

Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes

Quality evaluation of health care service for adolescents

Maria Conceição O Costa^a e Vera Lúcia A Formigli^b

^aDepartamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil.

^bDepartamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

Descritores

Avaliação de processos e cuidados de saúde.[#] Indicadores de qualidade em assistência à saúde.[#] Serviços de saúde para adolescentes.[#] Pesquisa sobre serviços de saúde.[#] Registros médicos. Antropometria. Maturidade sexual. Gravidez na adolescência. Cuidado de criança. Desenvolvimento infantil. – Serviços de saúde comunitária. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Keywords

Process assessment and health care.[#] Quality indicators, health care.[#] Adolescents health services.[#] Health services research. Medical records. Anthropometry. Sex maturation. Pregnancy in adolescence. Child care. Child development. Community health services. – Health services assessment. Health care quality.

Correspondência para/Correspondence to:
Maria Conceição Oliveira Costa
Av. Euclides da Cunha, 475 - apto.1602 - Graça
40150-120 Salvador, BA, Brasil
E-mail: nepa@zipmail.com.br

Resumo

Objetivo

Avaliar a qualidade técnico-científica do atendimento oferecido a adolescentes, gestantes adolescentes e seus filhos, por um serviço de saúde.

Métodos

Os dados para caracterização da clientela e dos critérios do atendimento de saúde foram coletados de 360 prontuários e comparados com padrões da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Resultados

Os resultados foram satisfatórios: no atendimento de adolescentes, na avaliação antropométrica e de maturação sexual; no pré-natal, o intervalo entre consultas, os registros de peso e de pressão arterial e as condutas nas intercorrências; no atendimento a crianças: na inserção precoce no serviço, o calendário vacinal atualizado, os registros de peso/desenvolvimento motor e a adequação nas condutas clínicas. Os resultados menos satisfatórios foram: baixo registro de condutas clínicas para adolescentes e elevado percentual de condutas inadequadas ou parcialmente adequadas; ingresso tardio ao pré-natal e baixa frequência de registros de imunização antitetânica de gestantes; índices elevados de desmame precoce e sub-registro da estatura de crianças.

Conclusão

O tipo de avaliação adotado é de fácil execução, permite avaliar a qualidade do atendimento prestado e possibilita o redirecionamento de atividades e condutas clínicas, no sentido de oferecer uma atenção à saúde mais qualificada e voltada às necessidades e demandas da população.

Abstract

Objective

To evaluate the technical and scientific quality of care provided adolescents, pregnant adolescents and their offspring by the Emaús community's health service in Belém, state of Pará, Brazil, between 1994 and 1996.

Methods

Data for population and health care assessment were collected from medical records and compared with the PAHO/WHO and Brazilian Ministry of Health guidelines.

Results

The following features were satisfactory: anthropometric measurements and sexual

Recebido em 29/9/1999. Reapresentado em 19/4/2000. Aprovado em 31/10/2000.

maturity in adolescent health care program; visits scheduling, weight and blood pressure recording and proceedings in the event of medical problem in prenatal care; early registration in the health program, completing of the immunization schedule, weight and motor development recording and adequacy of medical visits in children care. Other aspects were less satisfactory, such as poor recording of clinical procedures and high level of inadequate or partially adequate procedures for the adolescent group; late admission to prenatal care and low recording of pregnant anti-tetanus immunization in prenatal care; high prevalence of early weaning and poor recording of children's height.

Conclusion

This easy-to-perform assessment allowed to evaluate the quality of care provided and made it possible to reallocate services and medical procedures to offer health care service better organized and of better quality to meet the population needs.

INTRODUÇÃO

Em 1980, cálculos da Organização das Nações Unidas indicaram a existência de cerca de 900 milhões de adolescentes no mundo; nos países em desenvolvimento, entre as décadas de 70 a 80, registrou-se um crescimento de mais de 70%, considerado um dos maiores do mundo.¹¹ No Brasil, dados da Fundação IBGE, de 1995, revelaram cerca de 33 milhões de adolescentes, representando 21% da população geral.²

Em relação à problemática da gravidez precoce nos países em desenvolvimento, há quatro décadas tem sido verificada a participação efetiva da faixa etária adolescente no aumento da fecundidade. Pesquisas relacionadas à gestação e à maternidade na adolescência têm mostrado alta prevalência de iniciação sexual precoce e pouca utilização de métodos contraceptivos, levando, como consequência, ao aumento da incidência de gestação não planejada entre adolescentes, principalmente na faixa de menores de 16 anos.¹¹

