ, 2014).

**Figura 1 – Macrorregiões de Saúde do Ceará**



Fonte: CEARÁ (2014).

A Macrorregião de Saúde de Fortaleza é composta pelas Regiões de Saúde de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel, perfazendo um total de 44 municípios, com uma população de 4.560.149 habitantes, correspondendo a 51,9% da população do Estado (CEARÁ, 2014).

Considerando que as Macrorregiões de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, com 532.06 habitantes (6,1%), e do Sertão Central, com 631.037 habitantes (7,2%), encontram-se em processo de organização para atendimento de alta complexidade, a Macrorregião de Fortaleza ainda é referência terciária para as mesmas no que se refere à regulação de acesso (CEARÁ, 2014a).

Como mecanismo de regulação para garantia de acesso da população aos Serviços de Referência Intermunicipal, a CRESUS foi implantada em 2002, abrangendo a totalidade dos municípios do Estado, sendo constituída de 21 Centrais de Regulação nas Regiões de Saúde e três Centrais Macrorregionais. É um complexo regulador que consiste em central de marcação de consultas e exames especializados de média e alta complexidades e central de regulação hospitalar de referências intermunicipais (FROTA, 2010). A criação da CRESUS vai de encontro à normatização da NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001), que define como responsabilidade do gestor estadual a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo 30 adolescentes na faixa etária de dez a 14 anos, que foram transferidas durante o trabalho de parto para unidades de maior complexidade, no município de Fortaleza, por meio da CRESUS, nos anos de 2014 e 2015, residentes nos municípios que compõem as Macrorregiões de Saúde de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central.

Justifica-se a escolha dessa faixa etária porque, apesar da gestação em adolescentes não ser, clinicamente, considerada de alto risco, o Ministério da Saúde reconhece que existem fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação. Um desses marcadores corresponde às características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, sendo a idade menor que 15 anos ou menarca há menos de dois anos também apontadas como risco (BRASIL, 2012b).

O primeiro momento da pesquisa foi constituído de estudo documental, tendo como fontes os sistemas de informação UNISUS e UNISUSWEB, da CRESUS, o SIH e o SINASC, do Ministério da Saúde e sob a responsabilidade da SESA/CE.

O estudo documental consiste na exploração de fontes que “não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. Na pesquisa científica, qualquer arquivo, escrito ou não, que possa contribuir para a investigação de um fato ou fenômeno é considerado um documento (GIL, 2008, p. 51).

Quadro 1 – Caracterização das gestantes

(continua)

Adolescente	Idade*	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de consultas pré-natal	Idade gestacional (semanas)	Motivo da transferência	Observação
1	13	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	34	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
2	13	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	37	Trabalho de parto prematuro	Regulada
3	13	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	38	Distorcia de acomodação	Transferida sem aguardar busca de vaga
4**	11	Sem registro	Sem registro	Sem registro	Sem registro	Sem registro	Trabalho de parto + asma	Transferida sem aguardar busca de vaga
5	14	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	40	Trabalho de parto	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
6	13	Solteira	Fundamental II	Estudante	7 e mais	39	Pré-eclâmpsia	Transferida sem aguardar busca de vaga

**Quadro 1 – Caracterização das adolescentes**

(continuação)

<b>Adolescente</b>	<b>Idade*</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Nº de consultas pré-natal</b>	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	<b>Motivo da transferência</b>	<b>Observação</b>
7	13	União estável	Fundamental II	Dona de casa	7 e mais	39	Pré-eclâmpsia	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
8	14	Solteira	Fundamental II	Estudante	4 a 6	38	Trabalho de parto	Regulada
9	13	Solteira	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	36	Trabalho de parto	Transferida sem aguardar busca de vaga
10	12	Solteira	Fundamental II	Ignorado	4 a 6	33	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
11	13	Solteira	Fundamental II	Dona de casa	7 e mais	40	Cesárea anterior	Transferida sem aguardar busca de vaga
12	14	União estável	Fundamental II	Estudante	4 a 6	38	Pré-eclâmpsia	Transferida sem aguardar busca de vaga

Quadro 1 – Caracterização das adolescentes

(continuação)

Adolescente	Idade*	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de consultas pré-natal	Idade gestacional (semanas)	Motivo da transferência	Observação
13	14	Solteira	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	31	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
14	14	Solteira	Fundamental II	Estudante	7 e mais	40	Trabalho de parto	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
15	14	Solteira	Fundamental II	Ignorado	4 a 6	39 (35)	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
16	13	Solteira	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	39	Pré-eclâmpsia	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
17	14	União estável	Fundamental II	Ignorado	4 a 6	40	Apresentação pélvica	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
18	14	União estável	Fundamental II	Estudante	7 e mais	30	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga

Quadro 1 – Caracterização das adolescentes

(continuação)

Adolescente	Idade*	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de consultas pré-natal	Idade gestacional (semanas)	Motivo da transferência	Observação
19	13	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	39	Trabalho de parto	Transferida sem aguardar busca de vaga
20	14	Solteira	Fundamental II	Ignorado	Não fez pré-natal	41	Parada de progressão do trab. de parto	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
21	14	Solteira	Fundamental II	Estudante	4 a 6	38	Pré-eclâmpsia	Transferida sem aguardar busca de vaga
22	14	União estável	Fundamental II	Caseira	4 a 6	30	Gravidez dupla + Trab. parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
23	13	Solteira	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	35	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
24	14	Solteira	Fundamental II	Ignorado	1 a 3	22	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga

Quadro 1 – Caracterização das adolescentes

(conclusão)

Adolescente	Idade*	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de consultas pré-natal	Idade gestacional (semanas)	Motivo da transferência	Observação
25	14	Solteira	Ensino médio	Ignorado	7 e mais	39	Pré-eclâmpsia	Transferida sem aguardar busca de vaga
26	14	União estável	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	31	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
27	14	União estável	Fundamental II	Ignorado	1 a 3	27	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem regulação após vaga negada pelos hospitais
28	14	Solteira	Fundamental II	Ignorado	4 a 6	33	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
29	13	Solteira	Fundamental II	Ignorado	7 e mais	36 (35)	Trabalho de parto prematuro	Transferida sem aguardar busca de vaga
30	13	União estável	Fundamental II	Ignorado	4 a 6	41	Gravidez prolongada	Transferida sem aguardar busca de vaga

Fontes: UNISUS/CRESUS/SESA, UNISUSWEB/CRESUS/SESA, SINASC/MS.

\*No momento do parto.

\*\*Sem registro no SINASC.

Foram incluídas nesta etapa da investigação todas as gestantes na faixa etária mencionada que foram transferidas do interior do Ceará para Fortaleza pela CRESUS, nos anos de 2014 e 2015, durante o trabalho de parto (QUADRO 1).

Todas as adolescentes identificadas moram no interior do Estado, no entanto foram convidadas a participar das entrevistas abertas (APÊNDICE G) aquelas que residem em municípios da Região Metropolitana de Fortaleza: Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu, Paraipaba, Paracuru e Trairi (CEARÁ, 2014b).

Foram excluídas do segundo momento do estudo as adolescentes que, por algum motivo, não se conseguiu contato e as que, mesmo inseridas nos sistemas de informação da CRESUS e reguladas, permaneceram no hospital de origem ou buscaram atendimento em hospitais que não se localizam no Município de Fortaleza.

Ao final, foi possível entrevistar sete adolescentes, identificadas por nomes fictícios e caracterizadas abaixo:

**Adolescente 1 – Lígia** tem atualmente 16 anos, sendo já mãe de dois filhos. Mora em casa própria na zona rural do seu município, com seu companheiro, seus dois filhos, a mãe e dois irmãos. A casa é de taipa, composta por três cômodos, servida por energia elétrica, mas sem água encanada. A renda familiar é de um salário mínimo por mês, proveniente do trabalho de seu companheiro. Coursou até o 5º ano do Ensino Fundamental II, mas parou quando engravidou do seu primeiro filho, não tendo perspectivas de retomar os estudos. Apesar de ter um posto de saúde na sua localidade, o acesso é dificultado pelo fato de morar em uma região de serra e muito isolada.

**Adolescente 2 – Luiza** tem 16 anos, mora em casa alugada com os dois filhos e o companheiro. A casa é de tijolo, com quatro cômodos, tem energia elétrica e água encanada. A renda familiar mensal é de um salário mínimo, proveniente do trabalho de seu companheiro e de pensão alimentícia paga pelo pai de seu primeiro filho. Atualmente cursa o 1º ano do Ensino Médio. O posto de saúde é perto de sua casa e recebe visita mensal da agente comunitária de saúde.

**Adolescente 3 – Flora** está com 15 anos atualmente, mora com o companheiro, o filho, a mãe e o irmão em casa própria. A casa, de propriedade de sua mãe, é de tijolo, tem seis cômodos e é servida por energia elétrica e água

encanada. A renda familiar é de três salários mínimos por mês, provenientes do trabalho do companheiro e de pensão por morte do pai. Está cursando o 1º ano do Ensino Médio. Tem acesso ao posto de saúde de sua região e recebe visitas periódicas da agente comunitária de saúde.

**Adolescente 4 – Dora** tem 15 anos, é viúva e mora com os pais, o filho e uma irmã em casa alugada. A residência é de tijolo, tem cinco cômodos, com energia elétrica e água encanada. Atualmente está cursando o 8º ano do Ensino Fundamental II. A renda familiar mensal é composta por 1,5 salários mínimos, decorrentes do trabalho de seu pai e de ajuda financeira por parte dos avós paternos. O posto de saúde é próximo de sua casa.

**Adolescente 5 – Amélia** está com 15 anos atualmente, é solteira e mora em casa própria com os pais e o filho. A casa é de tijolo, tem seis cômodos e é servida por energia elétrica e água encanada. Cursou até o 9º ano do Ensino Fundamental II, mas parou ao engravidar e sua mãe teme que ela não retome os estudos. A renda familiar é 1,5 salários mínimos por mês, provenientes do trabalho dos pais. O posto de saúde próximo de sua casa foi desativado e todos os moradores de sua região foram encaminhados para o posto de outro bairro, dificultando o acesso.

**Adolescente 6 – Maria** tem 15 anos e mora em casa cedida pela firma onde seu companheiro trabalha. Além dela, do companheiro e dos dois filhos, moram também na casa sua irmã com o namorado e uma amiga. A casa está localizada na zona rural do município, é de tijolo, tem três cômodos, servida por energia elétrica, mas não tem água encanada. Cursou até o 5º ano do Ensino Fundamental II, mas parou de estudar quando engravidou do primeiro filho. A renda familiar mensal é de 01 salário mínimo, decorrente do trabalho do companheiro. O posto de saúde fica muito distante de sua casa, o que dificulta seu acesso.

**Adolescente 7 – Carolina** tem 15 anos, mora com o companheiro, o filho, os sogros e um cunhado em casa própria. A casa está localizada na zona rural do município, é de propriedade dos sogros, é de tijolo, tem quatro cômodos e é servida por energia elétrica e água encanada. Cursou até o 8º ano do Ensino Fundamental II, mas parou de estudar ao engravidar. A renda mensal da família é de um salário mínimo, proveniente do trabalho de seu companheiro. O posto de saúde é longe de sua casa, dificultando seu acesso.

#### 4.4 O TRABALHO DE CAMPO

Com o objetivo de identificar e conhecer o perfil obstétrico das gestantes adolescentes transferidas dos municípios do interior do Ceará que compõem as Macrorregiões de Saúde Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central, para o município de Fortaleza, nos anos de 2014 e 2015, a coleta de dados foi iniciada com a consulta aos Relatórios de Transferências e de Transferências Efetivadas dos Sistemas de Informação UNISUS e UNISUSWEB, respectivamente, da CRESUS/SESA/CE.

A partir destes relatórios, nove gestantes entre dez e 14 anos, no ano de 2014, e 21, em 2015, foram identificadas e selecionadas para que seus laudos de solicitação de transferência, inseridos nos referidos sistemas pelos hospitais de origem, fossem analisados, buscando caracterizar os motivos e as justificativas para transferência. No laudo de solicitação constam informações pessoais da paciente, da gestação e trabalho de parto, assim como atualizações do quadro clínico e ocorrências relativas às buscas de vagas realizadas pela CRESUS nos hospitais de Fortaleza.

As informações coletadas nos Sistemas de Informação da CRESUS foram complementadas pelos dados das referidas gestantes que constam no SIH e no SINASC, do Ministério da Saúde. Todos os dados foram registrados em formulário elaborado pela pesquisadora para esse fim (APÊNDICE F).

De posse dos dados dos sistemas mencionados acima, os mesmos foram organizados em tabelas com a caracterização destas adolescentes e de seus bebês.

Com estas informações, procedeu-se o aprofundamento das questões do estudo a partir da entrevista aberta com as adolescentes em suas residências. Estas foram selecionadas com base no estudo documental, utilizando como critério residir em municípios da Região Metropolitana de Fortaleza. Foi feito contato telefônico e aquelas que aceitaram participar, responderam a uma entrevista com a seguinte questão norteadora “Fale-me sobre os cuidados de saúde que você buscou durante a gestação e o parto” (APÊNDICE G).

A entrevista pode ser considerada uma “conversa com finalidades”, que tem como objetivo a construção de informações pertinentes para uma pesquisa. Na entrevista aberta, o entrevistado é convidado a falar livremente sobre um determinado tema, podendo o pesquisador fazer perguntas que busquem aprofundar as reflexões (MINAYO, 2013).

A entrevista requer tempo suficiente com qualidade no encontro e contatos telefônicos prévios, pois é necessário que se crie um vínculo entre o participante e o pesquisador, para que se possa apreender e aprofundar a experiência vivida pelo entrevistado. A esse tipo de entrevista, deve-se agregar a observação das reações não verbais, o contexto, as sensações e sentimentos presentes na narrativa e que fazem parte da história de vida do indivíduo (BELLATO; ARAÚJO, CASTRO, 2008).

Para o encontro com as adolescentes foi necessário inicialmente estabelecer contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde das Regiões de Saúde e municípios que compõem a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), com o intuito de apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar ajuda na localização das adolescentes selecionadas no estudo documental. Os nomes e dados dessas adolescentes, que constavam nos sistemas de informação consultados, foram repassados para o secretário de saúde ou para o profissional da regulação de cada município.

Quando constava um número de telefone no cadastro da adolescente nos sistemas de informação da CRESUS, o contato foi feito diretamente pela pesquisadora, possibilitando o agendamento de entrevista com duas adolescentes.

Ressalta-se que a maioria das pessoas mostrou-se bastante solícita e disposta a colaborar, fornecendo os números de telefone das adolescentes ou de seus pais com bastante rapidez. Entretanto, alguns profissionais não auxiliaram nessa busca, apesar de insistentes solicitações por parte da pesquisadora. Desse modo, não se obteve colaboração das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para localização de quatro das 30 adolescentes identificadas no estudo documental.

A aproximação com as participantes foi feita, inicialmente, por telefone, com apresentação dos objetivos do estudo e o convite para sua participação. Em caso de concordância, foi marcada uma visita à casa das mesmas, em data e horário de sua conveniência, para explicação mais detalhada do trabalho e realização da entrevista.

Em relação às nove adolescentes identificadas nos sistemas de informação da CRESUS no ano de 2014, duas não moram em municípios da RMF, tendo sido, portanto, excluídas do estudo. As sete selecionadas são oriundas dos municípios de Horizonte, Guaiuba, Itaitinga, Pacatuba, Maranguape, Paraipaba e Chorozinho.

A adolescente que morava em Horizonte se mudou para Fortaleza e não foi possível localizá-la, pois, de acordo com informação da SMS, a mesma não possui parentes na cidade. Apesar da SMS de Guaiuba ter fornecido um número de telefone da adolescente moradora daquele município e de inúmeras tentativas, não se conseguiu comunicação com a mesma.

A SMS de Itaitinga forneceu dois números de telefone de uma adolescente, entretanto um dos números não foi atendido em nenhuma das vezes em que se fez a ligação telefônica e o outro número pertence a uma homônima da adolescente em questão. Telefonou-se para a mãe da adolescente de Chorozinho, que inicialmente concordou com a participação de sua filha, desistindo posteriormente. Sendo assim, três adolescentes transferidas para Fortaleza em 2014 foram entrevistadas.

Em relação ao ano de 2015, 21 adolescentes foram identificadas no sistema UNISUSWEB, mas oito moram em municípios que não fazem parte da RMF, sendo também excluídas do segundo momento do estudo. Não foi possível a colaboração das SMS para a localização de quatro adolescentes, sendo necessária a eliminação das mesmas.

Mesmo com os esforços de vários profissionais das SMS dos municípios de Pacajus, Chorozinho e São Gonçalo do Amarante, quatro adolescentes não foram localizadas. Uma adolescente se mudou de seu município de origem, devido ao seu envolvimento com tráfico e uso de drogas ilícitas, conforme informações de sua avó. Desse modo, quatro mães que tiveram seus bebês em 2015, residentes nos municípios de Aquiraz, Cascavel e Pindoretama, disponibilizaram-se a participar da pesquisa.

Depois de localizados os endereços e feito contato telefônico com a adolescente e sua família, foi realizada visita para apresentação da pesquisadora, da pesquisa e seus objetivos e solicitada autorização às adolescentes, quando emancipadas, ou aos seus responsáveis para sua participação, além do assentimento das mesmas.

As entrevistas foram realizadas na casa das participantes. Na maioria delas, as adolescentes estavam sozinhas no cômodo onde se deram as entrevistas, havendo pessoas nos outros cômodos da casa, mas que não interferiram em nenhum momento. Em duas visitas, as mães das adolescentes permaneceram junto a elas e participaram da entrevista em vários momentos.

Na entrevista com Maria, sua mãe, que mora na casa ao lado, permaneceu na casa da entrevistada para ajudar no cuidado com os filhos desta e deu várias informações quando a adolescente não se lembrava do que era perguntado e solicitava ajuda para responder. Essas contribuições, por sua pertinência, foram incorporadas aos resultados e à discussão.

Outra entrevista que teve larga participação da mãe foi a da Amélia, que é solteira e mora com os pais. A mãe demonstrou ser uma pessoa controladora, além de exercer muita influência e alimentar a dependência da filha em relação a si. Por diversas vezes tentou-se uma maior participação da entrevistada, mas a mãe retomava a palavra. Entretanto, suas falas foram utilizadas nos resultados e para a discussão por descreverem, com riqueza de detalhes, o caminho percorrido pela adolescente em vários momentos de sua gravidez e parto.

Após solicitar autorização às participantes, as entrevistas foram gravadas, armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio e transcritas para análise das narrativas. Os arquivos de áudio permaneceram à disposição das adolescentes entrevistadas, no caso de as mesmas desejarem ouvi-las, modificá-las ou acrescentar questões relativas à sua trajetória.

Todas as residências visitadas são compatíveis com pessoas de baixa renda, compostas por, no máximo, seis cômodos, sendo todas servidas por energia elétrica. Uma das casas é de taipa, sem banheiro e duas não têm água encanada, fazendo uso de cacimbas para terem acesso à água. Em duas das casas, os cômodos são compartilhados com pessoas da família ou com amigos. Somente três adolescentes continuaram estudando após a gravidez, apesar do incentivo de alguns pais. A renda média dessas famílias é de 1,4 salários mínimos, provenientes do trabalho dos maridos ou dos pais e de pensões por morte ou alimentícias.

**Figura 2 – Imagem de uma das residências visitadas**



Fonte: Elaborada pela autora.

No município de Maranguape, para visita à casa da adolescente, contou-se com a valiosa colaboração de uma enfermeira da SMS, além de um motorista da mesma secretaria e de uma funcionária do posto de saúde ao qual a adolescente é vinculada. Por ser uma serra íngreme, o acesso à localidade só é possível em um veículo com tração nas quatro rodas, quando se contou com a disponibilização de um carro da SMS para isso. Mesmo contando com um carro com tração nas quatro rodas, a partir de um determinado ponto, só foi possível chegar à residência da adolescente caminhando através da mata por mais ou menos 15 minutos, quando foi essencial a colaboração da funcionária do posto de saúde.

**Figura 3 – Imagem do caminho percorrido para chegar a uma das residências visitadas**



Fonte: Elaborada pela autora.

Mesmo de posse dos endereços e de pontos de referência fornecidos pelas entrevistadas, houve algumas dificuldades para a localização de duas casas, considerando que uma está localizada em uma região de praia, na descida de uma duna e a outra na zona rural da cidade. Entretanto, contou-se com a boa vontade das adolescentes, através de vários telefonemas, para que se chegasse até elas.

Além da coleta dos dados, visitar as residências possibilitou conhecer onde cada entrevistada mora e vive, compreender sua estrutura familiar e seu papel nesse núcleo. É imprescindível destacar aqui o excelente acolhimento dispensado à pesquisadora por parte de cada uma das sete adolescentes e de suas famílias, bem como a disponibilidade em participar da pesquisa e compartilhar suas histórias de vida.

#### 4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise de conteúdo permite “o caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (GOMES, 2013, p. 84). Para Bardin (1979 *apud* GOMES, 2013), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas, isto é, existem diversas maneiras para análise de materiais de pesquisa, dentre as quais são destacadas a análise de avaliação ou análise representacional; análise de expressão; análise de enunciação; e análise temática.

Nessa pesquisa, trabalhou-se com a modalidade da análise temática das falas dos sujeitos. De acordo com Minayo (2014, p. 316), fazer uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

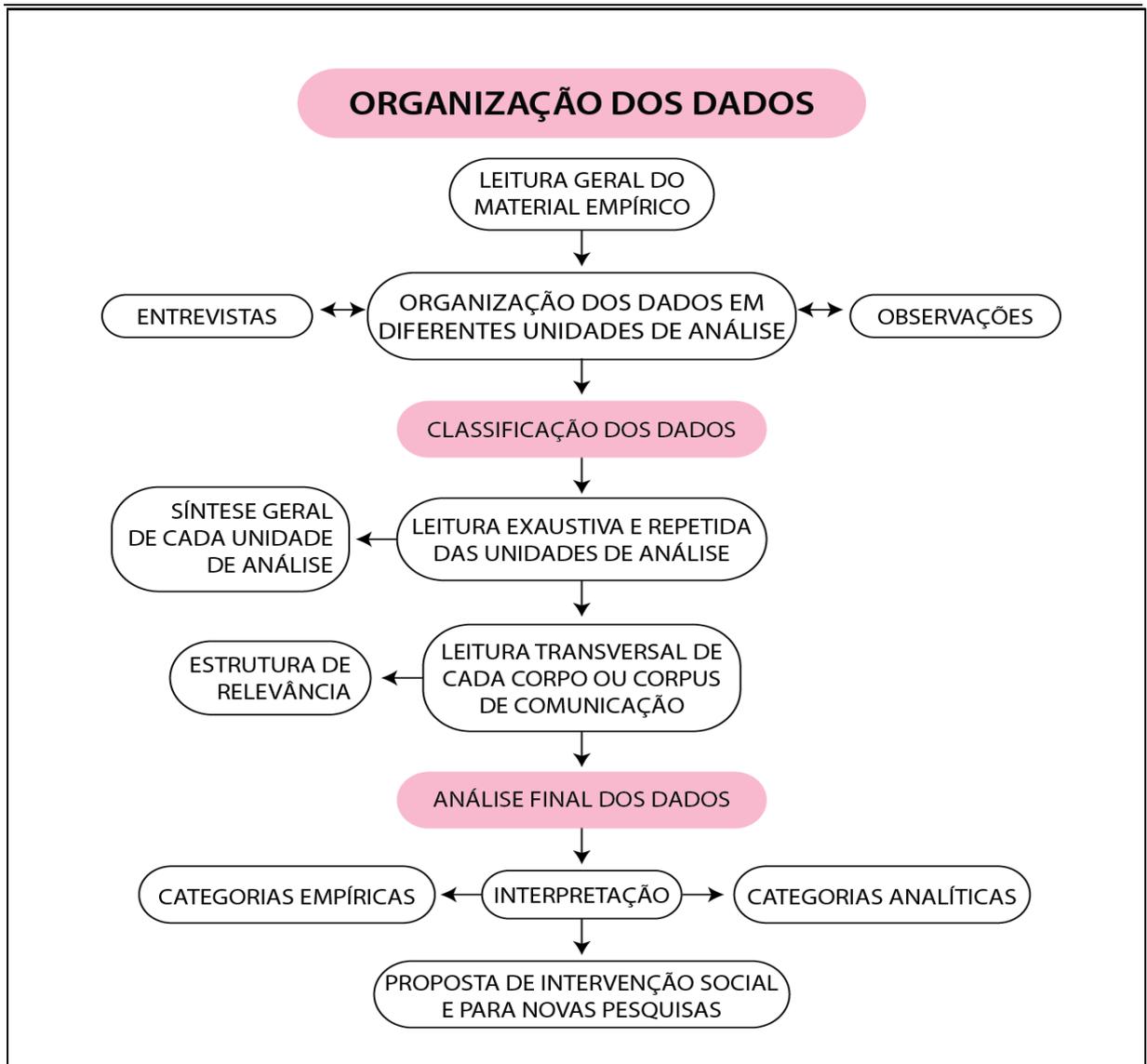
Para isso, utilizou-se a trajetória de análise orientada por Minayo (2014), adaptada por Assis e Jorge (2010), que consiste nas etapas de organização (pré-análise), classificação (exploração do material) e análise final dos dados (tratamento dos resultados obtidos e interpretação), representadas na figura 4, objetivando compreender os itinerários percorridos pelas gestantes adolescentes para atendimento de suas necessidades de saúde, com ênfase no acesso aos serviços de saúde, regulação assistencial e acolhimento.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e as observações registradas em diário de campo. A análise teve início com a transcrição literal das falas das entrevistadas pela própria pesquisadora, visando se apoderar com mais profundidade do conteúdo. Foi então realizada uma leitura geral, com o objetivo de apreender as primeiras impressões das mensagens representadas no material.

Para a orientação da análise, utilizou-se o modelo de análise holística de itinerários terapêuticos proposto por Trad (2015), conforme será mostrado nos resultados e discussão. Foram definidas as unidades de registro na primeira etapa, quais sejam: acesso, regulação, avaliação da assistência e dos serviços de saúde e rede social de apoio. Essas unidades foram ainda divididas em subcategorias.

A categoria “acesso” foi analisada no que se refere ao acesso à APS, a exames e medicamentos, à informação, à atenção especializada, ao serviço hospitalar, assim como às dificuldades e negativas de acesso. As subcategorias analisadas para a categoria “regulação” foram as que dizem respeito aos motivos para a solicitação de transferência da gestante, tipos de regulação e transferência sem regulação. Na categoria “fluxos” foram analisadas as maneiras pelas quais ocorrem os fluxos de acesso das gestantes aos serviços de saúde.

**Figura 4 – Representação do plano de análise da pesquisa**



Fonte: Adaptada de Assis; Jorge (2010).

Quanto à unidade de registro “avaliação da assistência e dos serviços de saúde”, considerou-se as subcategorias, a saber: avaliação da APS, da atenção especializada e do serviço hospitalar. Algumas entrevistas possibilitaram também se traçar uma avaliação comparativa entre a APS e atenção especializada e entre a APS na capital e no interior do estado.

Na categoria “rede social de apoio” foi possível analisar as subcategorias que dizem respeito à reação à gravidez e o apoio que as gestantes receberam por parte dessa rede social, bem como perceber as arenas de cuidado nas quais elas foram atendidas e as práticas de cuidados domiciliares presentes nas suas famílias. Na unidade “autonomia” discutiu-se as questões sobre decisão de engravidar/permanecer grávida, a percepção de direitos, a falta de autonomia, a vulnerabilidade dessas adolescentes, assim como seu empoderamento.

Após a categorização e classificação, procedeu-se às sínteses horizontais e verticais dos itens mencionados acima e a análise final dos dados. Essa análise permitiu uma nova visão da regulação, dessa vez a partir do olhar do usuário e de suas necessidades que, muitas vezes, não são atendidas pela regulação governamental. Percebeu-se que as regulações leiga e profissional foram mais eficientes para atender às demandas dessas gestantes, deixando clara a necessidade de decisão política das gestões do sistema de saúde, no sentido de empoderar as Centrais de Regulação para que essas possam cumprir o papel para o qual foram criadas.

Também a partir das histórias coletadas nas entrevistas com as adolescentes, os fluxos, mostrando a experiência da gravidez, foram representados com base no modelo dos mapas analíticos, proposto por Bellato, Araújo e Castro (2008), que serão descritos nos próximos capítulos deste trabalho. Essa trajetória foi composta de todos os caminhos percorridos, incluindo os serviços de saúde e as redes de apoio acessados, os deslocamentos territoriais realizados e as respostas obtidas.

Após a análise dos itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes e construção da representação gráfica dos fluxos, estes serão apresentados em reuniões aos trabalhadores e gestores dos municípios de origem das pacientes, assim como aos gestores da SESA/CE e aos trabalhadores do Núcleo de Atenção Primária (NUAP), da SESA/CE, e da CRESUS, objetivando discutir os avanços e desafios do SUS e, em particular, da Rede Cegonha no Ceará.

#### 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi desenvolvido levando-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012d), do CNS, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com Parecer nº 1.543.147.

Foi requerida autorização à SESA/CE para realização da pesquisa naquela instituição e para acesso aos bancos de dados dos sistemas UNISUS e UNISUSWEB/CRESUS e do SIH/MS, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (CORAC), e do SINASC/MS, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), ambas da SESA/CE. A autorização se deu através da assinatura da Carta de Anuência (APÊNDICE A), pelo Secretário da Saúde do Estado do Ceará, e dos Termos de Fiel Depositário (APÊNDICES B e C), pelos representantes legais da CORAC e da COPROM.

Após autorização e concordância em participar do estudo, foi solicitado aos responsáveis e às adolescentes, respectivamente, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE E) ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), quando a adolescente era emancipada.

Foram também esclarecidos os riscos e benefícios da pesquisa aos pais/responsáveis e às adolescentes. A pesquisa foi feita na residência da participante, onde a mesma foi entrevistada. Para isso, foi usado um gravador digital. O uso do gravador digital é considerado seguro, mas é possível ocorrer riscos que dizem respeito ao constrangimento pela presença da pesquisadora nas residências e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação ou entrevista foram minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma está capacitada para condução de tais atividades.

Os dados foram tratados com privacidade e confidencialidade, com preservação integral do anonimato das adolescentes, que receberam nomes fictícios, assim como as informações contidas nos bancos de dados dos sistemas de informação UNISUS, UNISUSWEB, SIH e SINASC.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos itinerários terapêuticos das gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza durante o trabalho de parto, sistematizou-se a apresentação dos resultados e discussão da seguinte maneira: no primeiro momento apresenta-se o estudo documental com todas as gestantes transferidas nos anos de 2014 e 2015 por intermédio da CRESUS, caracterizando o perfil destas adolescentes e os motivos de transferência.

No segundo momento, apresenta-se o itinerário terapêutico das gestantes perpassando pelas dimensões contextual, racionalidades e práticas terapêuticas, avaliação da experiência e simbólica da análise holística proposta por Trad (2015).

### 5.1 ESTUDO DOCUMENTAL

Com o objetivo de traçar o perfil das gestantes adolescentes transferidas do interior do Ceará para o município de Fortaleza, foi feito o levantamento de todos os laudos eletrônicos de solicitação de transferência dessas gestantes nos sistemas de informação da CRESUS, UNISUS e UNISUSWEB, assim como as informações contidas no SIH/MS e no SINASC/MS. Os resultados do estudo documental estão aqui apresentados em tabelas, de acordo com as variáveis obtidas nos sistemas referidos acima.

Ressalta-se que uma das gestantes não teve suas informações e as de seu bebê registradas no SINASC, mas, de acordo com a SMS de seu município, a criança nasceu viva e está bem. Foi tentado contato com a adolescente por diversas vezes, porém não se obteve sucesso. Esse fato chama a atenção para a necessidade de se aprimorar os registros nos sistemas de informação.

A tabela 1 traz a distribuição das gestantes com as variáveis sociais informadas nos sistemas pesquisados, tais como idade, escolaridade, anos de estudo, raça, ocupação e estado civil.

Na faixa etária estudada, de dez a 14 anos, a idade média das adolescentes foi de 13 anos. Constatou-se que mais da metade (53,4%) delas tinha 14 anos no momento do parto, com um percentual abaixo de 10% se somados os de 11 e 12 anos.

A gravidez na adolescência, principalmente na adolescência precoce, aponta para um contexto de vulnerabilidade, considerando que causa repercussão na saúde da adolescente, em sua escolaridade, inclusive com evasão escolar, assim como profundas mudanças no seu cotidiano e comprometimento do seu processo de crescimento e amadurecimento. Desse modo, a gestação adolescente é considerada como um dos importantes fatores para a perpetuação dos ciclos de pobreza e exclusão (UNICEF, 2011; TAVEIRA; SANTOS; ARAÚJO, 2012; FARIAS; MORÉ, 2012).

Além disso, ao engravidar durante a fase em que seu corpo ainda se encontra em crescimento e desenvolvimento, a adolescente e a criança ficam vulneráveis a inúmeros problemas, tais como desproporção céfalo-pélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer, dentre outros (RAMOS; CUMAN, 2009; TAVEIRA; SANTOS; ARAÚJO, 2012). Kurth *et al.* (2010) chamam atenção que a imaturidade anatômica da mãe é também uma barreira para o crescimento intrauterino do feto.

No que se refere à escolaridade, 86,7% das adolescentes cursaram até o Ensino Fundamental II, composto por nove anos de estudo, e somente uma (3,3%) cursou até o Ensino Médio. Entretanto, quando se analisam os anos de estudo, percebe-se que a maioria, 46,7%, tem de seis a sete anos de estudo e oito (20%) têm igual ou mais de oito anos, sendo possível afirmar que mais da metade não concluíram os estudos.

Estudo realizado em uma maternidade terciária da Cidade de Fortaleza – CE, mostrou que o risco de engravidar foi quase o dobro quando as adolescentes tinham oito anos ou menos de estudo (BRUNO *et al.*, 2009). Rocha e Minervino (2008) afirmam que quanto menor a escolaridade, maior é a possibilidade de ocorrer uma gravidez precoce. As autoras alertam para o fato de que a gestação na adolescência prejudica o empenho escolar e, muitas vezes, retira as adolescentes dos estudos definitivamente. Essa afirmação é corroborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em estudo realizado em 2008, quando encontrou que o principal motivo para que as adolescentes abandonassem os estudos foi a gravidez (IPEA, 2009).

Desse modo, o UNICEF (2011) considera a baixa escolaridade e a gravidez na adolescência como vulnerabilidades que se potencializam, já que ambas determinam limitações ao desenvolvimento das adolescentes e às oportunidades que estas possam ter durante sua vida. Ao abandonarem precocemente a escola,

elas têm muita dificuldade de se inserirem no mercado de trabalho, gerando assim a engrenagem adolescência – gravidez – baixa escolaridade – pobreza (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010).

Somente uma adolescente, 3,3%, teve sua ocupação registrada no SINASC, revelando subnotificação dessa variável. A grande maioria, 93,4%, foi registrada como ignorada. Isso leva novamente à reflexão quanto ao preenchimento dos registros dos sistemas de informação, pois pode representar o desinteresse pela busca das informações.

**Tabela 1 – Distribuição das gestantes conforme variáveis sociais**

Variáveis sociais	N	%
<b>Idade (em anos)</b>		
11	1	3,3
12	1	3,3
13	12	40,0
14	16	53,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio	1	3,3
Fundamental I	2	6,7
Fundamental II	26	86,7
Sem registro no sistema	1	3,3
<b>Anos de estudo</b>		
4 a 5	4	13,3
6 a 7	14	46,7
≥ 8	6	20,0
Não informado	5	16,7
Sem registro no sistema	1	3,3
<b>Ocupação</b>		
Caseira	1	3,3
Sem registro no sistema	1	3,3
Ignorado	28	93,4
Variáveis sociais	N	%
<b>Estado civil</b>		
União estável	13	43,3
Solteira	16	53,4
Sem registro no sistema	1	3,3

Fonte: SINASC/MS.

Diferente de alguns estudos (GRADIM; FERREIRA; MORAES; 2010; ALVES *et al.*, 2012), que encontraram percentuais muito altos de adolescentes solteiras, 43,3% da amostra estudada vive em união estável. Entretanto, resultados semelhantes ao do presente estudo foram achados por Rocha e Minervino (2008), 50%, e Ramos e Cuman (2009), 37%. De acordo com Bruno *et al.* (2009), a união estável se constitui um fator de proteção para nova gestação, provavelmente pelo fato de o casal poder relacionar-se sexualmente com mais frequência e, por isso, tomar mais cuidado quanto ao uso de métodos anticoncepcionais.

Bruno *et al.* (2009) e Santos *et al.* (2009) encontraram 68,4% e 72,1%, respectivamente, de gestantes vivendo maritalmente com um companheiro. Esses resultados podem se dever ao fato de que os dois estudos foram realizados com adolescentes precoces e tardias.

A tabela 2 traz as informações relativas às variáveis obstétricas das adolescentes que constam nos quatro sistemas consultados: trimestre de início do pré-natal, número de consultas realizadas, tipo de gravidez, idade gestacional no momento do parto, motivo para a transferência e tipo de parto.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde recomendam seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal e que a primeira consulta se realize até a 12ª semana de gestação, orientando para que seja feita a captação precoce das gestantes (BRASIL, 2015).

Os dados encontrados nesse estudo mostram que 73,4% das gestantes iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez e 56,7% fizeram sete ou mais consultas, o que é superior aos dados nacionais, informados pelo UNICEF (2011), onde somente 38% das meninas até 15 anos tiveram sete ou mais consultas pré-natais. Somente uma adolescente, 3,3%, não realizou pré-natal e duas (6,7%) realizaram três consultas ou menos.

Na África Subsaariana as gestantes adolescentes têm número significativamente menor de consultas pré-natal quando comparadas às adultas (KURTH *et al.*, 2010), resultados que estão de acordo com a maioria dos estudos analisados por Azevedo *et al.* (2015) em uma revisão sistemática.

Taveira, Santos e Araújo (2012) dizem, em estudo feito em Minas Gerais, que 97,4% das gestantes adolescentes tiveram acesso ao pré-natal, mas que 38,6% tiveram um número insuficiente de consultas. Os autores acham que seus resultados podem estar associados ao fato de as adolescentes terem iniciado o pré-natal

tardamente. Gradim, Ferreira e Moraes (2010) e Silva *et al.* (2012) concordam com essa hipótese, afirmando que isso contribui para aumentar o risco das adolescentes durante o ciclo gravídico.

No entanto, Bouzas e Leão (2014) argumentam que, embora haja um consenso de que o acompanhamento pré-natal de qualidade reduza os riscos obstétricos em gestantes na adolescência tardia, os estudos relacionados à gravidez na adolescência precoce ainda são inconclusivos, pois resultados adversos podem ter sua origem em fatores biológicos e/ou socioeconômicos.

Das 30 gestantes estudadas, somente uma (3,3%) teve gravidez dupla. Iniciou seu pré-natal no segundo mês de gravidez e realizou de quatro a seis consultas, mesmo tendo parido quando ainda se encontrava na 30ª semana de gestação. A gravidez dupla, associada à vulnerabilidade biológica da adolescente precoce, é um fator de risco para prematuridade e baixo peso ao nascer dos bebês (RAMOS; CUMAN, 2009).

Mesmo as informações dessa gravidez dupla constando no UNISUSWEB/CRESUS e no SINASC, inclusive com os dados dos dois recém-nascidos registrados ali, a descrição do CID (Classificação Internacional de Doenças) que consta no SIH é “parto único espontâneo não especificado”. Por isso, reitera-se aqui a importância e a necessidade de comprometimento por parte dos operadores dos diversos sistemas no sentido de ficar atento ao preenchimento correto de todas as informações.

**Tabela 2 – Distribuição das gestantes conforme variáveis obstétricas**

<b>VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Início do pré-natal (SINASC)</b>		
1º trimestre	22	73,4
2º trimestre	4	13,4
3º trimestre	1	3,3
Não fez pré-natal	1	3,3
Não informado	1	3,3
Sem registro no sistema	1	3,3
<b>Nº de consultas de pré-natal (SINASC)</b>		
Nenhuma	1	3,3
1 a 3	2	6,7
4 a 6	9	30,0
7 e mais	17	56,7
Sem registro no sistema	1	3,3
<b>Tipo de gravidez (SINASC)</b>		
Única	28	93,4
Dupla	1	3,3
Sem registro no sistema	1	3,3
<b>Idade gestacional (CRESUS)*</b>		
< 37 semanas	13	43,4
A partir de 37 semanas	15	50,0
Não informado	2	6,6
<b>Motivo transferência (CRESUS)</b>		
Apresentação pélvica	1	3,3
Cesárea anterior	1	3,3
Distorcia de acomodação	1	3,3
Gravidez dupla + trabalho de parto prematuro	1	3,3
Gravidez prolongada	1	3,3
Parada de progressão do trabalho de parto	1	3,3
Pré-eclâmpsia	5	16,8
Pré-eclâmpsia + pós-datismo	1	3,3
Trabalho de parto + asma + pneumonia	1	3,3
Trabalho de parto	5	16,8
Trabalho de parto prematuro	12	40,0
<b>Tipo de parto (SIH)</b>		
Parto cesariano	9	30,0
Parto cesariano em gestação de alto risco	3	10,0
Parto normal	7	23,3
Parto normal em gestação de alto risco	10	33,4
Sem registro no sistema	1	3,3

Fonte: UNISUS/CRESUS/SESA, UNISUSWEB/CRESUS/SESA, SIH/MS, SINASC/MS.

\*No momento do parto.

No que se refere à variável idade gestacional registrada nos sistemas UNISUS e UNISUSWEB/CRESUS (TABELA 2), verificou-se que 43,3% das adolescentes pariram prematuramente, com 37 semanas ou menos de gestação. No SINASC (TABELA 3), verificou-se que 42% dos recém-nascidos eram prematuros, sendo 22,6% prematuros extremos, ou seja, com idade gestacional abaixo de 32 semanas. Essa pequena diferença, de 1,3%, entre as informações dos sistemas citados se deve ao fato de que duas mães estavam com os dados incompletos e uma não foi registrada no SINASC, como já referido anteriormente.

Os resultados encontrados são compatíveis com estudos realizados em diversos países. Um estudo transversal realizado com 854.377 mulheres latino-americanas abaixo de 25 anos concluiu que o número de partos prematuros aumentou com a diminuição da idade materna, sendo muito mais alto entre as mães abaixo de 15 anos (CONDE-AGUDELO; BELIZÁN; LAMMERS, 2005).

Ao compararem dois grupos de 350 gestantes adolescentes e de 350 adultas, todas primigestas, em uma maternidade terciária da Índia, Mukhopadhyay, Chaudhuri e Paul (2010) comprovaram que a maior proporção de partos prematuros se deu no primeiro grupo. Os autores afirmam que resultados semelhantes foram também encontrados por outros estudos indianos.