No Brasil, a gravidez precoce e a freqüente inadequação dos serviços de saúde têm contribuído para o aumento da prevalência de gestações de risco e mortalidade materna.³ Dados do Ministério da Saúde apontam alta freqüência de mortalidade materna na faixa etária de 15 a 24 anos, relacionada a complicações da gestação, parto e puerpério. Os coeficientes de mortalidade materna na faixa de 14 a 42 anos são superiores a 130 por 100.000 nascidos vivos. Na faixa de adolescentes, os óbitos perfazem 22,3% do total, com risco superior à faixa de 20 a 29 anos.³

Em 1993, na Comunidade de Emaús – instituição filantrópica que há 25 anos presta assistência social, jurídica, educacional e de profissionalização para crianças e adolescentes da zona periférica de Belém, PA –, foi criado um serviço multiprofissional de saúde

para atendimento preventivo e curativo das crianças e adolescentes atendidos pela instituição. No período de 1994-1996, o Serviço de Saúde de Emaús prestava atendimento clínico e de planejamento familiar para adolescentes, pré-natal para gestantes adolescentes e acompanhamento clínico dos filhos de adolescentes.

O presente estudo objetiva avaliar a qualidade técnico-científica do atendimento prestado a adolescentes, no período de 1994-1996, para promover melhorias do atendimento a esse grupo e, conseqüentemente, da qualidade da saúde dessa população. O estudo faz parte de um projeto mais amplo de avaliação do Serviço de Saúde de Emaús, que engloba: análise do contexto onde se insere o Serviço de Saúde; perfil da população-alvo atendida nos diferentes serviços da Unidade; avaliação propriamente dita do serviço, pelos seguintes atributos: cobertura, acessibilidade, adequação, padrão de utilização, qualidade técnico-científica, efetividade e satisfação do usuário.

MÉTODOS

A avaliação da qualidade técnico-científica* do Serviço de Saúde de Emaús analisado foi feita por meio de informações coletadas de prontuários referentes à prestação dos serviços de pré-natal, atendimento clínico de adolescentes e acompanhamento dos filhos de adolescentes. As informações foram comparadas com as normas padronizadas do Ministério da Saúde⁴⁻⁹ e da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS).^{11,16}

Foram analisados todos os 360 prontuários de adolescentes, 39 de gestantes e 44 de crianças filhas de adolescentes, atendidos entre os anos de 1994 e 1996. O atendimento aos adolescentes foi efetuado por pediatra e por ginecologista, devidamente capacitados no atendimento dessa clientela.

*Para qualidade técnico-científica adotou-se a definição de Vuori,¹⁴ que corresponde ao nível de aplicação, no cuidado médico, dos conhecimentos e tecnologias disponíveis.

A população de adolescentes estudada foi caracterizada segundo idade, sexo, situação conjugal e escolaridade. A ocupação foi registrada apenas para as 39 gestantes pois os adolescentes encontravam-se inseridos em algum dos programas da instituição, oficinas profissionalizantes ou vínculos com empresas estatais e/ou particulares conveniadas.

Crítérios da avaliação*

Foram selecionados os seguintes aspectos da prestação de serviços para cada uma das clientelas:

- *atendimento clínico de adolescentes*: registros de dados antropométricos (peso e altura) e de avaliação dos estágios de maturação sexual (desenvolvimento de mamas no sexo feminino, desenvolvimento da genitália externa no sexo masculino e de pêlos pubianos nos dois sexos), segundo critérios de Tanner;¹³ registro das condutas em três tipos de intercorrências clínicas que têm tratamento padronizado: vulvovaginites, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e transtornos menstruais;
- *pré-natal de adolescentes*: idade gestacional de início do pré-natal, intervalo médio entre consultas, situação da imunização antitetânica, registro dos níveis de hemoglobina, registro trimestral de peso, altura uterina, pressão arterial, registro e conduta em dois tipos de intercorrências que têm tratamento padronizado (anemia, DST e candidíase vaginal);
- *atendimento das crianças*: ingresso no serviço, período de aleitamento, registros de peso e

estatura ao nascer e no último comparecimento, registros do desenvolvimento motor, vacinação e condutas nas intercorrências que têm tratamento padronizado (infecções respiratórias agudas – IRAs e diarreia).