Em uma revisão sistemática de literatura, Bouzas e Leão (2014) constataram que dos 23 estudos analisados, 15 apontaram um índice significativo de partos prematuros entre as adolescentes. Diante dos dados analisados, as autoras concluíram que as adolescentes precoces têm 75% a mais de chances de terem um parto prematuro do que mulheres adultas.

Quando se analisou os motivos para a transferência das gestantes adolescentes, do interior para o município de Fortaleza, constatou-se que 43,3% das solicitações foram devido a trabalho de parto prematuro, o que corrobora com os achados dos vários autores citados acima.

Não há consenso entre os autores no que se refere a uma maior frequência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia como complicação na gestação de adolescentes, como mostram Azevedo *et al.* (2015) em revisão sistemática sobre a temática. Contudo, foi encontrado, no presente estudo, que 20,1% das solicitações de transferência inseridas na CRESUS para gestantes adolescentes foram justificadas devido à pré-eclâmpsia.

Um estudo retrospectivo realizado no Peru com 67.693 gestantes, sendo 23,2% adolescentes, encontrou que as adolescentes apresentaram um menor risco de desenvolver pré-eclâmpsia (OKUMURA *et al.*, 2014). Já duas pesquisas realizadas no Egito e no Kuwait obtiveram resultados diferentes, onde adolescentes apresentaram risco significativamente alto de desenvolver pré-eclâmpsia e eclâmpsia, principalmente entre as com idade menor de 15 anos. Os autores ainda afirmaram que o risco decresceu à medida que a idade das gestantes aumentou (RASHEED; ABDELMONEM; AMIN, 2011; CHIBBER *et al.*, 2014).

Quanto ao tipo de parto, encontrou-se que 60% das gestantes adolescentes tiveram parto normal, resultado corroborado por diversos estudos (MUKHOPADHYAY; CHAUDHURI; PAUL, 2010; BOUZAS; LEÃO, 2014; OKUMURA *et al.*, 2014; HOQUE *et al.*, 2014; LAO *et al.*, 2014; AZEVEDO *et al.*, 2015). Os autores defendem que a gravidez na adolescência é um fator de proteção para o parto cesárea. Isso é atribuído à melhor função miometrial, maior elasticidade do tecido conjuntivo, melhores condições do colo do útero e maior incidência de recém-nascidos de baixo peso.

Mukhopadhyay, Chaudhuri e Paul (2010) afirmaram que, em seu estudo, a indicação mais comum para parto cesárea em adolescentes se deveu a pré-eclâmpsia (60%), percentual semelhante ao encontrado nesse estudo, que foi de 66,5%. Porém, Rasheed, Abdelmonem e Amin (2011) encontraram, em estudo realizado no Egito, que as indicações mais comuns foram devido à desproporção céfalo-pélvica.

Na tabela 3 estão os resultados encontrados sobre algumas variáveis dos recém-nascidos: idade gestacional, já discutida anteriormente, peso ao nascer e índice de Apgar no primeiro e quinto minutos. Como houve uma gravidez dupla, os dados apresentados correspondem a 31 crianças.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o recém-nascido é considerado de baixo peso quando nasce com menos de 2.500 gramas. Nesse estudo, encontrou-se que 33,5% dos bebês tiveram baixo peso ao nascer (BPN), variando de extremo baixo peso a baixo peso. Em uma revisão sistemática da literatura, Azevedo *et al.* (2015) concluíram que entre as complicações mais frequentes na gestação de adolescentes estão a prematuridade e o BPN.

Mukhopadhyay, Chaudhuri e Paul (2010) verificaram que 38,9% dos bebês nascidos com baixo em hospitais no leste da Índia eram filhos de adolescentes. Em Caruaru – PE, Maciel *et al.* (2012) verificaram que o número de recém-nascidos com BPN eram de mães adolescentes e ressaltam que esses resultados também são verificados em outros estados do Brasil.

Alves *et al.* (2012) argumentam, porém, que a influência de fatores biológicos na gravidez de adolescentes não têm sido adequadamente estudados e que o peso ao nascer depende mais de fatores ambientais que de genéticos. Os autores arrazoam também que o espaço uterino limitado nas adolescentes pode prejudicar o crescimento fetal, assim como também o fato de que elas estão em crescimento, o que pode limitar o crescimento por diminuição do aporte de nutrientes.

Ao estudarem a adolescência como fator de risco para desfechos adversos da gravidez na África, Kurth *et al.* (2010) afirmaram que a probabilidade de adolescentes menores de 16 anos terem recém-nascidos com BPN mais que duplicou. Afirmam que as mães adolescentes podem representar um grupo vulnerável socialmente caracterizado por baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade.

**Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos conforme variáveis selecionadas**

(continua)

<b>VARIÁVEIS SELECIONADAS</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional (semanas)</b>		
Prematuridade extrema (< 32 semanas)	7	22,6
Prematuridade (< 37 semanas)	6	19,4
A termo ( $\geq$ 37 semanas)	15	48,4
Não informado	2	6,4
Sem registro no sistema	1	3,2
<b>Peso ao nascer (g)</b>		
Extremo baixo peso (< 1.000g)	1	3,3
Muito baixo peso (< 1.500g)	3	9,7
Baixo peso (< 2.500g)	7	22,5
Peso normal ( $\geq$ 2.500g)	19	61,2
Sem registro no sistema	1	3,3

**Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos conforme variáveis selecionadas**

<b>VARIÁVEIS SELECIONADAS</b>	<b>(Conclusão)</b>	
	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Apgar no 1º minuto</b>		
0 a 3 (anóxia grave)	3	9,7
4 a 6 (anóxia moderada)	3	9,7
7 (anóxia leve)	2	6,4
8 a 10 (normal)	22	71,0
Sem registro no sistema	1	3,2
<b>Apgar no 5º minuto</b>		
0 a 3 (anóxia grave)	2	6,4
4 a 6 (anóxia moderada)	1	3,2
7 (anóxia leve)	2	6,4
8 a 10 (ótimas condições)	25	80,8
Sem registro no sistema	1	3,2

Fonte: SINASC/MS

\*Total de 31 recém-nascidos porque uma gestante teve gravidez dupla.

A Escala de Apgar é usada para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido no primeiro e quinto minutos de vida. São avaliados cinco itens, a saber: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele, para os quais é atribuída uma nota de 0 a 2, individualmente. O índice de Apgar no primeiro minuto avalia a situação do recém-nascido no momento do nascimento. Já no quinto minuto, o índice avalia o prognóstico da saúde neurológica do bebê (PINTO, 2006; BRASIL, 2015).

Considerando-se a Escala de Apgar, 25,8% dos recém-nascidos das adolescentes estudadas tiveram algum grau de anóxia, de leve a grave, no primeiro minuto de vida, como se observa na tabela 3. No quinto minuto, esse percentual caiu para 16%, indicando uma resposta de parte desses bebês às manobras de reanimação. Comparando-se a idade gestacional e o índice que Apgar no quinto minuto, constatou-se que os recém-nascidos com prematuridade extrema e moderada foram os que permaneceram em anóxia de leve a grave.

Alves *et al.* (2012) constataram, em pesquisa realizada em Pernambuco, que os recém-nascidos de adolescentes precoces tiveram Apgar no quinto minuto mais baixo do que os filhos de adolescentes tardias. Mukhopadhyay, Chaudhuri e Paul (2010), na Índia, e Ezegwui, Ikeako e Ogbuefi (2012), na Nigéria, verificaram que a asfixia (Apgar menor que 7) foi significativamente maior em bebês de

adolescentes quando comparado com os de mulheres adultas. Owolabi *et al.* (2008) atribuem esses resultados à demora de as mães chegarem aos hospitais.

Todavia, alguns estudos realizados na América Latina e na África não encontraram significância estatística entre o índice de Apgar no quinto minuto de bebês de mães adolescentes e de adultas (CONDE-AGUDELO; BELIZÁN; LAMMERS, 2005; HOQUE *et al.*, 2014).

**Tabela 4 – Distribuição das gestantes segundo variáveis da regulação de acesso**

<b>Regulação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Busca de vaga</b>		
Sim	16	53,4
Vaga zero	14	46,6
<b>Regulada</b>		
Sim	2	6,7
Não	28	93,3

Fonte: UNISUS/CRESUS/SESA, UNISUSWEB/CRESUS/SESA.

A tabela 4 mostra como se deu, ou não, o acesso das 30 adolescentes às maternidades de Fortaleza por meio da CRESUS no momento do parto. Apesar de ter sido feita busca de vaga para 53,4% das solicitações, somente 6,7% tiveram a transferência autorizada. Entretanto, 93,3% das gestantes foram transferidas sem regulação e internadas em algum hospital de Fortaleza. São situações preocupantes, considerando que as Centrais de Regulação foram pensadas para serem instrumentos de garantia de acesso.

Percebe-se que, mesmo a Rede Cegonha buscando garantir o acesso materno-infantil aos serviços de saúde e determinando que as gestantes sejam vinculadas a uma maternidade desde o pré-natal, estas entram em trabalho de parto no interior do estado e, na maioria das vezes, precisam procurar assistência por conta própria (BRASIL, 2011). Procuram ajuda, inicialmente, nos hospitais de suas cidades que, com exceção dos hospitais nos municípios polo das Regiões de Saúde, são Hospitais de Pequeno Porte (HPP), Unidades Mistas de Saúde ou Casas de Parto Normal.

Ao mesmo tempo, não estando preparadas para prestar assistência às gestantes adolescentes durante o trabalho de parto e o parto, as Unidades de Saúde do interior do estado solicitam à Central de Regulação sua transferência para hospitais do município de Fortaleza, onde se localizam as maternidades terciárias. Entretanto, essas maternidades, estando, na maioria das vezes, superlotadas, não autorizam a transferência, o que ocasiona o encaminhamento dessas gestantes sem regulação e com risco de peregrinarem pelos hospitais até conseguirem ser recebidas. Isso, muitas vezes, pode agravar a situação das gestantes adolescentes e de seus bebês, submetendo-os a risco de morte, inclusive.

Constatou-se que 20% das gestantes transferidas estavam em trabalho de parto normal de gestação a termo, com a justificativa de que os hospitais de origem não tinham condições técnicas para assisti-las ou por falta de médico na unidade. Mesmo quando as gestantes estão incluídas em outras faixas etárias, essas justificativas são frequentes. Isso pode ser fruto de uma ainda incipiente organização dos serviços de atenção primária, nos municípios, e de média complexidade, nas Regiões de Saúde do estado. Incluem-se aqui os hospitais polo de cada região, que recebem recurso estadual para manterem o atendimento permanente, 24 horas por dia, nas clínicas de obstetrícia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral e traumatologia, além de anesthesiologistas (CEARÁ, 2015).

Nas unidades hospitalares, nas SMS e na própria SESA/CE é comum se falar em empoderamento da regulação, mas o que se percebe no cotidiano é que, ao negarem vagas para transferência das gestantes e recebê-las sem regulação depois, os hospitais contribuem para o enfraquecimento das Centrais de Regulação. Do mesmo modo, ao encaminharem as adolescentes sem uma vaga garantida, os hospitais de origem também colaboram para que isso ocorra, além de submeterem as gestantes a constantes peregrinações em busca de vaga nas unidades.

Constatou-se, nos registros do SIH que um número relevante de adolescentes que tiveram suas solicitações de transferência canceladas foi encaminhado para Fortaleza. Verificou-se também que muitas gestantes nem foram inseridas nos sistemas de regulação. Os relatórios do referido sistema mostram que 110 gestantes, entre 10 e 14 anos, tiveram seus bebês em hospitais de Fortaleza em 2014, e 120 em 2015 (BRASIL, 2016). Esses dados podem indicar a pequena adesão de alguns gestores municipais e de unidades no sentido de romperem com a

lógica antiga de acesso, não favorecendo, dessa maneira, o fortalecimento da regulação de acesso.

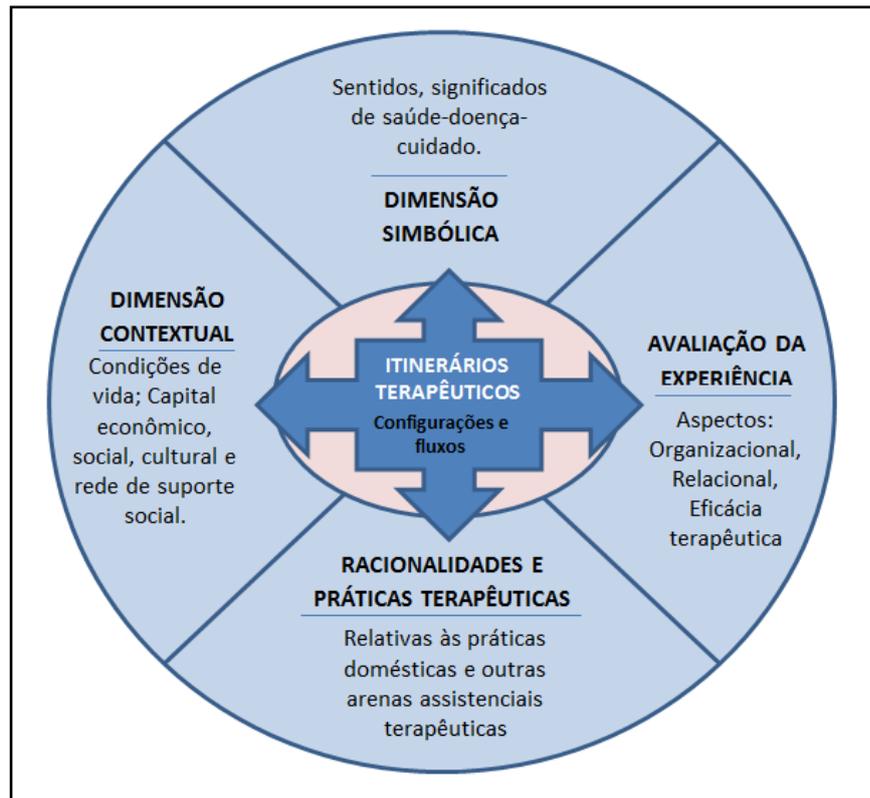
A equipe da CRESUS observa, muitas vezes, nas solicitações de transferência, especialmente de obstetrícia, que as gestantes são incluídas no sistema com a informação de que estão aguardando vaga, mas ao mesmo tempo os profissionais da unidade de origem fazem suas próprias buscas de vagas nas maternidades de Fortaleza. Posteriormente, a equipe da Central de Regulação toma conhecimento de que a paciente já se encontra em uma dessas unidades. É comum também ver paciente já ser inserida no sistema da CRESUS com a informação de que o médico do hospital de origem já fez contato com o do hospital de destino e que o mesmo autorizou seu encaminhamento. Essas práticas são condizentes com o que Cecílio *et al.* (2014) chamaram de regulação profissional, feitas pelos profissionais de saúde através de seus contatos pessoais.

Por lidarem diariamente com a oferta insuficiente de serviços e a fragmentação das redes de atenção, tanto nos municípios do interior quanto na capital, os profissionais da CRESUS precisam, frequentemente, recorrerem a sua rede de relações pessoais, para garantir o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Essa foi uma maneira que os trabalhadores encontraram para resolver as necessidades dos usuários frente à insuficiência de oferta de serviços, sendo incorporada ao processo das Centrais de Regulação (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Mesmo não tendo autonomia para definir as políticas de saúde ou para criar soluções imediatas ao identificar necessidades urgentes, a CRESUS tem empenhado todos os esforços no sentido de garantir o acesso das adolescentes às maternidades secundárias e terciárias do município de Fortaleza, em tempo oportuno.

Traçado o perfil das gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza por meio da CRESUS e concluída a caracterização das justificativas para as transferências, discutir-se-á as dimensões dos itinerários terapêuticos dessas jovens, considerando as quatro dimensões da análise holística propostas por Trad (2010), como podem ser observadas na figura 3.

**Figura 5 – Análise holística de Itinerários Terapêuticos**



Fonte: VASCONCELOS (2014).

## 5.2 DIMENSÃO CONTEXTUAL E DIMENSÃO RACIONALIDADES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

A rede de apoio social das adolescentes configura-se no que Kleinman (1978) denominou de arena popular e arena *folk*, ou seja, a família, caracterizada pela mãe, esposo, tia, sogra, e em outros casos, pelo agente comunitário de saúde (ACS) e amigas próximas, conforme os relatos descritos a seguir:

Minha mãe me ajudou quando eu fiquei grávida de todos dois. Quando eu ia pro posto ela me acompanhava, pra fazer exame também [...] ela me acompanhava pra onde eu ia (Lígia).

Quando foi com um mês minha agente de saúde marcou pré-natal, eu fui e foi tudo normal. Já fui pro posto com a consulta marcada, que a agente de saúde marcou. Todo mês ela marcava (Luiza).

Eu já tava com 10 cm, aí que foram me levar prum hospital em Fortaleza... só levaram porque minha tia e minha sogra fizeram um escândalo lá (Flora).

[Contava] com meu esposo. Minha mãe era muito presente também, a filha mais nova, né? A família do meu esposo também dava apoio (Dora).

Ela começou a se bater, se babar [...] aí eu corri, fui lá no meu irmão [...] meu irmão tem carro, né? Ela teve três ataque (sogra da Carolina).

A rede de apoio social dessas meninas se constitui, principalmente, por mulheres, seja a mãe, a tia, a sogra, as amigas e a ACS. Na sociedade, historicamente, o cuidado sempre esteve ligado à figura feminina. Mesmo atualmente, quando ocorrem mudanças nos papéis da família e as mulheres também assumem a função de provedoras de um grande número de famílias, continuam sendo a referência nas formas de cuidado e demonstram ter mais forte a referência de solidariedade.

Pôde-se constatar, por ocasião das entrevistas, que a maioria das adolescentes não teve a figura paterna presente em suas vidas, tendo sua família sido abandonada pelo pai quando ainda eram crianças, por terem o pai envolvido com drogas lícitas ou ilícitas ou ainda por morte violenta do progenitor. O pai de uma delas se encontrava preso por ter batido na sua filha, após ingestão abusiva de bebida alcoólica. Outra adolescente relatou não saber se o pai ainda está vivo, pois o mesmo abandonou a família quando ela ainda era uma criança. Esses fatos também contribuíram para que a mãe fosse a figura de referência e o apoio central para essas jovens, sendo decisivo seu suporte, inclusive, para que algumas pudessem retomar os estudos após o nascimento de seus bebês.

Trad (2010), ao escrever sobre a família e suas mutações, destaca as transformações ocorridas na estrutura familiar, com modificações do papéis e relações familiares. Esclarece que os indicadores sociodemográficos brasileiros mostram que houve um aumento das famílias chefiadas por mulheres, sem pais ou parceiros masculinos. Essas mulheres assumiram o papel de provedoras únicas da família sem, no entanto, abandonar as responsabilidades com a casa e o cuidado dos filhos. A autora ainda destaca que muitos autores apontam a centralidade da mulher no cuidado, principalmente quando se trata das crianças.

Além da mãe, amigas mais próximas, tias e sogras também estiveram presentes durante a gravidez e o parto, não só como apoio emocional, mas também nas necessidades concretas dessas meninas, como na tomada de decisões, para levá-las para realizar exames e/ou acompanhá-las durante a hospitalização. Nesse sentido, Andrade e Nunes (2013) verificaram, em estudo sobre as redes de apoio às

gestantes adolescentes, que elas contaram com o apoio da família nuclear e estendida e destacam que esse é um fato de proteção das jovens, pois as torna menos vulneráveis e mais aptas a enfrentarem as mudanças de vida que ocorrerão.

As jovens gestantes também contaram com o apoio logístico de transporte de pessoas de sua família e do companheiro em vários momentos de sua trajetória, quando precisaram se deslocar. Esse apoio foi essencial para que suas vidas e as de seus filhos fossem preservadas, considerando que aconteceu em momentos de extrema gravidade, como no caso em que uma adolescente teve eclâmpsia em casa.

Apesar da faixa etária das adolescentes, a maioria vive uma união estável e a presença do companheiro foi primordial para que as gestantes pudessem se sentir apoiadas e mais seguras quanto ao futuro, também no que se refere ao lado financeiro, pois a maioria dos companheiros estavam trabalhando, formal ou informalmente. Em revisão de literatura, Pariz, Mengarda e Frizzo (2012) verificaram que a presença do pai da criança influencia positivamente na evolução da gestação, pois minimiza a vulnerabilidade da adolescente e do bebê quanto a riscos físicos e psicológicos. A jovem mãe compreende e aceita a incapacidade do companheiro em contribuir financeiramente durante a gravidez e na criação do filho, mas não suporta sua falta de envolvimento, apoio emocional e carinho.

Uma figura de apoio também fundamental foi a da ACS, que foi citada por várias adolescentes, demonstrando a importância dessa profissional como elo entre a comunidade e o sistema de saúde, facilitando a comunicação e o acesso das adolescentes aos serviços formais de saúde. Fraga (2011), em uma revisão de literatura sobre o papel e atuação do ACS, verificou que os diversos autores estudados concordam que esse profissional tem a função de mediar a aproximação da comunidade, onde vive e trabalha, com a Unidade de Saúde da Família, facilitando o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, com se verá adiante ao se discutir acesso à APS.

As reações das pessoas que compõem a rede social das adolescentes diante da notícia da gravidez foram diversas, indo da aceitação total no primeiro momento até a ruptura de relacionamentos familiares e de amizade, conforme se verifica nas falas a seguir:

Foi normal [em casa], ninguém nunca disse nada comigo (Luiza).

A minha mãe deu vontade de me matar, me estrangular [...].rsrsrsrs [...].a minha avó ficou um tempo com raiva de mim (Flora).

Teve umas mães dumas amigas minha que não deixaram mais elas andar comigo, mas tem umas que ainda falam comigo até hoje (Flora).

Meu pai não gostou muito da ideia [...]. eu saí de casa antes dele chegar do trabalho, com medo [...].rsrsrsrs [...].ele ficou sem falar comigo [...].depois de um tempo eu conversei com ele e ficou tudo bem. Eu tinha o apoio da minha mãe, dele não (Dora).

Minhas amiga ficaram tudo feliz, me cuidando [...] Os professores me davam conselho (Amélia).

Fazer o que, né? Tem que ter, né? Já fez, tem que criar, né? (mãe da Maria).

Observou-se que as famílias que não tiveram reação negativa diante da notícia da gravidez correspondem exatamente àquelas cujas adolescentes já viviam em união estável. Mesmo que algumas ainda morassem na casa dos pais, a reação positiva se deve, provavelmente, ao fato de que a gravidez, dentro do casamento, é um acontecimento esperado, mesmo quando acontece com jovens de tão tenra idade. Resultado semelhante foi encontrado também por Andrade e Nunes (2013), mostrando que em muitas famílias a gravidez adolescente é recebida com naturalidade.

Embora tenha havido atitudes de repreensão diante de uma gravidez inesperada, as de apoio se sobrepuseram a estas, principalmente por parte das mães, sugerindo que, ao verem as filhas em uma situação difícil, a resposta, na maioria das vezes, é de apoio e conforto. Isso corrobora com o que se constatou em relação à mãe como figura central de apoio à adolescente. Nessa perspectiva, Schwartz, Vieira e Geib (2011) e Andrade e Nunes (2013) referiram, em seus estudos, que as adolescentes pesquisadas indicaram a mãe como tendo sido seu maior apoio, independente de terem aceitado ou não a gravidez da filha. Saber que poderiam contar com suas mães nos momentos mais difíceis, permitiu que elas pudessem enfrentar os novos desafios.

Como pôde se apreender dos discursos, as reações dos pais, quando presentes na vida das meninas, estiveram associadas ao rompimento dos relacionamentos familiares. Essas reações podem estar vinculadas ao fato de os pais acharem que sua honra foi manchada, que sua filha “se perdeu”, um sentimento corriqueiro, principalmente em cidades do interior. Atitude semelhante foi relatada

por uma adolescente, quando algumas mães de amigas proibiram as filhas de se relacionarem com a jovem gestante, possivelmente por medo de que a filha fosse influenciada a ter o mesmo comportamento ou por preconceito. Contudo, as reações por parte dos colegas, amigos e professores foram de apoio e cuidado, na maioria das vezes.

Não foi encontrada literatura específica a respeito da reação dos pais à gravidez da filha adolescente, mas Andrade e Nunes (2013) observaram que o apoio paterno foi apontado como ausente ou superficial, nos casos em que as jovens tinham contato com o pai, assim como algumas adolescentes relataram que seu progenitor não fazia parte de sua vida. Pariz, Mengarda e Frizzo (2012) citam a ausência ou rejeição do pai como um dos fatores predisponentes ou situações precursoras da gestação adolescente.

A rede de apoio foi acessada antes mesmo de ser confirmada a gestação. Algumas adolescentes foram levadas pela mãe ou tia para realizar o teste confirmatório, quando estas suspeitaram da possibilidade de gravidez. Duas mães e uma tia não quiseram utilizar o SUS para a realização do exame, pois alegaram demora em saberem o resultado e necessidade de se certificarem logo para que as providências necessárias pudessem ser tomadas.

No que diz respeito à arena *folk*, observou-se que no interior ainda se preservam os costumes passados de geração em geração, pelo conhecimento das parteiras e rezadeiras. Em geral as mulheres que desempenharam estas funções eram do mesmo núcleo familiar das adolescentes, mais velhas e experientes, como as avós, como se observa nos discursos a seguir:

Minha vó, que é rezadeira, ela dizia que não era pra eu não ficar me sentando em batente baixo porque senão a placenta apregava [...] e apregou...porque eu vivia me sentando naquele batente ali (Flora).

No dia que eu fui ter o neném ela ainda rezou em mim ainda [...] o menino tava todo pro lado de cá, aí ela rezou e o menino se ajeitou [...] acho que ela ajeitou o menino porque ele tava atravessado [...] e ele nasceu normal, né? (Flora).

Aí vim pra casa e voltei de novo. Aí a vó veio, viu que eu tava sentindo dor e fez aquele negócio de água morna e aumentou mais. Dá um banho com água morna. Se não for pra nascer a dor para, se for pra nascer a dor aumenta [...].aí aumentou (Amélia).

[Tomei] um remédio [pra abortar] que uma veinha lá de baixo me deu, mas não deu certo não (Carolina).

Verificou-se que as práticas populares, ainda muito utilizadas no interior, têm papel fundamental na comunidade, sendo exercidas, normalmente, por uma pessoa de maior influência na construção das representações, aqui configurada, majoritariamente, pela avó. São práticas e cuidados passados de geração em geração, não permitindo que sejam esquecidas, pois, como se pôde perceber, são bem aceitas e consideradas relevantes e indispensáveis.

A produção científica encontrada sobre cultura popular na gravidez referia-se a outras regiões do Brasil e outros países. Encontrou-se pouca produção a respeito das práticas culturais no Nordeste, demonstrando uma lacuna no conhecimento, pois nossa cultura popular difere muito do sul e sudeste do país e de outros países. Gomes e Melo (2015), ao estudarem a percepção de gestantes sobre as práticas populares, verificaram que as pessoas mais velhas do sexo feminino, principalmente mães e avós, eram as responsáveis pela propagação e manutenção dessas práticas, considerando que essas pessoas têm experiência em cuidar da família. As autoras também afirmam que as referidas práticas fazem parte da cultura da população, que faz uso delas para resolver problemas do cotidiano e quem têm papel importante para a saúde da comunidade, achados semelhantes aos constatados nessa pesquisa.

Mesmo buscando atendimento nos serviços formais de saúde, percebeu-se que as adolescentes e suas famílias creem nas intervenções das rezadeiras, como se pode ler nos discursos, quando o que foi dito se concretizou. Refere-se aqui ao fato de que a avó rezadeira de uma das meninas aconselhou-a a não se sentar em batente baixo para que a placenta não ficasse retida no útero no pós-parto imediato. Verificou-se que, por vivenciar e aferir a veracidade da afirmação, as crenças populares permanecem presentes no cotidiano das pessoas.

A mesma adolescente afirmou estar com seu filho atravessado, porém quando a avó rezou em sua barriga, a criança ficou na posição correta para nascer e ela pôde ter parto normal. Isso pode ser entendido como sinal de confiança nas práticas populares por parte das mulheres do interior, principalmente as da zona rural. É também uma indicação de como essas mulheres se apoiam e valorizam a experiência das pessoas mais velhas, suas tradições e seu saber empírico.

Gomes e Melo (2015) também detectaram que as gestantes pesquisadas acreditavam nas práticas populares, principalmente porque as pessoas mais velhas tiveram resultados positivos ao utilizarem esses cuidados. As mulheres as

consideraram seguras e, mesmo recorrendo aos serviços formais de saúde, não as dispensavam no seu dia-a-dia, alertando para a necessidade de os profissionais de saúde respeitar o saber popular.

Observou-se que as práticas populares também foram utilizadas quando as adolescentes desejaram interromper a gravidez. Mesmo não recorrendo a métodos invasivos, não sabendo do que se trata ou da eficácia da prática procurada, o aborto realizado em más condições é uma das causas da manutenção das altas taxas de mortalidade materna. Apesar de as mulheres, muitas vezes, procurarem práticas populares antes de procurarem os serviços de saúde por dificuldade de acesso (GOMES; MELO, 2015), acredita-se que nesse caso específico isso ocorreu devido o aborto ser um procedimento proibido pela legislação brasileira.

Quanto às práticas de cuidados domiciliares, constatou-se que estão presentes no cotidiano das adolescentes, principalmente no que diz respeito à automedicação, utilizada para evitar a gestação e mesmo no período de amamentação como se pode observar nos discursos abaixo:

Eu peguei [esses comprimidos] da minhas irmã, porque minhas irmã toma, né? (Luiza).

Ele não pegava o peito de jeito nenhum, eu não ia deixar ele morrer de fome, eu tive que botar ele no leite. [...] Ele nunca quis saber do peito, de jeito nenhum (mãe da Amélia).

[Passaram] o sulfato ferroso, mas aí eu tomava e quando amamentava ele, ele sentia diarreia [...]. aí eu parei (Amélia).

É porque meu pai é mototáxi, aí ele faz entrega das farmácias, né, aí eu liguei pra mulher de onde ele faz entrega [...] a mulher lá da farmácia [...] e perguntei a ela [sobre o anticoncepcional injetável] (Amélia).

Apesar de terem referido a existência de programa de planeamento familiar nas unidades básicas de saúde às quais são vinculadas, algumas adolescentes, como Lígia e Amélia, preferiram buscar métodos anticoncepcionais por conta própria. Essa é uma prática que pode comprometer a eficácia do método e ter como consequência uma nova gravidez, considerando que a medicação pode não ser a mais apropriada para a pessoa, além de haver a possibilidade de desencadear efeitos adversos e consequente interrupção da mesma.

Quando se trata de interromper medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde devido a efeitos colaterais, a lógica parece ser a mesma da automedicação. Ao achar que seu filho estava tendo diarreia por causa do sulfato ferroso que ela estava ingerindo, Amélia optou por não mais usar a medicação, sem procurar a Unidade Básica de Saúde para relatar o caso e tirar suas dúvidas.

Aquino, Barros e Silva (2010) dizem que 35% dos medicamentos vendidos no Brasil são para automedicação, atribuindo isso às práticas promocionais da indústria farmacêutica, principalmente. Segundo os autores, a propaganda e a facilidade de adquirir medicamentos em farmácias e supermercados passam a ideia de que estes não causam efeitos adversos. Araújo *et al.* (2015), ao fazerem uma análise da literatura sobre o assunto, afirmam que a automedicação também está relacionada à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, essa não parece ser a causa da automedicação por parte das adolescentes entrevistadas, tendo em vista que todas tiveram acesso à APS.

A importância do aleitamento materno para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança é consenso em todo o mundo. Todavia, as mulheres ainda têm dificuldades para aderir a essa prática, preferindo, muitas vezes, recorrer a soluções mais fáceis como alimentar o filho com leite de vaca, ao invés de procurarem os serviços de saúde para serem orientadas. Necessário se faz, porém, alertar para a ausência de orientação às gestantes, por parte dos referidos serviços, sobre a preparação dos seios e amamentação durante o pré-natal, como relatado pela maioria das entrevistadas. Verificou-se, no caso da Amélia, que a decisão de interromper a amamentação ao peito partiu de sua mãe, com a qual ela pareceu concordar ou, mesmo não concordando, não contestou.

Em revisão bibliográfica realizada por Sangalli, Henriques e Oliveira (2010) sobre a influência das avós no aleitamento materno, as autoras encontraram que essas pessoas são as que mais influenciam no sucesso ou fracasso da amamentação. Foi verificado que a maioria das avós, tendo nascido entre as décadas de 1960 e 1980, quando a prática do aleitamento não era valorizada e a convicção de que existia leite fraco ou pouco leite era comum, introduziram complementos ao leite materno. Acredita-se que isso tenha ocorrido também em relação à mãe da Amélia, principalmente por seu filho ser prematuro.

Observou-se que o acesso das adolescentes à APS, uma das portas de entrada do sistema de saúde, foi mediado pelo ACS, elo entre a casa delas e o serviço formal de saúde, como se discutirá na próxima dimensão.

### 5.3 SERVIÇOS DE SAÚDE, ACESSO E REGULAÇÃO

#### 5.3.1 Acesso

Nas narrativas, foi possível observar que o acesso aos serviços de saúde deve ser considerado em vários aspectos: acesso à APS, aos exames e medicamentos, à informação, à atenção especializada, ao serviço hospitalar e acesso geográfico. As várias subcategorias foram discutidas abaixo.

##### 5.3.1.1 Acesso à Atenção Primária de Saúde (APS)

Os discursos sobre o acesso ao pré-natal mostraram que todas as adolescentes entrevistadas foram recebidas para acompanhamento em uma Unidade de Saúde, tendo a Atenção Primária como porta de entrada para o sistema de saúde na gravidez. Além disso, a APS acolheu a jovem mãe com seu filho, quando estes retornaram da atenção especializada após o parto, através de serviços específicos para a mulher e de puericultura para a criança.

Meu agente de saúde ajeitou e eu fui lá. Eu comecei a fazer o pré-natal desde que eu descobri que tava grávida dele (Lígia).

Foi só chegar lá [no posto] e dizer que tava grávida e ela já marcou a consulta. [...] eles abriram o prontuário da gestante e todo mês eu ia fazer uma consulta, uma vez com a enfermeira, uma vez com a médica (Dora).

Fiz aqui [revisão de parto]. Lá na maternidade escola me deram um papel pra mim fazer aqui e aí eu fui (Flora).

Do mais novo foi preciso eu ir de moto tirar os ponto e ainda não tiraram. Eu fui umas três vez e não tinha quem tirasse. Quando eu ia lá, eles diziam que não sabiam onde tava as coisas, a mulher não tava lá, não tinha água... (Maria).

Levo [meu filho para as consultas no posto]. Antes era todo mês, agora elas marcam. Levei ele pra consulta de 1 ano e 3 mês. Agora vou levar pra de 1 ano e 6 mês (Carolina).

É importante frisar que quase todas as jovens chegaram aos serviços de saúde por intermédio do ACS. Este profissional mora, geralmente, na própria comunidade onde atua e está presente no dia-a-dia das pessoas, por meio da visita domiciliar frequente, assegurando que as necessidades de saúde da população sejam conhecidas pelos outros membros da equipe de saúde. Sendo assim, o ACS é um ator de relevância para a melhoria do acesso da comunidade aos serviços de saúde.

Cardoso e Nascimento (2010) e Costa *et al.* (2013) concordam que o ACS é imprescindível para a melhoria da assistência à população, pois esse profissional faz a integração entre a comunidade e os serviços de saúde, facilitando a comunicação nas duas direções. Baralhas e Pereira (2011) chamam atenção para o fato de que seu conhecimento acerca do território e da população e a formação de vínculos com os usuários e as famílias contribuem para a ampliação da cobertura e das ações de saúde. Os autores citados também afirmam que a visita domiciliar é a principal atividade do ACS, através da qual ele amplia o acesso da comunidade aos cuidados e tem condições de detectar agravos e emergências em saúde.

Entretanto, faz-se necessário que se descreva a dificuldade de acesso à APS que algumas adolescentes referiram, principalmente após o parto, para retirada de pontos da cesárea e realização da revisão do parto. Uma das mães informou que teve dificuldade para marcar a primeira consulta de puericultura para o filho, mesmo ele sendo prematuro. Assim sendo, constatou-se que a APS é resolutiva em alguns municípios, com unidades de saúde localizadas próximas à comunidade, abertas todos os dias e com equipe de saúde suficiente para atender à demanda.

Desse modo, mesmo tendo havido ampliação do acesso à APS no Brasil, Cunha e Vieira-da-Silva (2010) chamam atenção de que isso não aconteceu de forma homogênea em todo o país, devido às dificuldades de planejamento e organização enfrentadas por grande parte dos municípios, principalmente os de pequeno porte, à distribuição desproporcional de recursos humanos, assim como às particularidades de gestão dos sistemas de saúde locais. As autoras citam um estudo realizado em nível nacional, onde se concluiu que ainda existem muitas barreiras de acesso resultantes do modo de organização dos serviços como horário de funcionamento inadequado, dificuldade de atender as demandas espontâneas, dentre outros.

Ao mesmo tempo, algumas adolescentes informaram ter tido dificuldade para agendar consultas, sobre o fechamento do posto de saúde perto da sua casa e a ausência de profissionais em vários dias da semana. Considerando que o financiamento da saúde é *per capita*, portanto proporcionalmente igual para todos os municípios, o que faz com que alguns consigam manter a APS funcionando satisfatoriamente enquanto outros têm um atendimento precário?

### 5.3.1.2 Acesso geográfico

Como afirmaram Assis e Jorge (2014), a ampliação da rede básica de saúde é um importante avanço do SUS, mas ainda se observa desequilíbrio entre a oferta, a capacidade de atendimento e a demanda, ocasionadas também por barreiras geográficas. O acesso geográfico pode dificultar a utilização dos serviços de saúde pelos usuários, como registrado nos relatos das adolescentes:

É muito difícil [...] às vezes, quando a mãe tá em casa, ela fica com um e eu levo o outro [...] é assim, quando levo um não levo o outro, porque fica meio difícil pra levar os dois [descendo a serra a pé] (Lígia).

Só que aqui, como fecharam o nosso [posto] aqui, botaram a gente lá pro do Planalto (Amélia).

É [perto] nada [...] [o posto] é do outro lado da pista (Maria).

[O posto] é lá embaixo. É muito longe daqui (Carolina).

Constatou-se que, de modo geral, as adolescentes tiveram dificuldade de acesso à APS no que se refere ao aspecto geográfico. Como somente uma dessas adolescentes mora na sede do município, deduz-se que a população que mora na zona rural é a mais afetada pelas diferenças regionais quanto à oferta de ações e serviços de saúde.

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) verificaram, em estudo de caráter nacional, que as condições sociais e o local de residência das pessoas influenciam seu acesso aos serviços de saúde, referindo-se a sua disponibilidade e distribuição geográfica, além da disponibilidade de recursos humanos, modelo de assistência e financiamento.

Em estudo realizado em um município da Bahia, Cunha e Vieira-da-Silva (2010) constataram que houve melhoria do acesso geográfico nas unidades com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em funcionamento por aproximarem as equipes da comunidade. Entretanto, as autoras afirmam que o mesmo não aconteceu em relação às unidades básicas tradicionais. Como esse estudo não teve como objetivo conhecer a forma de organização das unidades de saúde, não se pode afirmar que a realidade encontrada nesse município baiano se aplica aos municípios de residência das adolescentes.

### 5.3.1.3 Acesso a medicamentos e exames na APS

Sobre o acesso aos exames e medicamentos, em geral, as adolescentes tiveram acesso na APS durante a gravidez e para anticoncepção, como se pode observar em suas narrativas.

Fiz os exame tudim, tá tudo guardado ali. Eles passaram remédio pra anemia [...] porque eu tive anemia, aí eles passaram remédio pra mim e eu tomava (Lígia).

Eu tava dando de mamar, né, aí ela passou um que me servia [anticoncepcional]. Depois de um tempo, é que eu fui de novo e ela passou outro que eu tomo agora [...] e me dava camisinha também (Flora).

O Ultrassom foi particular também. Até hoje ainda tô esperando o ultrassom de quando eu tava grávida dele, nunca saiu, eu sempre fiz pago (Dora).

Ele [o médico] pediu com urgência, que não podia ser com um mês, porque sempre as minha ultrassom vinha com um mês. Aí eu fiz particular. [...] não atenderam [a SMS] a urgência (Luiza).

Também nessa época tava faltando exame aqui. Faz mais de um ano que não tem exame aqui [...] dizem que estão ajeitando pra ter de novo (Luiza).

Ele [anticoncepcional] não falta não, agora outras medicação [...] eu também tenho asma. Aí eu tô esperando até hoje uma medicação que vem na farmácia popular. Já fui lá hoje e ainda não tem (Dora).

Até hoje não faltou [remédio] não. O que falta às vezes é as vacina. Aí elas marcam pra ir dar noutro dia. Às vezes elas avisam que a vacina chegou e vou lá (Carolina).

Retomando o questionamento anterior quanto à resolubilidade da APS, percebe-se que isso também acontece em relação ao acesso a medicamentos e, principalmente, exames, quando há municípios que funcionam bem e outros onde esses serviços não são ofertados. Verificou-se que houve necessidade de complementação com o serviço privado, por parte das mães, mesmo em casos de urgência. Em geral, as adolescentes relataram facilidade de acesso, mas algumas tiveram problemas para realizar exame de prevenção de câncer ginecológico e para ter acesso a alguns medicamentos para patologias crônicas, como informou Dora, que tem asma brônquica.

Mendes *et al.* (2012) lembram que a Política Nacional de Medicamentos define como dever de cada município a garantia de fornecimento de medicamentos básicos em quantidade satisfatória para atender às necessidades da população. Entretanto, o profissional médico prescreve remédios que não constam na relação de medicamentos básicos, o que compromete o acesso dos pacientes ao tratamento.

Em relação aos exames, Luiza mencionou que fez dois ultrassons pelo SUS, mas precisou pagar para fazer o último, já que o médico o solicitou com urgência e a SMS não priorizou seu caso. De acordo com a informação da adolescente, as solicitações de exames eram organizadas por ordem de chegada, quando deveria ser por critérios de gravidade/necessidade.

Luiza também contou que, por ocasião de sua segunda gravidez, não fez todos os exames preconizados pelo MS para o acompanhamento eficaz da gravidez, pois a SMS deixou de ofertá-los há mais de um ano, sem que tenha dado qualquer explicação para o fato. Essa é uma situação extremamente grave, considerando o fato de que compromete a saúde da população e das gestantes, especificamente, podendo contribuir para desfechos negativos da gravidez.

Nesse sentido, Campos *et al.* (2014) afirmam que a celeridade na realização de consultas e exames e a possibilidade de escolher o profissional é o principal motivo para que a população opte, muitas vezes, por recorrer à saúde privada e/ou suplementar. Isso corrobora com as narrativas das adolescentes, que afirmaram ter procurado um serviço privado por terem necessidade de respostas rápidas, principalmente em situações de urgência.

Ainda sobre o acesso aos exames, Maria relatou que foi algumas vezes à Unidade Básica de Saúde para fazer a prevenção de câncer ginecológico, porém o

profissional nunca se encontrava na Unidade, o que fez com que ela desistisse. Apesar de Maria ter se mostrado, por ocasião da entrevista, uma pessoa dispersa, quando a mãe precisava complementar as informações porque ela não se lembrava, a falta de profissionais foi citada por outras adolescentes. Isso contribui para que a APS seja desacreditada em seu papel de ordenadora do cuidado e porta de entrada principal do sistema de saúde nos municípios onde esses problemas ocorrem.

Souza *et al.* (2008) já haviam constatado, em estudo realizado em duas capitais e uma cidade de médio porte do Nordeste, que os usuários e profissionais apontaram a dificuldade de acesso a medicamentos da farmácia básica e a exames, tanto no que se refere a sua marcação como para recebimento dos resultados. Campos *et al.* (2014) referem que, além da demora no atendimento, a falta de profissionais nos serviços de saúde foram as dificuldades mais mencionadas.

Em estudo realizado em três municípios de Minas Gerais, Mendes *et al.* (2012) verificaram que usuários e profissionais da APS concordaram no que se refere ao tempo de espera para realização de exames e recebimento dos resultados, o que caracterizaram como sendo um ponto frágil da organização dos serviços de saúde. De acordo com os autores, essa desarticulação é uma barreira limitante ao acesso da população aos serviços básicos de saúde.

#### 5.3.1.4 Acesso à informação

Sanchez e Ciconelli (2012) consideram a informação como sendo o resultado do processo de comunicação entre o usuário e o sistema de saúde e como uma das dimensões do acesso. Cecílio (2009) corrobora com as autoras ao afirmar que o sujeito precisa ter acesso à informação como requisito parcial para alcançar a autonomia. Dentre as diversas necessidades apresentadas pelas adolescentes, observou-se que a falta da informação adequada trouxe lacunas importantes no cuidado, pois dificultou a tomada da decisão adequada, prejudicando também o cuidado domiciliar.

Eu perguntei porque meus pés tava muito inchado, aí doía demais quando eu andava [...].aí eu perguntei a enfermeira, aí ela disse que era normal mesmo (Lígia).

Agora eu tô tomando a injeção [...] quando eu tive ele, eu já tava com três mês da cesárea, eu fui atrás e eles disseram que ainda tava muito recente, que não podiam passar remédio pra não engravidar, porque era muito forte, tinha que ser só a mama mesmo (Lígia).

Eles não disseram nada, só disseram que não podia [ficar um acompanhante] (Luiza).  
Tinha [vontade de perguntar] [...] se ela tivesse aberto mais a conversa, mas não abria, né? (Dora).

Confundiram minha cabeça. Aqui diziam que eu tava com 6 meses, já eles lá dizia que eu tava com 5 meses. Lá tá com seu eu tivesse tido ele com 7 mês e aqui com 8 (Amélia).

Ai era, aquelas reunião, né?... ainda tem isso? É tanta coisa [...] rrsrs [...] Ela dizia que se tivesse dúvida podia perguntar, quando terminava a reunião. [...] De ensinar a cuidar do menino, como amamentar (Maria).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012e), em seu artigo 5º, ao definir que todos têm direito à informação, fundamentou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2012b), que afirma o direito ao conhecimento das pessoas sobre sua saúde e de como e onde atender suas necessidades, sendo o acesso à informação parte desse processo. Escuta ativa e democratização da informação são imprescindíveis para que se promova o cuidado integral em saúde, protagonismo e autonomia das pessoas.

Não obstante, mesmo Lígia tendo informado sobre a dor e o edema de seus pés ao profissional que a acompanhava durante o pré-natal, não houve uma investigação adequada do sinal clínico. Considerando que ela foi uma das adolescentes que foram transferidas para Fortaleza com diagnóstico de pré-eclâmpsia e que o edema de membros é um dos sinais da patologia, é possível que o desfecho negativo pudesse ter sido minimizado se suas queixas tivessem sido ouvidas e investigadas.

Lígia mencionou ainda o fato de ter procurado o serviço de saúde depois que seu primeiro filho nasceu para ter orientações quanto aos métodos contraceptivos. Todavia, foi informada de que não poderia fazer uso de nenhum anticoncepcional pelo fato de estar amamentando o bebê. Essa informação incorreta teve como consequência sua segunda gravidez antes de completar um ano do primeiro parto.

Alguns estudos detectaram que uma das causas de reincidência de gravidez na adolescência é o menor acesso aos serviços de saúde (HONORIO-FRANÇA *et al.*, 2013; JORGE *et al.*, 2014), mas reconhecem que não existem

muitas pesquisas nacionais sobre esse aspecto. Os autores também apontam como causas o início precoce da vida sexual, desconhecimento da fisiologia da reprodução, além da falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade para obtê-los. Por se tratar de uma só uma pessoa, no caso desse estudo, não se pode generalizar o achado, mas no caso específico de Lígia houve o acesso ao serviço de saúde e à informação, contudo a adolescente não a recebeu de forma correta.

Assim, o acesso aos serviços de saúde por si só não é suficiente para que as necessidades de saúde das pessoas sejam atendidas. É preciso que esses serviços tenham resolubilidade, oferecendo um direcionamento adequado às demandas, pois uma decisão consciente do que é melhor para a vida de cada pessoa só é possível diante de informações precisas quanto às consequências de cada ato.

Como já mencionado anteriormente, a Rede Cegonha garante que a gestante tenha direito à acompanhante por ocasião do parto (BRASIL, 2011). Ainda assim, Luiza, em seu segundo parto, teve esse direito negado pelo hospital, sem que tenha recebido qualquer explicação para a negativa, mesmo tendo tido um trabalho de parto difícil e, segundo informou, sem os cuidados e atenção necessários por parte da equipe de saúde.

Por sua vez, Dora narrou não ter se sentido à vontade para esclarecer suas dúvidas devido a pouca receptividade do profissional que a atendeu. Isso remete à necessidade de se formar vínculos entre o usuário e profissional/serviço de saúde para que se possa proporcionar o cuidado qualificado e integral. Somente por meio de uma aproximação mais afetiva entre os atores, pautada na escuta, no diálogo e no respeito, é possível o estabelecimento de vínculos e a livre expressão do usuário do sistema de saúde.

Desse modo, Melo e Coelho (2011), ao argumentarem que os profissionais de saúde, muitas vezes, não estão comprometidos com o ato de cuidar, dão ênfase à necessidade de que estes acolham as adolescentes grávidas de forma solidária, com escuta sensível. Leite *et al.* (2014) corroboram com as autoras, afirmando que o vínculo terapêutico entre profissional e usuária se estabelece quando o primeiro tem uma postura que suscite segurança e confiança. Dizem ainda que o acesso à informação empodera as pessoas e contribui para sua autonomia e exercício da cidadania, na medida em que as capacita a lutarem pelos seus direitos.

É importante também que se discorra sobre a premente necessidade de articulação entre os níveis de atenção à saúde, objetivando o trabalho em rede e o cuidado de forma integral e humanizada. Amélia, ao receber informações contraditórias entre a atenção primária e a especializada quanto à idade gestacional, sentiu-se confusa, o que poderia ter sido evitado através da comunicação entre os dois níveis de atenção. Percebeu-se, nesse que caso, que o episódio contribuiu para o descrédito do sistema de saúde diante da adolescente e sua família.

Nesse sentido, Goulart *et al.* (2013) lembram que a integralidade, como princípio do SUS, requer um novo modo de relacionamento entre os serviços e a comunidade, sendo necessário, para isso, trabalho em equipe visando a melhoria da assistência centrada na pessoa, ou seja, deve estar focada na qualidade do atendimento prestado, incluindo o cuidado e acolhimento.

Quanto à questão das orientações que as gestantes receberam durante o pré-natal e o parto, observou-se que eram sempre direcionadas para amamentação, cuidados com a criança e revisão do parto, pois nenhuma delas referiu ter recebido informação quanto à anticoncepção. Ficou perceptível aqui que os serviços de saúde precisam estar melhor preparados para receber e orientar as adolescentes no que diz respeito à reincidência da gravidez, o que aconteceu com três delas.

Assim como encontrado em estudo sobre o perfil de adolescentes com reincidência de gravidez de Santos *et al.* (2009), verificou-se que a repetição de gravidez nesta população ocorreu com pequenos intervalos entre as gestações. Todavia, é importante que se diga que uma das adolescentes entrevistadas desejou a segunda gestação por estar vivendo em união estável com outro companheiro.

Como forma de potencializar o acesso à informação, pode-se pensar na educação em saúde na APS, porém somente uma adolescente referiu essa prática na unidade onde realizou o pré-natal. Pelo que se apreendeu de sua fala, eram reuniões que aconteciam antes de cada consulta com formato expositivo, onde as gestantes podiam tirar dúvidas no final da exposição. Considera-se que esta não seja a melhor maneira de democratizar a informação, considerando que a transmissão de conhecimentos, sem a participação efetiva das gestantes, não contribui para seu empoderamento e autonomia.

### 5.3.1.5 Acesso à atenção especializada durante o pré-natal

Algumas adolescentes foram encaminhadas à atenção especializada para acompanhamento pré-natal de risco, como se observa nos relatos a seguir:

Porque dos 7 pros 8 mês, eles me passaram pro médico lá da rua, porque ele é especialista [...] aí ele passou pra eu ir de 15 em 15 dias, por causa que eu era muito nova (Flora).

Depois, quando ela tava com 5 mês, foi mandada para ser acompanhada pelo obstetra da Policlínica de Pacajus. Aí ela ficou nos dois (mãe da Amélia).

Encaminharam ela pro hospital do Aquiraz porque era gravidez de risco, porque era muito nova. Lá tem um médico de atendimento de risco (mãe da Maria).

O Ministério da Saúde não considera a gravidez na adolescência por si só como de risco, mas recomenda que se tenha atenção a essa população devido as suas peculiaridades, além de avaliar que mulheres com idade abaixo de 15 anos e menarca há menos de dois anos têm fatores de risco gestacionais anteriores à gestação (BRASIL, 2012b).

Desse modo, as adolescentes de dez a 14 anos fazem parte da população que tem marcadores de risco para eventos adversos na gravidez. No caso das adolescentes encaminhadas à atenção especializada, a justificativa foi exatamente a questão da idade, como se constata nos discursos acima. Os profissionais da APS avaliaram a necessidade de acompanhamento especializado, sem abrir mão, no entanto, de sua função de coordenadores do cuidado, considerando que as gestantes foram acompanhadas nos dois níveis de atenção.

A Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559/2008, define que a regulação de acesso das referências intermunicipais é de responsabilidade dos estados, por meio de suas Centrais de Regulação. Sendo assim, destaca-se que o encaminhamento da Amélia para a Policlínica Regional se deu por intermédio da CRESUS. As outras duas gestantes foram encaminhadas para o hospital de sua cidade de origem, o que configura a regulação interna, responsabilidade de cada município, também definida pela referida portaria do MS.

### 5.3.1.6 Acesso à atenção hospitalar no município de origem da adolescente

O acesso hospitalar deve ser garantido desde o pré-natal, quando a gestante deve conhecer a maternidade onde será feito o parto e esta deve garantir seu atendimento, de acordo com o que é preconizado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2013a). Todavia, as narrativas das adolescentes mostram que a vinculação à maternidade só foi referida por uma delas, apesar de todas terem sido atendidas no hospital de sua cidade de origem:

Eu não lembro de nada quando cheguei no hospital daqui, quando eu tomei os tubo de soro eu melhorei mais [...]. (Lígia).

Levaram aqui na [cidade] mesmo. Teve uma palestra lá no hospital, fomos, conhecemos, mas quando foi pra ter, não foi lá, né? (Dora).

Foi só na hora que eu comecei a sentir dor que eu fui pro hospital daqui e disseram que eu não tinha condições de ficar lá (Luiza).

Quando eu cheguei lá já tava com 2 cm, aí fiquei deitada na cama...tavam assistindo o jogo!? Só me atenderam porque enfim a minha tia e a minha sogra tavam botando boneco lá (Flora).

Foi, aí mandaram eu voltar, que eu tava entrando em trabalho de parto...aí disseram pra mim ir pra lá [hospital do município vizinho] só quando tivesse com uns 3 cm, lá pra de tarde [...] viemo pra casa e fomo pro [hospital local] de manhã (Maria).

Receberam logo ela [no hospital do município] [...] [Porque] ela teve 3 ataque. Um aqui e lá no hospital teve duas (sogra da Carolina).

O acesso aos hospitais de sua cidade se deu no momento em que as adolescentes entraram em trabalho de parto ou devido a alguma intercorrência, como Lígia e Carolina, que foram levadas por seus familiares depois que tiveram convulsão em casa. Foram imediatamente atendidas e receberam os primeiros cuidados, enquanto as unidades providenciavam a transferência para Fortaleza.

As duas gestantes foram transferidas sem regulação. O hospital onde Lígia estava internada ainda aguardou por 24 horas que a CRESUS conseguisse uma vaga, mas com o agravamento de seu estado e diante da negativa das maternidades de Fortaleza em recebê-la, a mesma foi encaminhada sem autorização por decisão do médico assistente. Carolina foi inserida no sistema da Central de Regulação, mas encaminhada para Fortaleza, após contato entre os médicos dos hospitais de origem e de destino.

Para que haja acesso qualificado e resolutivo aos serviços de saúde, o acolhimento com classificação de risco é fundamental, para que seja possível responder positivamente às necessidades de saúde das pessoas. Contudo, a narrativa de algumas adolescentes expôs a precariedade do atendimento em hospitais de alguns municípios, quando estas tiveram acesso ao serviço, mas encontraram equipes pouco comprometidas com o atendimento de suas necessidades.

Flora necessitou da interferência de suas acompanhantes para que os profissionais do hospital, que estavam assistindo a um jogo de futebol na televisão, avaliassem a evolução do trabalho de parto e se havia necessidade de intervenção imediata. Maria se dirigiu ao hospital quando entrou em trabalho de parto, porém a equipe orientou que ela fosse para sua residência e só retornasse à unidade quando a dilatação do colo do útero chegasse aos três centímetros. Essa atitude poderia ter comprometido a saúde de Maria e de seu filho, pois ela não tinha condições de avaliar esse parâmetro e decidir o momento certo de se dirigir ao hospital.

Goulart *et al.* (2013) concordam que o acolhimento é um ponto fundamental para que os profissionais/unidades de saúde intervenham de forma efetiva e eficaz no atendimento às necessidades de saúde da população. Alertam que para isso, é necessário que haja mudanças na organização dos serviços de saúde, mas também na postura dos profissionais, uma vez que acolhimento remete à humanização e ao discernimento de que as pessoas possuem necessidades e direitos.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006) define o acolhimento como um de seus pilares e orienta a inversão do funcionamento das instituições de saúde de modo a atender o usuário da melhor forma possível, inclusive com implantação da classificação de risco e escuta ativa comprometidas com a resolução dos problemas de saúde dos pacientes.

Desse modo, as adolescentes tiveram acesso aos hospitais de sua cidade, mas nem sempre encontraram serviços resolutivos e atendimento adequado, o que se analisará mais profundamente durante a discussão sobre regulação de acesso e avaliação da atenção.

### 5.3.2 Regulação

Considerando que as justificativas para a transferência das adolescentes para Fortaleza já foram discutidas durante a análise do estudo documental, retomar-se-á aqui a discussão sobre regulação em saúde no SUS, agora a partir da visão de usuárias do Sistema, onde se abordará as diversas formas de regulação descritas por Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) e Cecílio *et al.* (2014):

Eu imaginei, não vou mais passar no [hospital da cidade] não, já faz 5 dias que vou pra lá e não me internaram...aí não passei mais lá não, fui direto pro [hospital da cidade vizinha] (Lígia).

Eu fui com a vaga certa. [...] Se eu não me engano, eles ligaram daqui pra lá pro [hospital de Fortaleza] dizendo que tavam atrás de vaga e conseguiram a vaga (Carolina).

E parece que eles nem deram ordem pra eles me mandar pra lá pro [hospital de Fortaleza]. Quer dizer, não tinha vaga [...] e assim mesmo eles me mandaram. [...] Mas eles aceitaram eu ficar (Luiza).

Andamos em vários hospitais, estourou a bolsa na ambulância, foi o maior problema. [...] passamos em 5 hospital. [...] [No segundo filho] foi do mesmo jeito, ficamos andando de hospital em hospital, só que ainda foi muito mais hospital pra mim conseguir (Maria).

Confirmou-se no campo o que já era consenso entre os profissionais da CRESUS, que o cuidado à gestante permanece fragmentado e há uma desarticulação entre os níveis de atenção, mesmo sabendo-se que o parto sempre é uma urgência predita. Entretanto, algumas Unidades de Saúde ainda não estão preparadas para assistir a mulher durante o trabalho de parto e parto, principalmente aquelas que se localizam em municípios com uma população pequena.

Mesmo tendo havido ampliação da oferta de serviços nos municípios, ainda existe o desafio de articular os vários níveis de atenção à saúde, que ainda se encontram distantes do conceito de rede de atenção integral, afirmam Baduy *et al.* (2011). As autoras argumentam que isso acontece devido à lógica distinta de organização e financiamento dos níveis de atenção, o que reflete na pequena resolubilidade destes e descontinuidade do cuidado, com prejuízo do usuário.

Constatou-se assim que, mesmo com a ampliação da APS, a integração dos serviços de saúde ainda é um desafio a ser vencido, principalmente nas cidades menores, onde é maior a necessidade de deslocamento da gestante no momento do

parto. Essa situação é realidade atualmente porque, presumivelmente, os leitos obstétricos de maternidades secundárias e terciárias se concentram nos municípios maiores.

Em estudo nacional sobre mortalidade infantil como consequência da dificuldade de acesso geográfico, Almeida e Szwarcwald (2012) disseram que a desigualdade de oferta de serviços de qualidade nas regiões do país está associada ao aumento da vulnerabilidade da gestante e de seu bebê, quando ressaltam também a problemática desarticulação e fragmentação dos vários pontos de atenção da Rede Cegonha. As autoras constataram que o deslocamento das gestantes para realização do parto foi maior quanto menor o tamanho da população de seus municípios, o que indica o acesso geográfico ao parto como um ponto essencial para a qualificação da assistência materno-infantil.

Por sua vez, a população recorre à regulação leiga, denominada por Cecílio *et al.* (2014) como “agir leigo”, quando necessita de soluções para suas necessidades de saúde e não as encontra no fluxo previsto pelo sistema formal de saúde, como foi possível perceber nas narrativas de Lígia e Maria. As adolescentes, após algumas tentativas de resolução do seu problema, não mais se dirigiram ao hospital de sua cidade, mas ao hospital da cidade vizinha por presumir que poderiam ter suas necessidades atendidas, como de fato o foram.

A regulação profissional, a qual Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) se referem, pode ser identificada tanto nas equipes das Centrais de Regulação quanto nos profissionais das Unidades de Saúde, quando utilizam sua rede de relações pessoais para conseguir uma vaga em hospitais. O caso de Carolina é um exemplo dessa categoria de regulação, que foi inserida no sistema de informação da CRESUS, mas encaminhada, após contato telefônico do médico assistente com um hospital em Fortaleza, visando garantir o acesso da adolescente, que estava com eclâmpsia grave.

Muitas gestantes foram encaminhadas sem confirmação de vaga pela Central de Regulação ou sem que tivesse havido contato anterior com alguma maternidade de Fortaleza. Mesmo não autorizando a transferência dessas adolescentes, os hospitais de destino dificilmente deixam de recebê-las, como se verifica no discurso da Luiza. Essa conduta dos hospitais de destino suscita um questionamento: se a gestante será recebida, mesmo depois de a unidade ter

negado a vaga para a CRESUS, por que não autorizar logo a transferência por intermédio da Central de Regulação?

No entanto, algumas gestantes têm dificuldade de conseguir uma vaga quando são encaminhadas sem regulação pelo hospital de origem, tendo que enfrentar uma verdadeira peregrinação em busca de cuidado. Maria contou que teve que ir a vários hospitais de Fortaleza, durante o trabalho de parto de seus dois filhos, antes de conseguir ser atendida. No primeiro filho, a bolsa rompeu depois que ela passou no primeiro hospital, o que deve ter acelerado o trabalho de parto e poderia ter trazido complicações para ela e seu filho.

Almeida e Szwarcwald (2012) sugerem que a peregrinação das gestantes em busca de assistência ao parto ocorre devido à superlotação das maternidades públicas, principalmente as secundárias e terciárias, e à falta de articulação entre a APS e a atenção hospitalar. Argumentam ainda que as ações desenvolvidas nos últimos anos para qualificar o acesso dessas gestantes em busca de cuidado durante o trabalho de parto, mesmo sendo muito importantes, não foram suficientes para evitar riscos à mãe e ao recém-nascido.

### **5.3.3 Avaliação da experiência**

A avaliação dos serviços de saúde deve ser feita rotineiramente para que se possa promover universalidade, equidade e integralidade do cuidado, como preconizam os princípios do SUS. Para que a avaliação seja completa, faz-se necessária a escuta dos principais atores, entre eles os usuários, para que se conheça suas reais necessidades e se possa atuar de forma a atendê-las. Nessa perspectiva, examinar-se-á a avaliação da APS, da atenção especializada e da atenção hospitalar, a partir da visão das adolescentes e seus familiares.

#### **5.3.3.1 Avaliação da Atenção Primária de Saúde (APS)**

A APS precisa ter, como principal porta de entrada do SUS, a capacidade de identificar as necessidades da população e de responder as demandas que surgem. Verificou-se que as unidades básicas às quais as adolescentes estudadas estão vinculadas, de maneira geral, foram avaliadas de forma positiva pelas

gestantes, mas algumas tiveram impacto negativo em sua vida, como se observou nos discursos:

Toda vez que eu ia [no posto] dava certo, né? E a consulta já tava marcada (Lígia).

Ele [o médico] me atendia muito bem, fazia as pergunta, não era ignorante, não era arrogante. Era a mesma coisa do enfermeiro (Luiza).

Era bom [o pré-natal], quando tinha médico [...] porque faltava mais médico do que tinha. Era mais com a enfermeira mesmo. [...] Era muito depressa, media, pesava, pronto, pode ir (Dora).

[O posto] depois que mudou pra cá melhorou. Tem médico, tem enfermeiro, tem tudo. [...] É puericultura todo mês, com a enfermeira. Pesa, mede, pergunta qual a alimentação da criança. Se tá tudo bem...é bom o atendimento de lá (Dora).

Minha mãe disse que era muito ruim [em Fortaleza] [...] não tinha médico, não tinha remédio, tinha que ir de madrugada. [...] Ela diz que aqui é muito é fácil de você conseguir as coisas (Dora).

A médica do posto disse que eu tinha tirado ele do peito e que pro mundo ele não tinha nascido ainda, porque ele ainda corria o risco de pegar uma infecção do leite que eu tava dando a ele e não sobreviver (mãe da Amélia).

As narrativas de Lígia e Luiza indicam que quando o atendimento vai além da técnica, criando vínculo entre profissionais e usuárias, a qualidade da assistência melhora sensivelmente. Percebeu-se que, ao serem acolhidas de forma calorosa e saberem que a unidade estaria sempre em funcionamento para atender suas demandas, elas se sentiram mais seguras, demonstrando confiança no sistema de saúde e avaliando-o positivamente.

Nesse sentido, a humanização do relacionamento entre profissional e usuário deve ser prioritária, visto que só ter um sistema organizacional adequado nas unidades não é suficiente para que o acesso seja qualificado. Necessário se faz que haja mudança de comportamento por parte da equipe ao se relacionar com as pessoas que buscam o serviço, pois precisa compreender verdadeiramente as necessidades delas para que, só então, recorra aos processos de trabalhos para resolvê-las (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

Já Dora avaliou negativamente o atendimento da unidade onde fez o pré-natal, apontando a falta frequente do profissional médico, além da superficialidade das consultas ali. Todavia, ela reconheceu que depois que o posto de saúde foi instalado próximo de sua residência, esses problemas se acabaram e demonstra satisfação com assistência prestada na unidade. Observou-se, assim, que o

profissional de saúde comprometido com o trabalho e com a criação de vínculos com os usuários contribui para uma avaliação positiva do serviço e maior satisfação da população.

Campos *et al.* (2014) também referem ter constatado que a falta de médico na unidade básica de saúde é uma das reclamações mais frequentes em pesquisa realizada em uma cidade do estado de São Paulo. Os usuários reclamaram da demora entre o agendamento da consulta e o dia do atendimento, quando atribuíram essas deficiências à falta de médicos e à rotatividade de profissionais no serviço. Por outro lado, Cunha e Vieira-da-Silva (2010) destacam a importância das unidades de saúde próximas do local de moradia do usuário como fator facilitador do acesso.

É importante registrar o depoimento de Dora, quando ela, ao se valer de informações dadas pela mãe, comparou a APS da cidade onde mora com a de Fortaleza, onde residiu até os sete anos de idade. Declarou que o sistema de saúde é mais acessível e mais resolutivo na sua cidade atual, o que suscita outro questionamento: o que faz com que uma cidade com menos de 20 mil habitantes tenha um sistema de saúde com maior resolubilidade que o da capital do estado, considerando o fato de que os recursos humanos, financeiros e estruturais de Fortaleza são, incomparavelmente, maiores?

A capacitação e sensibilização dos profissionais são questões fundamentais para que o cuidado seja prestado de maneira integral e humanizado. A profissional que atendeu o filho de Amélia demonstrou não ter habilidade para tratar da problemática do desmame de um bebê, ao responsabilizar a avó por possíveis desfechos negativos. Sabe-se da importância do aleitamento materno para a saúde da criança, principalmente se esta for prematura. Porém, essa é uma abordagem que precisa ser feita de forma sutil e estratégica para que não se quebre a confiança da família no serviço de saúde.

Nessa perspectiva, Barbosa, Elizeu e Penna (2013) dizem que, na relação profissional de saúde/paciente, o primeiro não pode se valer de sua autoridade técnica para impor suas opiniões, mas deve construir uma relação onde haja espaço para trocas e elaboração de novos saberes. Ainda enfatizam que a postura profissional deve ser adotada por todos os trabalhadores, no sentido de escutar, entender e tratar dignamente todos os que procuram os serviços de saúde.

Barbosa, Elizeu e Penna (2013) constataram em seu estudo que a maioria dos profissionais que atuavam na APS de três municípios de Minas Gerais não tinha formação específica em saúde comunitária. De acordo com as autoras, isso pode ser a causa do pouco preparo dos profissionais para lidar com o cotidiano do serviço e as necessidades da comunidade. Essa constatação pode dar suporte a Campos *et al.* (2014), que consideram que a falta de diálogo acontece porque, mesmo quando os profissionais se identificam com o trabalho que realizam, mostram pouca sensibilidade para as reais necessidades das pessoas.

#### 5.3.3.2 Avaliação da atenção especializada

As adolescentes que foram encaminhadas para acompanhamento na atenção especializada fizeram uma boa avaliação, como pode ser contatado em suas falas:

[O atendimento na Policlínica Regional é] dez mil vezes melhor. Porque lá eles são mais compreensivos, mais educados. [...] Aqui não, as mulher lá são tudo bruta, ignorante. O tratamento na policlínica daqui é “podi”. O médico que faz a ultrassom não explicava nada, não dava uma palavra comigo (Amélia).

Era bom também, era num instante [...] Era a mesma coisa, pediram exame [...] (Maria).

Amélia teve acesso a duas policlínicas, uma local, onde realizou exames, e outra regional, onde fazia acompanhamento pré-natal. Ao compará-las, a adolescente deixou clara sua insatisfação em relação ao tratamento recebido na primeira unidade, onde relata não ter sido bem tratada. Desse modo, percebe-se, mais uma vez, a relevância do acolhimento e vínculo na atenção à saúde como fatores que contribuem para a atenção integral, resolutiva e de qualidade.

#### 5.3.3.3 Avaliação da atenção hospitalar

Finalmente, discutir-se-á a avaliação das adolescentes no que se refere à atenção hospitalar, englobando os hospitais locais e os de Fortaleza, de acordo com as narrativas abaixo:

Eu não gostei na hora de ter ela foi que o médico [do hospital local] não ter ido atender. [...] Se tivesse sido o médico, ele tinha visto, né, que a menina tava sentada. [...] Porque eu sofri muito, muito mesmo (Luiza).

Achei bonito na outra enfermeira [do hospital local], do outro dia. Eu vinha de moto, só que ela não deixou. [...] Ela disse que se não tivesse ambulância no hospital, nem que eu dormisse outra noite lá, mas eu não vinha de moto (Luiza).

Na ambulância a mulher que foi comigo dizendo as coisa comigo [...] que era pra eu ter calma, que não tava doendo [...] (Flora).

Lá na maternidade [de Fortaleza] que me consultaram direito [...] porque os daqui, se eu tivesse ficado ou era eu ou era o menino que tinha morrido [...] porque ele tava atravessado, ia ser cesárea (Flora).

[No hospital de Fortaleza] eu ainda fiquei lá na sala de parto um bom tempo, toda suja de sangue [...] levaram o bebê e eu fiquei um dia todo lá, sem nem tomar um banho (Dora).

Até médico de pele ela teve lá [no hospital de Fortaleza] (mãe da Amélia).

Na sala [do hospital de Fortaleza] tinha mais médico que nem sei o que [...] rrsrsrs. [...] Brincaram comigo na hora que ele tava nascendo, dizendo que ele tava soltando beijo pra mãe [...] (Amélia).

Quando eu cheguei lá, o médico tirou o comprimento, né, e eles me mandaram logo pra sala de cirurgia [...] porque era urgente, né? Aí fizeram a cesariana, graças a Deus saiu tudo bem. (Carolina).

Me botavam pra dentro [dos hospitais de Fortaleza], fazia exame de toque e dizia que não tinha vaga. Não sei pra que examinam se não tem vaga [...] (Maria).

Foi possível constatar que, mesmo tendo acesso aos hospitais de suas cidades, as adolescentes os avaliaram de maneira negativa, em geral, por não terem sido atendidas de forma qualificada, como disseram Amélia e Luiza. No parto de seu segundo filho, Luiza informou não ter sido atendida pelo médico até que o trabalho de parto se complicasse, pois o feto estava com apresentação pélvica e o ultrassom que ela levava mostrava isso. Essa conduta contribuiu de certa forma, para um desfecho difícil e doloroso para a mãe, uma vez que, de acordo com Luiza, foram utilizadas manobras incorretas para que o bebê nascesse causando lacerações perineais.

Embora os casos narrados acima não tenham tido desfechos fatais, Giglio, França e Lamounier (2011) lembram que a adequada assistência ao parto pode evitar grande parte de mortes maternas e neonatais. Em seu estudo, constataram, assim como nessa pesquisa, que os partos tiveram acompanhamento de obstetras, mas de forma inadequada. Essa é uma situação preocupante,

considerando que o controle adequado da mãe e do feto durante o trabalho de parto possibilita a detecção de complicações e a adoção de condutas adequadas no tempo correto, como enfatizam Martins *et al.* (2013).

Os autores acima verificaram, em seu estudo em Belo Horizonte - MG, que a avaliação incompleta da gestante durante a admissão na maternidade foi uma das falhas mais frequentes, mas o acompanhamento do trabalho de parto também registrou erros quanto ao intervalo entre as avaliações da gestante e do feto e o atraso no manejo das complicações. Sendo assim, reiteraram a necessidade de capacitação das equipes e revisão dos processos de trabalho das unidades.

Apesar desses episódios, Luiza reconheceu e elogiou a atitude de cuidado e preocupação com seu bem estar por parte de uma profissional do hospital, quando não permitiu que ela, há menos de 24 horas do parto, voltasse de motocicleta para sua residência, providenciando uma ambulância para levá-la. Ao colocá-la como sujeito central do cuidado, essa profissional mostrou como deveria ser a prática cotidiana das unidades de saúde e colaborou para que a confiança de Luiza no sistema se reavivasse.

A esse respeito, Milbrath *et al.* (2010) encontraram narrativa semelhante em Rio Grande – RS, quando uma parturiente informou que teve um tratamento desumanizado na maternidade, mas ao receber a atenção de uma enfermeira, que foi conversar com ela, sentiu-se cuidada e conseguiu se acalmar diante do estresse a que estava sendo submetida. Diante disso, as pesquisadoras reforçam que a humanização da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto é “sinônimo de entender essa mulher e sua família em sua singularidade, com necessidades específicas, que extrapolam as questões biológicas” (p. 463).

Um ponto que também deve ser abordado é a questão do transporte das gestantes por ocasião de sua transferência. Flora mencionou falas da profissional do hospital de sua cidade que a acompanhou quando foi transferida para Fortaleza, onde a pessoa faz pouco caso de sua dor e de seu nervosismo, provavelmente por não estar capacitada para lidar com essas situações. Sendo assim, e por conhecer um pouco como acontece o transporte de pacientes entre as diversas cidades do estado, reforça-se a necessidade de qualificar pessoas para executarem essa atividade de maneira a não comprometer o estado de saúde das pessoas. Outra indagação a se fazer diz respeito à formação do profissional que acompanha essas pacientes durante a transferência, uma vez que se tem conhecimento de que,

mesmo em situação de extrema gravidade, elas não são assistidas pelo profissional médico durante o transporte.

Não se encontrou publicações sobre experiências relativas às condições de transporte de gestantes em trabalho de parto. Todavia, a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002c) estabelece critérios e responsabilidades dos serviços no que concerne ao transporte inter-hospitalar. A Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, baseada nesta portaria e em resoluções dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, definiu que o transporte da gestante/puérpera deve ser realizado por equipe qualificada, que garanta sua segurança e integridade física. Sendo assim, a recomendação da Unidade é que as pacientes com quadro clínico estável sejam acompanhadas durante a transferência por um obstetra e um técnico de enfermagem (UFRJ, 2015).

No que se refere à assistência prestada nos hospitais de Fortaleza, as adolescentes, via de regra, ficaram satisfeitas. Algumas registraram em seus relatos a boa receptividade por parte das equipes das unidades onde pariram, que permitiram um relacionamento amistoso e de confiança. A mãe de Amélia lembrou-se, inclusive, de que a filha teve acesso a outros especialistas para tratar de problemas de saúde detectados ainda durante a gravidez. Dessa forma, Nagahama e Santiago (2011) afirmam que a humanização na assistência ao parto só começa “quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares” (p. 424).

Verificou-se também que os hospitais foram capazes de resolver os casos urgentes em tempo hábil, evitando desfechos negativos para a mãe e para o recém-nascido. Carolina, que começou a ter convulsões ainda em sua residência, recebeu o primeiro atendimento no hospital de sua cidade, mas foi imediatamente transferida para Fortaleza, onde foi prontamente atendida e encaminhada para realizar cesárea, visto que já tinha o diagnóstico de eclâmpsia grave.

Entretanto, as gestantes precisam, muitas vezes, peregrinar pelas maternidades de Fortaleza quando são encaminhadas sem regulação, como já foi discutido quando se falou sobre regulação. Maria foi vítima dessa prática cruel em seus dois partos, quando precisou bater de porta em porta para conseguir ser internada. Ela contou que, além de passar por essa situação, ainda teve que suportar o constrangimento de ser submetida a exames de toque vaginal em cada unidade onde tentou atendimento. Isso posto, questiona-se se existe e qual é a

lógica para que as equipes dos hospitais assim procedam, visto que fere a dignidade das gestantes ao serem assim expostas sem que suas necessidades sejam atendidas.

Sabendo-se que o parto é uma urgência prevista, torna-se urgente o cumprimento das recomendações preconizadas pela Rede Cegonha no que se refere à vinculação da gestante a uma maternidade ainda no pré-natal como forma de evitar sua peregrinação, além da revisão de práticas que as constriam ou atentem contra a dignidade humana.

#### 5.4 DIMENSÃO SIMBÓLICA

Finalmente, discutir-se-á a dimensão simbólica dos itinerários terapêuticos das adolescentes gestantes que, como diz Trad (2015, p. 84), trata das “representações e significados relativos ao processo saúde-doença, culturalmente construídos”. Desse modo, serão analisados os sentimentos e significados da gravidez para as adolescentes e suas famílias.

##### 5.4.1 Entre a decisão de engravidar e permanecer grávida

Ao confirmarem a gravidez, as adolescentes reagiram de maneira diversa, pois para algumas a gestação foi planejada enquanto para outras não o foi, como é possível perceber em seus discursos abaixo:

Isso era antes, muito antes. Aí quando eu comecei a namorar com ele, a gente conversava, ele dizia que queria, aí eu disse: quer saber, vamos ter, né? (Luiza).

Aí com 3 meses eu perdi [o primeiro filho]. Me abalei um pouco, mas já tava com aquela ideia de ter um filho, tava tudo planejado, aí eu engravidei de novo. Aí dessa vez foi mais calmo (Dora).

Foi mais ou menos um acidente. Porque eu queria engravidar, mas não cedo. [...] Pensei [em abortar]. Conversei com o pai dele, mas ele disse que eu não era nem doida (Amélia).

Tomei remédio pra tirar [o bebê], mas não deu certo. [...] Tem que criar, né? (Carolina).

Eu disse assim: não, deixa ele vir ao mundo mesmo, não vou tomar nada não [...] mas tinha gente que mandava eu tomar remédio pra abortar ele [...] mas eu dizia, não, vou tomar nada não, já tô grávida mesmo, deixa (Lígia).

A gravidez na adolescência é referida, muitas vezes, como um evento não desejado e alguns autores a associam à atividade sexual imprudente, porque afeta o futuro dessas jovens (QUEIROGA *et al.*, 2014). Todavia, engravidar pode estar nos planos da adolescente e ser uma experiência gratificante e a realização de um projeto de vida. Dora perdeu seu primeiro filho em um aborto espontâneo, aos 13 anos, mas engravidou novamente poucos meses depois, pois desejava ter um filho e já tinha tudo planejado com seu companheiro.

Nesse sentido, gestação e adolescência podem não ser eventos inconciliáveis entre si, uma vez que a adolescente pode estar em busca de reconhecimento e realização de um projeto de vida (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Spindola, Ribeiro e Fonte (2015) acrescentam que a maternidade pode ser o projeto possível para muitas adolescentes, principalmente as com menor nível socioeconômico. Contudo, Dias e Teixeira (2010) advertem que a gravidez adolescente não pode ser vista somente pelo aspecto negativo ao se considerar as perspectivas futuras, pois o fenômeno pode significar também a confirmação da identidade feminina.

Algumas adolescentes receberam a notícia da gravidez como algo imprevisível em suas vidas. Mesmo tendo planos de ter filhos, Amélia não esperava que isso acontecesse tão precocemente em sua vida. Pensou em fazer aborto, mas o apoio de seu namorado foi decisivo para que aceitasse a gravidez. Carolina resolveu, após uma tentativa de aborto sem sucesso, ir morar com o namorado e ter seu filho.

É importante que se discuta sobre a questão do aborto, principalmente porque essas adolescentes que pensaram ou tentaram abortar, podem ter recorrido a práticas que colocaram suas vidas em risco. Correia *et al.* (2012) dizem que o aborto provocado é legalmente proibido no Brasil, mas é realizado com frequência pelas adolescentes, mesmo entre as menores de 15 anos. Nesses casos, o aborto é realizado, constantemente, em péssimas condições de higiene e técnica, com riscos de complicações graves, responsáveis por 10% a 15% das mortes maternas no país (GURGEL *et al.*, 2008; CHAVES *et al.*, 2012).

#### 5.4.2 Percepção das mães sobre a gravidez da adolescente

Em geral, a reação dos pais em relação à gravidez da filha adolescente é de surpresa e perplexidade, como se pode observar na fala da mãe:

Ela era uma criança, eu não desconfiava que ela tinha vontade de namorar [...] ela era uma coisinha de nada, não tinha corpo de mocinha. [...] Aí ela apareceu aqui com uma dor nas urina [...] Fui fazer logo o exame, deu gravidez. [...] Eu não esperava que ela ia se perder tão ligeiro! (mãe da Amélia).

Como discutido na dimensão contextual, a mãe é a referência de cuidado e a pessoa mais próxima da adolescente, que está atenta às menores mudanças na fisiologia e transformações do corpo da filha, mesmo quando nem esta as percebe. Flora relatou que a mãe a levou para fazer o exame para gravidez, quando notou que sua menstruação estava atrasada e percebeu modificações em seu corpo. Ao mesmo tempo, observou-se que a sexualidade não é um assunto conversado de maneira franca, sendo abordado mais na perspectiva do uso de preservativos para prevenção de doenças e gravidez.

Fernandes, Santos Junior e Gualda (2012) também observaram que as mães perceberam com clareza o desenvolvimento da sexualidade da filha, mas não conseguiram ser efetivas em suas orientações sobre o assunto. Os autores questionam se isso aconteceu devido à percepção equivocada das mães quanto ao conhecimento das adolescentes sobre métodos contraceptivos ou pelo desejo de adiarem a iniciação sexual da filha.

A expressão “se perder”, utilizada pela mãe da Amélia, refere-se à iniciação sexual precoce e fora do casamento pela mulher, pois foi utilizada também quando narrou o dia em que tomou conhecimento que a filha tinha vida sexual ativa. Seu discurso mostra sua preocupação com possíveis prejuízos à imagem da filha e da família, o que remete a concepções morais e religiosas, comuns em famílias do interior, principalmente. Como destacaram Fernandes, Santos Junior e Gualda (2012), a gravidez da adolescente é marcada por sentimentos de surpresa e de questionamentos por parte dos pais sobre possíveis falhas na educação da filha. Nesse sentido, Spindola, Ribeiro e Fonte (2015) chamam atenção para o despreparo da população no que se refere à sexualidade, fruto de mitos e tabus enraizados na sociedade.

Percebeu-se também, embutida na fala da mãe da Amélia, a questão de gênero, pois a expressão normalmente é usada quando se fala da sexualidade feminina. Por que a mulher “se perde” ao ter vida sexual fora do casamento e o homem não? Essa mãe teria a mesma visão se estivesse falando de um filho? Dessa maneira, o corpo feminino adquire uma dimensão que ultrapassa a questão biológica quando “nele circunscreve estereótipos e vivências que vão expressar ao longo da vida das mulheres, mundo afora, sua opressão e submissão” (SOUTO, 2008, p. 167). Assim, Brêtas *et al.* (2011) advertem que não há problemas com a sexualidade feminina, mas na sociedade, que confere à mulher papel de subordinação.

O Ministério da Saúde discute estratégias para que os serviços de saúde possam trabalhar a saúde sexual e reprodutiva junto aos adolescentes, como mostra a Caderneta do Adolescente (BRASIL, 2010b), porém parece não estar conseguindo atingir aos adolescentes nem aos seus pais. Como salienta Neves Filho (2007), o “adolescente, em geral, é ‘irritantemente’ saudável” (p. 139) e, por isso, o modelo atual do sistema de saúde, centrado na doença, não consegue captar essa parcela da população.

#### **5.4.3 Sentimentos da adolescente com a gravidez**

As adolescentes expressaram vários tipos de sentimentos em relação à gravidez e à maternidade, como se verifica nos relatos abaixo:

Fico triste todo dia porque não posso trabalhar e estudar [...] mas tem eles pra cuidar, né? [...] eu vejo minhas colega tudim trabalhando e estudando, aí eu sinto vontade também [...] Tive menino muito nova [...] Era uma criança, né? E ainda sou, né? [...] ainda sou [...] (Lígia)

Do meu primeiro eu fiquei com vergonha [...] é tanto que eu fiquei com vergonha que eu fiquei dos 3 meses até com meus 5 meses, quando eu tava com 6 meses foi que eu voltei pro colégio. Perdi a vergonha, minha mãe conversou comigo, aí foi que eu peguei e voltei (Luiza).

Só que eu fiquei mais presa, né, só vou pra escola [...] eu ia pras festa na escola [...] minha mãe só fica com ele pra mim ir pra escola, pra ir resolver alguma coisa...pra me divertir ela não fica não (Flora).

Lígia expressou um sentimento de tristeza ao ver suas amigas estudando e trabalhando, quando ela gostaria de fazer o mesmo, mas se vê impossibilitada pelo fato de ter dois filhos para cuidar. Percebeu-se certa melancolia de sua parte ao falar, quase pensando alto, que ainda era uma criança ao ter seu primeiro filho e ainda se sente assim no momento atual. Mesquita *et al.* (2012) verificaram, em seu estudo sobre a vivência da gravidez na adolescência, que muitas meninas revelaram algum sentimento de arrependimento e o reconhecimento de que a maternidade poderia ter acontecido um pouco mais tarde para não atrapalhar seu futuro.

Por sentir vergonha de estar grávida, Luiza disse ter abandonado a escola devido aos comentários de colegas, só retornando depois da orientação e apoio da mãe. Esse fato corrobora com os achados no estudo de Schwartz, Vieira e Geib (2011), quando afirmam que muitas adolescentes reagem ao preconceito social se afastando da vida social e de seu grupo de convivência, o que pode restringir as possibilidades de apoio e proteção. Lima, Nascimento e Alchieri (2015) verificaram que o sentimento de vergonha é comum entre adolescentes grávidas pelo medo do preconceito e julgamento da comunidade onde está inserida.

Apesar do apoio da mãe, Flora se sente presa por não poder ter mais a vida anterior à gravidez, pois refere que sua mãe cuida do filho para que ela possa ir à escola, mas não o faz para que ela possa ter alguma diversão. Entretanto, ela é uma pessoa alegre e demonstra muito amor pelo filho, reações também percebidas por Mesquita *et al.* (2012), quando mencionam que as jovens mostram arrependimento por não poderem mais ter a vida de antes, mas que muitas delas manifestam felicidade com a maternidade.

#### **5.4.4 Mudanças após a gravidez e maternidade**

As adolescentes também narraram as mudanças que ocorreram em suas vidas após a gravidez e a maternidade:

Fiquei um ano sem estudar, voltei agora. Tô fazendo o 8º ano. Fiquei sem estudar porque ele era muito pequeno, minha mãe tinha medo de ficar, dele chorar e precisar ir no colégio. Aí eu preferi ficar sem estudar, só quando ele tivesse maiorzinho, aí agora ele fica. Eu estudo a noite e de dia fico com ele (Dora).

Mudou esse menino, né?...qualquer criança muda muito a vida da gente, fica mais madura...não sou mais aquela adolescente do começo (Dora).

O que eu mais gostava eu não podia mais fazer [antes dele nascer] [...] dormir [...] dormir a noite todinha [...] Voltar a estudar e tacar injeção porque [...] não dá certo não, essa vida não. Se Deus me abençoar não quero mais saber de menino não [...] Eu olho ele mais como meu irmão (Amélia).

Do primeiro não mudou nada [na minha vida] não, eu deixava o neném e ia estudar de novo. Aí quando foi nas provas pra mim passar de série eu não fui mais não. [...] Deu preguiça [...] rrsrsrs [...] eu não quis ir mais não. Dá dor de cabeça demais. [...] Vou ver se vou voltar, porque agora tem dois, né? (Maria).

Quero voltar a estudar no ano que vem, terminar o 8º ano. Eu quero terminar meus estudos, fazer uma faculdade [...] não pensei ainda qual não, mas quero dar uma vida melhor pro meu filho. Quero trabalhar (Carolina).

Dora revelou, em seu comportamento, a maturidade adquirida com a maternidade verbalizada em sua narrativa, mostrando-se uma pessoa centrada e em paz com sua vida atual. Afirmou ter deixado de estudar no primeiro ano de vida do filho para se dedicar a ele, quando a mãe falou de seu receio em cuidar de uma criança ainda muito pequena. Como constataram Mesquita *et al.* (2012), a maternidade mostrou às jovens a necessidade de amadurecer rapidamente para assumir seu papel de mãe, tendo sido o principal significado do evento. Ao aceitarem a maternidade e descobrirem o amor materno, os autores observaram que as adolescentes passaram a olhar a vida com mais humanidade e compromisso e sentiram-se novamente motivadas.

Amélia, no entanto, deixou transparecer durante a entrevista, pelo seu comportamento e discurso, que a maternidade não foi uma boa experiência para ela, informando que vê o filho como um irmão mais novo e que sente muita falta de poder dormir sem ter seu sono interrompido por ele. Disse ainda que pretende fazer uso de anticoncepcional injetável por toda a vida para que não haja perigo de engravidar novamente, atribuindo, nesse momento, a Deus uma decisão que é sua. Mesquita *et al.* (2012) relataram que as mães viram as noites mal dormidas como uma experiência fatigante, mas que se acostumaram, o que não é o caso da Amélia.

A mãe da Amélia mostrou-se uma pessoa controladora, que resolve e determina tudo na família. Provavelmente esse seja um dos motivos pelos quais Amélia sente-se irmã de seu filho. Fernandes, Santos Junior e Gualda (2012), assim como Mesquita *et al.* (2012), também verificaram que muitas avós tomam para si a incumbência de cuidar da criança por não crer na maturidade da adolescente, inibindo o exercício da maternidade.

Maria pareceu ser uma pessoa muito dispersa, sem planos ou preocupações com o futuro. Mesmo tendo continuado a estudar durante a primeira gravidez, não foi fazer os exames finais e abandonou a escola depois disso. Segundo ela informou, teve preguiça e sentia dor de cabeça. Questiona-se se a falta de perspectiva de futuro não se deve exatamente pelo contexto de vida da adolescente, que mora na zona rural, em uma casa cedida pela empresa que o companheiro trabalha, em péssimas condições de conservação e saneamento, onde até a água potável depende da cessão por parte do empregador.

Apesar de Mesquita *et al.* (2012) verificarem que algumas adolescentes não gostavam de estudar e utilizaram a gravidez como razão para abandonarem a escola, os autores também constataram que muitas dessas jovens revelaram não ter mais sonhos devido a sua nova condição de vida. Os autores concluíram que a perspectiva de futuro “está limitada por uma situação que não pode ser mudada – é como se a condição de mãe adolescente tivesse roubado dessas jovens o direito de sonhar” (p. 480).

Quanto às repercussões da gravidez na vida estudantil das adolescentes, constatou-se que aquelas que tiveram mais apoio da família e do companheiro voltaram a estudar e a fazer planos de melhoria para seu futuro e do(s) filho(s). Carolina, mesmo tendo adiado seu projeto de vida em razão da gravidez, planeja voltar para a escola em 2017, terminar o ensino médio e cursar uma faculdade, pois deseja proporcionar melhores condições de vida ao filho.

Mesquita *et al.* (2012) constataram que todas as adolescentes pesquisadas deixaram a escola no período da gravidez, mas que algumas já tinham voltado a estudar e outras planejavam voltar, apesar da dificuldade de harmonizar estudo e cuidado com o filho. Ao afirmarem que as mães adolescentes desejam que os filhos tenham uma vida melhor que as delas, os autores destacam a importância dada aos estudos como fator de propulsão para a conquista de melhores condições de vida.

Pôde-se perceber, durante as entrevistas, que duas das três adolescentes que tiveram o segundo filho abdicaram de qualquer sonho ou plano de vida pessoal em razão da maternidade precoce. Acredita-se ser necessário que as escolas e os serviços de saúde, incluindo a APS, atenção especializada e hospitais, devem aproveitar, não só os momentos de proximidade com as adolescentes, mas fazer busca ativa no sentido de trabalharem com essas jovens as questões relativas à

sexualidade e à saúde reprodutiva, focando também na prevenção da reincidência da gravidez. As escolas precisam acolher as adolescentes grávidas de forma solidária, evitando a evasão, assim como incentivar o retorno daquelas que interromperam os estudos no período gravídico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar os caminhos percorridos pelas adolescentes grávidas permitiu uma nova visão das necessidades de saúde das gestantes adolescentes. Mesmo tendo o cuidado de não perder a capacidade de se sensibilizar com o sofrimento e as necessidades do outro, por não trabalhar mais na assistência direta ao paciente, mas operando um sistema de informática na CRESUS, a visão do trabalhador da Central de Regulação é, muitas vezes, abstrata, sem materialidade. É necessário, muitas vezes, o uso da imaginação e da sensibilidade para tentar compreender e dimensionar a situação real pela qual o paciente está submetido naquele momento.

Desse modo, fazer o caminho contrário, da regulação na capital do estado, para as adolescentes no interior, possibilitou que estas, antes só vistas por meio dos computadores, se materializassem em toda a sua humanidade. O estudo foi fundamental para a compreensão dos itinerários terapêuticos dessas jovens mães, para conhecer suas histórias, seus sofrimentos e dores, mas também suas alegrias e seus planos para o futuro.

Nessa perspectiva, analisou-se o acesso a todos os níveis de atenção, como se deu esse acesso e sua qualidade, avaliada a partir da visão das usuárias, verdadeira razão da existência do SUS. Procurou-se também conhecer a rede social de apoio dessas adolescentes, que está alicerçada na família, principalmente na mãe. Essa rede se mostrou muito eficaz e solidária, contribuindo com suporte emocional, financeiro e logístico.

Ao que se refere à APS, constatou-se que todas as adolescentes tiveram acesso, o que é relevante para que se operacionalizem as ações e serviços de saúde propostos pelo SUS. Porém, alguns municípios se mostraram ainda pouco organizados, necessitando de estrutura, tanto no que diz respeito à estrutura física quanto a recursos humanos e materiais. Deve-se destacar aqui a importância fundamental do ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Este profissional é indispensável ao acompanhamento das famílias na comunidade e como facilitador de acesso às unidades de saúde, o que contribui para a formação de vínculos entre os diversos atores que permeiam a arena da saúde.

Apesar de todas as gestantes terem tido acesso aos hospitais de seus municípios ou de municípios vizinhos durante o trabalho de parto, percebeu-se que esse acesso nem sempre ocorreu de forma qualificada, considerando que, algumas

vezes, houve falta de informação. Além disso, o acolhimento com classificação de risco foi realizado de forma incompleta, o que ocasionou riscos para a mãe e para a criança, tendo em vista que algumas gestantes tiveram pré-eclâmpsia grave e outras estavam em trabalho de parto prematuro.

Considera-se que é urgente investir-se no aprimoramento dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e dos Hospitais Polo, no sentido de qualificar a equipe de saúde e de melhorar a estrutura física e material, assim como reparar equipamentos quebrados ou defeituosos. Essas unidades podem ser preparadas para prestar assistência às gestantes adolescentes em trabalho de gestação a termo, sem que seja necessária sua transferência para Fortaleza pelo simples fato de serem adolescentes.

As maternidades secundárias e terciárias de Fortaleza mostraram-se aptas ao atendimento das gestantes, apesar da superlotação. As adolescentes foram quase unânimes em elogiar o tratamento recebido nessas unidades, tanto no que se refere ao acolhimento quanto à assistência de saúde propriamente dita. Entretanto, algumas adolescentes tiveram dificuldade para ter acesso à assistência ao parto em Fortaleza, também em consequência da superlotação das unidades e por terem sido encaminhadas sem regulação, obrigando-as a peregrinarem por vários hospitais em busca de vaga.

Necessário se faz ressaltar que muitas dessas gestantes que foram transferidas sem regulação, o foram devido à negação da vaga à CRESUS, por parte das maternidades. Nesse sentido, indaga-se porque a transferência não foi autorizada quando a Central de Regulação solicitou, visto que a paciente seria recebida posteriormente sem regulação. Entende-se também que os hospitais vivem uma situação de lotação e que, muitas vezes, negam a vaga na expectativa de que a situação da paciente seja resolvida no hospital de origem, mas não podem negar-se a atendê-la quando esta chega a sua porta.

Assim sendo, a CRESUS trabalha, na maioria das vezes, realizando a regulação profissional, utilizando-se dos contatos pessoais de seus trabalhadores para viabilizar a transferência, quando deveria trabalhar na perspectiva da regulação governamental, que prevê a disponibilização da opção mais adequada às necessidades da paciente, de maneira qualificada e em tempo oportuno. Muitas vezes, independentemente da existência ou não de vagas, a adolescente precisa ser atendida em hospital terciário em virtude de ser gestante de alto risco.

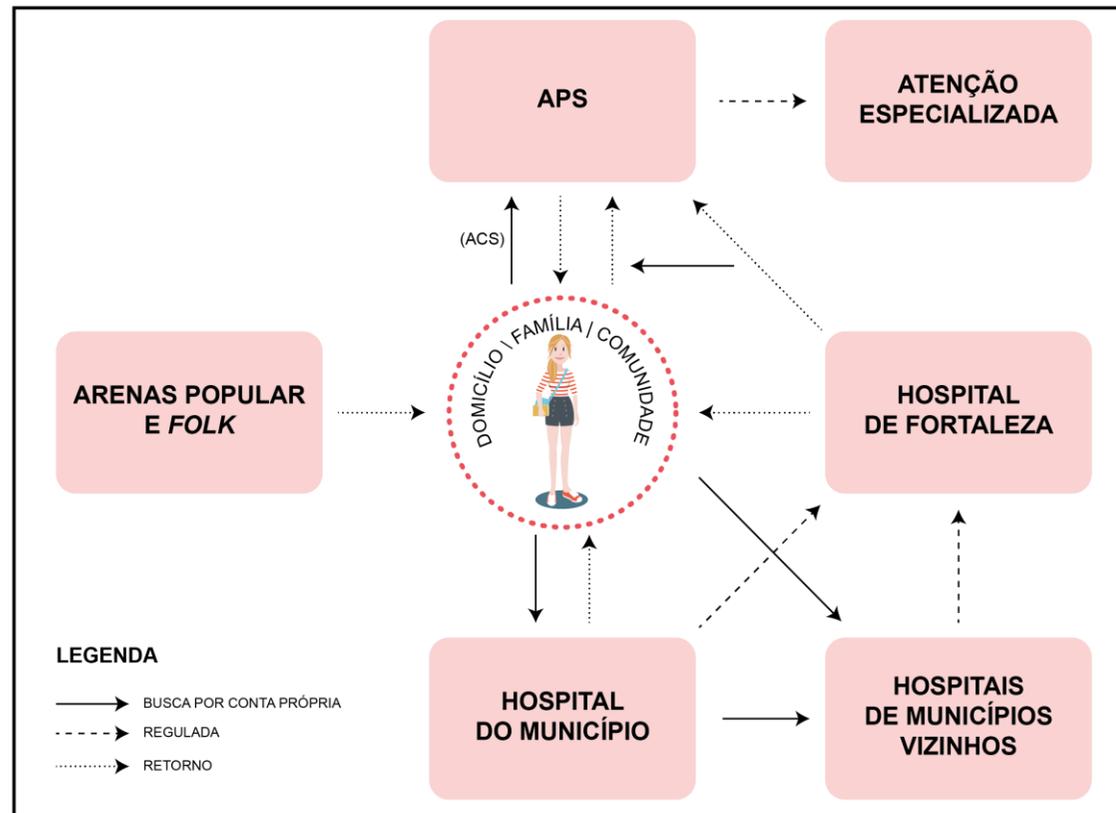
Isso posto, é oportuno enfatizar a necessidade de que as gestões estadual e municipais empoderem a regulação, por meio de decisão política no sentido de definir, formalmente, o regulador como autoridade sanitária. Essa decisão permitiria que este pudesse tomar decisões visando a melhor resolução para a paciente, com a garantia de que suas decisões seriam respeitadas e acatadas pelos hospitais de destino.

Finalmente, reforça-se a urgência em qualificar o atendimento aos adolescentes, em ação conjunta dos setores de saúde e educação, tendo sua rede social de apoio como parceira. Constatou-se haver uma carência muito grande de informação neste grupo, principalmente no que diz respeito à sexualidade e à saúde reprodutiva, visto que o adolescente continua invisível para os referidos setores. Mesmo havendo políticas nacionais visando sua saúde integral, os adolescentes não têm atendimento diferenciado nos serviços de saúde, que levem em consideração as peculiaridades da faixa etária.

Assim sendo, sugere-se que as escolas e os serviços de saúde trabalhem de maneira articulada, criando ambientes que possam acolher os adolescentes de forma afetiva e solidária. Deve-se priorizar a escuta ativa e democrática para que esses jovens possam confiar nos profissionais/serviços. A orientação quanto à saúde sexual e planejamento familiar pode evitar gravidezes indesejadas e a reincidência delas. É essencial também que, ao ocorrer a gravidez, a adolescente possa se sentir apoiada e protegida, tanto na escola como na unidade de saúde. Essa atitude pode contribuir para que ela dê continuidade aos estudos, favorecendo sua independência e autonomia e a interrupção do ciclo perverso da pobreza.

## 7 TECNOLOGIA DO ESTUDO

**Figura 6 – Mapa analítico dos Itinerários Terapêuticos empreendidos pelas gestantes adolescentes em busca de cuidado**



Fonte: Adaptado de Bellato, Araújo e Castro (2008).

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. G. *et al.* Acesso na atenção à saúde da família em dois cenários do Nordeste do Brasil: fluxos organizativos e modelo. In: ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens, teorias e práticas.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p. 111-148.
- ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, fev. 2012.
- ALVES, F. L. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica.** 2010. 186 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- ALVES, J. G. B. *et al.* Perinatal characteristics among early (10 – 14 years old) and late (15 – 19 years old) pregnant adolescents. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 1, p. 1-4, mar. 2012.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ANDRADE, D. C. B.; NUNES, M. R. Rede social: uma fonte de apoio a adolescentes gestantes. **Revista Perquirere**, v. 10, n. 1, p. 105-115, 2013.
- AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, 2010.
- ARAÚJO, A. L. *et al.* Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. **Rev. Bras. Farm.**, v. 96, n. 2, p. 1178-1201, 2015.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens, teorias e práticas.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p. 43-75.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. Â. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. cap. 7, p. 139-159.
- AZEVEDO, W. F. *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, out./dez. 2015.

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da Rede SUS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, dez. 2010.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BOUZAS, I. C. S.; CADER, S. A.; LEÃO, L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 7-21, jul./set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Sistema de informação hospitalar – SIH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Sistema de informação sobre nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gravidez, parto e nascimento com qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 19 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 318 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Databases. **Indicadores e dados básicos – IDB-2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c18.def>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 26 p. (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012e. 454 p. (Série textos básicos; n. 67). Disponível em: <[file:///C:/Users/USER/Downloads/constituicao\\_federal\\_35ed%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/constituicao_federal_35ed%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Alguns documentos introdutórios da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor\\_assets/attachments/138/DOCUMENTOS\\_REDE\\_CEGONHA.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, 131 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. **Caderneta de saúde da adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 35 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 240 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 48.

\_\_\_\_\_. 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, 2007. 58 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 27 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Transferências e transporte inter-hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde – NOAS 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

BRUNO, Z. V. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

CARVACHO, I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1509-1520, 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. **Proposta de distribuição de recursos do tesouro do estado a serem transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde**. Fortaleza: SESA, 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Revisão do plano diretor de regionalização das ações e serviços de saúde – PDR do Estado do Ceará 2014**. Fortaleza: SESA, 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

CEARÁ. Lei Complementar Nº 144, de 04 de setembro de 2014. Altera o item 1, do inciso I do art.1º, bem como o item 2, do inciso II do art.1º da Lei Complementar nº 03, de 26 de junho de 1995, alterada pela Lei Complementar nº 18, de 29 de dezembro de 1999, com alteração posterior pela Lei Complementar nº 78, de 26 de junho de 2009. **Diário Oficial do Estado do Ceará**. Fortaleza: SESA, 2014b. Disponível em: <<http://www.adagri.ce.gov.br/Docs/estadual/DOE%20-%20ampliacao%20da%20RMF.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano diretor de regionalização do Ceará – PDR 2001**: reorganização dos serviços de saúde. Fortaleza: SESA, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano diretor de regionalização do Ceará – PDR 2006**: reorganização das ações e serviços de saúde. Fortaleza: SESA, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano diretor de regionalização – PDR 2011**. Fortaleza: SESA, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/9-plano-diretor-regionalizacao-pdr-2011>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Central de Regulação Estadual do SUS. **Relatório de transferências obstétricas 2013**. Sistema de Informação Unisus. Fortaleza: SESA, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

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: ABRASCO, 2009.

CHAVES, J. H. B. *et al.* A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 246-256, 2012.

CHIBBER, R. *et al.* Adverse pregnancy outcome among teenagers: a reality? **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 4, p. 297-300, 2014.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 192, n. 2, p. 342-349, 2005.

COPLAND, R. J. *et al.* Self-reported pregnancy and access to primary health care among sexually experienced New Zealand high school students. **Journal of Adolescent Health**, v. 49, p. 518-524, 2011.

CORRÊA, Á. C. P. *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011.

CORREIA, D. S.; CAVALCANTE, J. C.; EGITO, E. S. T.; MAIA, E. M. C. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2469-2476, 2011.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2006. 120 p.

DIAS, A. L. A. **A (re)construção do caminhar**: itinerário terapêutico de pessoas com doença falciforme com histórico de úlcera de perna. 2013. 190 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 2010.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez. 2010.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EDUARDO, K. G. T.; AQUINO, P. S.; BARBOSA, R. C. M.; PINHEIRO, A. K. B. Reações da adolescente frente à gravidez. **Esc. Anna Nery**, v. 9, n. 2, p. 214-220, 2005.

EZEGWUI, H. U.; IKEAKO, L. C.; OGBUEFI, F. Obstetric outcome of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 14, n. 2, p. 147-150, abr./jun. 2012.

FARIAS, R.; MORÉ, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012.

FERNANDES, A. O.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paulista Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 55-60, 2012.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002. Material mimeografado.

FRAGA, O. S. **Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2011.

FROTA, P. B. **Programação pactuada e integrada de consultas especializadas no Ceará: um estudo das ofertas e demandas em 2009**. 2010. 62f. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011. 182 p.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120 p.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 197-214.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOMES, L. M. A.; MELO, M. C. P. Práticas populares de cuidado: percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina – PE. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 53-63, jul./set. 2015.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. cap. 4, p. 79-108.

GÓMEZ, P.; MOLINA, R.; ZAMBERLIN, N. **Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe**. In: TÁVARA, L. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011. 86 p.

GOULART, C. B.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O.; ROSSANEIS, M. A. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 91-96, jan./jul. 2013.

GRADIM, C. V. C.; FERREIRA, M. B. L.; MORAES, M. J. O perfil das grávidas adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 55-61, jan./jun. 2010.

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. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 799-805, dez. 2008.

HONORIO-FRANÇA, A. C. *et al.* Gestação precoce e reincidência de gestações em adolescentes e mulheres de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF 302). **Rev. APS**, v. 16, n. 2, p. 129-135, abr./jun. 2013.

HOQUE, M. E. *et al.* Comparison of adverse pregnancy outcome between teenage and adult women at a tertiary hospital in South Africa. **Biomedical Research**, v. 25, n. 2, p. 167-172, 2014.

JORGE, M. G. *et al.* Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 22-31, jul./set. 2014.

KLEINMAN, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

KURTH, F. *et al.* Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa: a cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 5, n. 12, dez. 2010.

LAO, T. T. *et al.* Has improved health care provision impacted on the obstetric outcome in teenage women? **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, UK, v. 25, n. 8, p. 1358-1362, 2012.

LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014.

LIMA, N. R. B. *et al.* História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência? **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 57-65, jan./mar. 2015.

MACIEL, S. S. S. V. *et al.* Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 46-50, jan./mar. 2012.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na Atenção Básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.

MARTINS, E. F. *et al.* Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 38-45, jan./mar. 2013.

MARTINS, M. G. *et al.* Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-360, nov. 2011.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, 2011.

MENDES, A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MESQUITA, A. L. *et al.* Trajetórias de mulheres que vivenciaram a gravidez/maternidade na adolescência. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 443-490, jan./jun. 2011.

MICHAELIS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MILBRATH, V. M. *et al.* Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 462-467, abr./mar. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. cap. 3, p. 61-77.

MONTAGNER, C. B. STEIN, A. T. Adolescentes gestantes no Brasil: uma avaliação sobre o acesso a programas de saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 19, p. 87-91, jul./dez. 2010.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

MOTA, C. P.; ROCHA, M. Adolescência e jovem adultíssima: crescimento pessoal, separação-indivuação e o jogo das relações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 357-366, jul./set. 2012.

MUKHOPADHYAY, P.; CHAUDHURI, R. N.; PAUL, B. Hospital-base perinatal out comes and complications in teenage pregnancy in India. **J Health Popul Nutr**, v. 28, n. 5, p. 495-500, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011.

NEVES FILHO, A. C. Habilidades de comunicação na consulta com adolescentes. In: LEITE, Á. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007. p. 138-158.

OKUMURA, J. A. *et al.* Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 4, p. 383-392, dez. 2014.

OWOLABI, A. T. *et al.* Maternal complications and perinatal outcomes in booked and unbooked Nigerian mothers. **Singapore Med. J.**, v. 49, n. 7, p. 526-531, 2008.

PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 623-636, 2012.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 435-447, abr./jun. 2012.

PINTO, E. N. **Escala de apgar**, 2006. Disponível em: <[http://www.uff.br/disicamep/escala\\_de\\_apgar.htm](http://www.uff.br/disicamep/escala_de_apgar.htm)>. Acesso em: 3 nov. 2016.

PINZON, J. L.; JONES, V. F. Care of adolescent parents and their children. **Pediatrics**, v. 130, n. 6, p. 1743-1756, dez. 2012.

QUEIROGA, K. R. O. *et al.* O que é e como se explica a gravidez na adolescência. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2014.

RAMOS, H. Â. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

RASHEED, S.; ABDELMONEM, A. AMIN, M. Adolescent pregnancy in Upper Egypt. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Ireland, v. 112, n. 1, p. 21-24, p. 21-24, jan. 2011.

ROCHA, L. C.; MINERVINO, C. A. M. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. **Rev. Pediatria Moderna**, v. 44, n. 6, 242-247, dez. 2008.

ROCHA, R. C. L. *et al.* Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 530-535, set. 2006.

RODRIGUES, R. M. Gravidez na adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, p. 201, 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANGALLI, C. N.; HENRIQUES, F. N.; OLIVEIRA, L. D. A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. **Rev. HCPA**, v. 30, n. 2, p. 153-160, 2010.

SANTOS, J. O. *et al.* Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Rev. Inst. Ciências Saúde**, v. 27, n. 2, p. 115-121, 2009.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, 2011.

SILVA, F. N. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 3, p. 1166-178, 2012. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/191>>. Acesso em: 23 out. 2016.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 8, p. 447-350, 2012.

SMID, M. *et al.* Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 3, p. 578-583, mar. 2014.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 100-110, 2008.

SPINDOLA, T.; RIBEIRO, K. S; FONTE, V. R. F. A vivência da gravidez na adolescência: contribuições para a enfermagem obstétrica. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2015.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 189-196.

TAVEIRA, Â. M.; SANTOS, L. A.; ARAÚJO, A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 326-336, set./dez. 2012.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 61-96.

\_\_\_\_\_. A família e suas mutações: subsídios aos campos da saúde. In: TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 27-50.

TRAD, L. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Maternidade escola**. Transporte intra e inter-hospitalar de gestantes e puérperas. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015. Disponível em: <[http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/transporte\\_intra\\_e\\_inter\\_hospitalar\\_de\\_gestantes\\_e\\_puerpera.pdf](http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/transporte_intra_e_inter_hospitalar_de_gestantes_e_puerpera.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016.

UPADHYA, K. K.; ELLEN, J. M. Social disadvantage as a risk for first pregnancy among adolescent females in the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 49, p. 538-541, 2011.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. 2014. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

VIEIRA, R. P. *et al.* Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 714-720, out./dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Department of Making Pregnancy Safer. **Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer**. Geneva: WHO, 2010, 181 p.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa



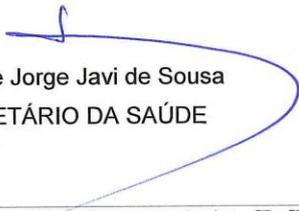
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins de direito, que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **“DO INTERIOR PARA A CAPITAL: Itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto”**, que será realizada pela servidora PORCINA BARRETO FROTA, mestranda do Mestrado Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará – UECE, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, a qual terá apoio desta Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS nº 466/2012 e suas Complementares, como também no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2016

  
Henrique Jorge Javi de Sousa  
SECRETÁRIO DA SAÚDE

## APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário I



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO – MATERIAL NÃO BIOLÓGICO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, Alexandre José Mont'Alverne Silva, médico e coordenador da Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle – CORAC, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, situada à Avenida Almirante Barroso, 600, Bloco E – Praia de Iracema – Fortaleza – Ceará, depositário dos documentos consubstanciados na base de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Ministério da Saúde, e dos Sistemas de Informática UNISUS e UNISUS WEB, da Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa “**DO INTERIOR PARA A CAPITAL: Itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto**”, que tem como objetivo compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza por complicações durante o trabalho de parto, vem, na melhor forma de direito, AUTORIZAR Porcina Barreto Frota, RG 2002009081701 SSP-CE, enfermeira, com endereço à Rua Osvaldo Cruz, 2582/901 – Dionísio Torres – Fortaleza - Ceará, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando esta responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que recebeu do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua autorização e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2016

  
Alexandre José Mont'Alverne Silva  
Coordenador da CORAC/SESA

## APÊNDICE C – Termo de Fiel Depositário II



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO – MATERIAL NÃO BIOLÓGICO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, Márcio Henrique de Oliveira Garcia, médico veterinário e coordenador da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, situada à Avenida Almirante Barroso, 600, Bloco C – Praia de Iracema – Fortaleza – Ceará, depositário dos documentos consubstanciados na base de dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa “**DO INTERIOR PARA A CAPITAL: Itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto**”, que tem como objetivo compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza por complicações durante o trabalho de parto, vem, na melhor forma de direito, AUTORIZAR Porcina Barreto Frota, RG 2002009081701 SSP-CE, enfermeira, com endereço à Rua Osvaldo Cruz, 2582/901 – Dionísio Torres – Fortaleza - Ceará, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando esta responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que recebeu do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua autorização e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2016

  
Márcio Henrique de Oliveira Garcia  
Coordenador da COPROM/SESA

Márcio Henrique de Oliveira Garcia  
Coordenador de Promoção e Proteção  
à Saúde - COPROM/SESA

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Pais

Sua filha está sendo convidada a participar da pesquisa: **“Do interior para a capital: itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto”**.

Os objetivos deste estudo consistem em compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza por complicações durante o trabalho de parto. Caso você autorize, sua filha irá participar de entrevistas. A participação dela não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que ela estuda. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dela, porém se ela sentir desconforto, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora sobre o assunto.

Você ou sua filha não receberá remuneração pela participação. A participação dela poderá contribuir para entender como ocorre a busca por cuidados durante a gravidez e parto e melhorar o acesso das gestantes aos serviços de saúde. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

## Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da minha filha  
\_\_\_\_\_ sendo que:

(  ) aceito que ela participe (  ) não aceito que ela participe

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais/responsável

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

## APÊNDICE E – Termo de Assentimento para as Adolescentes

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: *“Do interior para a capital: itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza – CE durante o trabalho de parto”*.

Seus pais/responsáveis permitiram que você participe. Queremos saber como ocorreram os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza por complicações durante o trabalho de parto.

Se você concordar em participar, a pesquisa será feita na sua residência, onde você será entrevistada. Para isso, será usado um gravador digital. O uso do gravador digital é considerado seguro, mas é possível ocorrer riscos que dizem respeito ao constrangimento pela presença da pesquisadora nas residências e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação ou entrevista serão minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma está capacitada para condução de tais atividades.

Como benefício direto para você e sua família, comprometo-me em fazer a devolutiva dos achados aos gestores, contribuindo, dessa forma, para melhoria dos serviços.

Caso aconteça algo errado ou um incômodo, você pode desistir em participar, pedir para conversar com a pesquisadora sobre o que a incomodou ou avisar seus pais. Mas há coisas boas que podem acontecer se você participar como contribuir para entender como ocorre a busca por cuidados durante a gravidez e parto e melhorar o acesso das gestantes aos serviços de saúde

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá problema se recusar a participar ou se desistir.

Ninguém saberá identificar o que você responder na pesquisa, nem mesmo seus pais ou responsáveis. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as adolescentes que participaram da pesquisa.

Quando terminarmos a pesquisa os resultados farão parte da dissertação da pesquisadora no Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, e publicados em revistas científicas.

Caso tenha alguma dúvida pode nos procurar pelos telefones (85) 98182-5771 / 3101-5077, da pesquisadora Porcina Barreto Frota. Pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE, que aprovou a realização desse projeto e funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, e-mail cep@uece.br. O Comitê de Ética defende os Direitos dos participantes das pesquisas.

---

Porcina Barreto Frota – Enfermeira – (85)98182-5771

Eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar da pesquisa: **“Do interior para a capital: itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto”**, que tem o objetivo de compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza por complicações durante o trabalho de parto. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar chateado ou furioso. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura da adolescente

Nome da adolescente: \_\_\_\_\_

APÊNDICE F – Formulário para Coleta de Dados nos Sistemas UNISUS,  
UNISUSWEB, SIH e SINASC

**I – UNISUS E UNISUSWEB**

- 01 - Data da solicitação de transferência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da transferência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 02 - Nº do laudo eletrônico: \_\_\_\_\_
- 03 - Nome: \_\_\_\_\_
- 04 - Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 05 - Idade por ocasião do parto: \_\_\_\_\_
- 06 - Nome da mãe: \_\_\_\_\_
- 07 - Endereço: \_\_\_\_\_
- 08 – Município de residência: \_\_\_\_\_
- 09 – Fone(s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 10 – Hospital de origem: \_\_\_\_\_
- 11 – Município do hospital de origem: \_\_\_\_\_
- 12 – Diagnóstico (CID): \_\_\_\_\_
- 13 – Justificativa para transferência: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 14 – Idade gestacional: \_\_\_\_\_
- 15 – Nº de gestações: \_\_\_\_\_
- 16 – Nº de partos: \_\_\_\_\_
- 17 – Nº de abortos: \_\_\_\_\_
- 18 – Regulada?                    (\_\_\_\_) Sim                    (\_\_\_\_) Não
- 19 – Busca de vaga?            (\_\_\_\_) Sim                    (\_\_\_\_) Não  
Se “Sim”, onde? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 20 – Houve espera?            (\_\_\_\_) Sim                    (\_\_\_\_) Não  
Se “sim”, tempo de espera? \_\_\_\_\_
- 21 – Motivo da espera: \_\_\_\_\_
- 22 – Hospital de destino: \_\_\_\_\_

**II – SIH**

- 01 - Nome: \_\_\_\_\_
- 02 - Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 03 - Idade por ocasião do parto: \_\_\_\_\_
- 04 - Nome da mãe: \_\_\_\_\_
- 05 - Endereço: \_\_\_\_\_
- 06 – Município de residência: \_\_\_\_\_
- 07 – Hospital de internação: \_\_\_\_\_
- 08 – Data da internação: \_\_\_\_\_
- 09 – Diagnóstico (CID): \_\_\_\_\_  
Descrição do CID: \_\_\_\_\_
- 10 – Procedimento: \_\_\_\_\_

### III – SINASC

#### **SOBRE A MÃE**

- 01 - Nome: \_\_\_\_\_
- 02 - Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 03 - Idade por ocasião do parto: \_\_\_\_\_
- 04 – Raça: \_\_\_\_\_
- 05 – Estado civil: \_\_\_\_\_
- 06 – Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 07 – Até que ano cursou: \_\_\_\_\_
- 08 – Ocupação: \_\_\_\_\_
- 09 - Nome da mãe: \_\_\_\_\_
- 10 - Endereço: \_\_\_\_\_
- 11 – Município de residência: \_\_\_\_\_
- 12 – Hospital de internação: \_\_\_\_\_
- 13 – Idade gestacional: \_\_\_\_\_
- 14 – Nº de gestações: \_\_\_\_\_
- 15 – Nº de partos: \_\_\_\_\_
- 16 – Nº de abortos: \_\_\_\_\_
- 17 – Nº de consultas pré-natal: \_\_\_\_\_
- 18 – Mês da gestação que iniciou o pré-natal: \_\_\_\_\_

#### **SOBRE O RECÉM-NASCIDO (RN)**

- 19 – Tipo de parto: \_\_\_\_\_
- 20 – Apresentação do feto: \_\_\_\_\_
- 21 – Data de nascimento: \_\_\_\_\_
- 22 – Sexo: \_\_\_\_\_
- 23 – Peso: \_\_\_\_\_
- 24 – Apgar no 1º minuto: \_\_\_\_\_
- 25 – Apgar no 5º minuto: \_\_\_\_\_
- 27 – Presença de anomalias? (\_\_\_) Sim (\_\_\_) Não

## APÊNDICE G – Roteiro para Entrevista Aberta

### I – INFORMAÇÕES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

- 01 – Nome: \_\_\_\_\_
- 02 – Idade: \_\_\_\_\_
- 03 – Raça: \_\_\_\_\_
- 04 – Estado civil: \_\_\_\_\_
- 05 – Número de filhos/gestações: \_\_\_\_\_
- 06 – Ocupação: \_\_\_\_\_
- 07 – Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 08 – Renda familiar: \_\_\_\_\_
- 09 – Município de moradia: \_\_\_\_\_
- 10 – Moradia própria? \_\_\_\_\_

### II – QUESTÃO NORTEADORA

01 – Fale-me sobre os cuidados de saúde que você buscou durante a gestação e o parto.

02 – Desdobramentos:

Acesso;

Acolhimento;

Necessidades de saúde;

Rede social (família, outras modalidades de assistência, etc.);

Com quem você contou nestes momentos?

Atendimento durante a gestação e o parto.

**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DO INTERIOR PARA A CAPITAL: Itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas para Fortaleza - CE durante o trabalho de parto

**Pesquisador:** Porcina Barreto Frola

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54069216.9.0000.5051

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SES/CE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.543.147

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, com a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos. Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, que levará em conta os itinerários terapêuticos (ITs) das gestantes adolescentes transferidas para o município de Fortaleza em busca de assistência durante o trabalho de parto. O problema será abordado de modo misto onde, primeiramente, serão consultados os relatórios de transferências e de transferências efetivadas dos sistemas de informação UNISUS e UNISUS WEB, da CRESUS/SESA/CE para identificação das gestantes e de seus respectivos laudos de solicitação de transferência, para caracterização dos motivos e justificativas para transferência e identificação das gestantes em trabalho de parto. Farão parte do estudo adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que foram transferidas durante o trabalho de parto para unidades hospitalares do município de Fortaleza, através da CRESUS, e que residam nos municípios que compõem as Macrorregiões de Saúde de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central. Após esta etapa, as adolescentes serão abordadas em suas residências para responderem a uma entrevista que será gravada e tratada à luz da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. O orçamento é de R\$ 5.193,00 de responsabilidade da própria pesquisadora e o cronograma prevê coleta de dados para o período de 01/06 a 31/07 de

**Endereço:** AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E

**Bairro:** PRAIA DE IRACEMA

**CEP:** 60.060-440

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3488-2137

**E-mail:** cepsesa@saude.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.543.147

2016.

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL: Compreender os itinerários terapêuticos de gestantes adolescentes transferidas do interior do Estado do Ceará para o município de Fortaleza durante o trabalho de parto.

ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil das gestantes adolescentes transferidas do interior do Ceará para o município de Fortaleza;
- Caracterizar os motivos e justificativas para transferência das gestantes adolescentes;
- Relacionar as possíveis complicações obstétricas e neonatais com a trajetória assistencial da mãe;
- Elaborar os fluxos das gestantes adolescentes identificando dificuldades vivenciadas para o acesso, articulação da rede de serviços e acolhimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como Riscos a pesquisadora considera que o estudo é seguro, sendo possível constrangimento pela presença da pesquisadora nas residências e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, estes serão minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma está capacitada para condução de tais atividades.

Como benefício pondera que a pesquisa poderá contribuir para compreender a experiência das gestantes adolescentes e para mostrar caminhos que possam melhorar as ações de saúde por parte dos profissionais e gestores. A pesquisadora também se compromete a fazer devolutiva dos achados aos gestores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presença e estado de adequação dos documentos obrigatórios:

Folha de rosto - Adequada

- Projeto em português - Adequado
- TCLE - Adequado
- TCLE adolescentes emancipadas - Adequado
- Termo de assentimento - Adequado
- Cronograma - adequado

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E

Bairro: PRAIA DE IRACEMA CEP: 60.060-440

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3488-2137

E-mail: cepsesa@saude.ce.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Parecer: 1.543.147

- Orçamento - Adequado
- Instrumento de coleta de dados - adequado
- Currículo da pesquisadora
- Carta de anuência instituição coparticipante - Adequada

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo atendido ao que foi posto por este CEP, o projeto não apresenta óbices éticos e pode ser iniciado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisadora deverá apresentar a este CEP/SESA, relatório após o término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657896.pdf	09/05/2016 11:39:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atualizado.pdf	09/05/2016 10:28:17	Porcina Barreto Frota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	09/05/2016 10:06:11	Porcina Barreto Frota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_adolescentes_emancipadas.pdf	09/05/2016 10:05:54	Porcina Barreto Frota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_atualizado.pdf	09/05/2016 10:05:34	Porcina Barreto Frota	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_UECE.pdf	09/05/2016 10:05:15	Porcina Barreto Frota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_IT_de_gestantes_adolescentes.pdf	07/03/2016 18:28:36	Porcina Barreto Frota	Aceito
Outros	Termo_de_fiel_depositario_CORAC.pdf	07/03/2016 18:24:36	Porcina Barreto Frota	Aceito

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E  
Bairro: PRAIA DE IRACEMA CEP: 60.060-440  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3488-2137

E-mail: cepsesa@saude.ce.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Parecer: 1.543.147

Outros	Termo_de_fiel_depositario_COPROM.pdf	07/03/2016 18:22:56	Porcina Barreto Frota	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	07/03/2016 18:20:28	Porcina Barreto Frota	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/03/2016 18:17:10	Porcina Barreto Frota	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 11 de Maio de 2016

---

**Assinado por:**  
**PAULO EGIDIO SANTOS FEITOSA**  
(Coordenador)

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E  
Bairro: PRAIA DE IRACEMA CEP: 60.060-440  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3488-2137 E-mail: cepsesa@saude.ce.gov.br