Padrões de referência**

Foram adotadas normas do Ministério da Saúde: Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente,⁸ Saúde Materno-Infantil⁴⁻⁹ e parâmetros da OPS/OMS.^{11,16}

Em relação às condutas clínicas, foi considerada adequada aquela que preenchia todos os itens preconizados; parcialmente adequada aquela que preenchia apenas alguns dos itens; e inadequada aquela que estava fora do padrão de tratamento recomendado.

Coleta de dados

Foram elaboradas fichas de coleta para cada um dos três tipos de serviço citados, incluindo dados para caracterização das clientelas de adolescentes e gestantes, bem como as informações correspondentes aos critérios de avaliação. Todos os dados foram coletados dos prontuários por um único profissional treinado.

Os dados referentes ao pré-natal e atendimento às crianças foram processados e tabulados manualmente e os de atendimento clínico pelo banco de dados

Tabela 1 – Características dos adolescentes e gestantes matriculados no Serviço de Saúde de Emaús, 1994/96.

Características	Adolescentes (N=360)				Gestantes Adolescentes (N=39)	
	N	Masculino %	N	Feminino %	N	%
Idade (anos)						
10-12	16	9,3	51	27,0	–	–
13-15	69	40,4	82	43,4	13	33,3
16-19	80	46,8	51	27,0	26	66,7
Sem registro	6	3,5	5	2,6	–	–
Total	171	47,5	189	52,5	39	100,0
Situação conjugal						
solteiro	339		94,1		23	59,0
casado/amasiado	2		0,6		14	35,9
sem registro	19		5,3		2	5,1
Escolaridade						
1ª a 4ª séries	108		30,0		8	20,5
5ª a 8ª séries	194		53,9		22	56,4
>=8ª série	38		10,6		8	20,5
Sem registro	20		5,5		1	2,6
Ocupação*						
estudante	–		–		20	51,3
do lar	–		–		19	48,7

*Não houve registro para os adolescentes.

*Consideraram-se critérios o conjunto de fenômenos discretos, claramente definíveis e precisamente mensuráveis que ocorrem no processo ou no resultado do cuidado médico e que são relevantes para a definição de qualidade.† A seleção dos critérios foi feita de acordo com o preenchimento das seguintes condições: relevância no atendimento, uma vez que o comportamento de cada um deles (positivo ou negativo) tem relação claramente estabelecida com a saúde dos respectivos grupos; disponibilidade e padronização da informação nos prontuários médicos; existência de normas técnico-científicas elaboradas por instituições reconhecidas, para servirem como padrões de referência; possibilidade de intervenção para melhoria da qualidade da atenção.

**Os padrões foram definidos como os valores numéricos mais precisos do que constitui aceitável ou ideal com respeito a cada um dos fenômenos sob estudo.¹

(programa SPSS), avaliando-se apenas as frequências simples, comparando-os com os padrões já citados.

RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 que a distribuição dos adolescentes por sexo foi semelhante, sendo que, no sexo masculino a maior parte encontrava-se nas faixas de 13 a 15 e de 16 a 19 anos. As adolescentes do sexo feminino estavam distribuídas nas três faixas, com maior frequência entre 13 e 15 anos. Do total de 39 gestantes adolescentes, 33,3% tinham até 15 anos. Mais de 90% dos adolescentes eram solteiros. A presença do companheiro foi referida por 14 gestantes (35,9%). A maioria dos adolescentes e gestantes atendidos na clínica encontrava-se entre a quinta e a oitava séries.

Atendimento clínico de adolescentes

Mais de 90% dos adolescentes foram avaliados quanto à antropometria (peso e altura) e 86,7% quanto à classificação da maturação sexual, segundo critérios de Tanner¹³ (Tabela 2).

Na avaliação das condutas clínicas de patologias específicas que já possuem tratamento padronizado,⁸ verificou-se que as vulvovaginites e os transtornos menstruais estavam presentes em 65,6% e 48,1% das 189 adolescentes do sexo feminino, respectivamente; e as DST, em 6,4% dos 360 adolescentes de ambos os sexos. Em relação às vulvovaginites, 42,6% dos 129 prontuários tinham o registro de tratamento adequado, 31,8% parcialmente adequado e 25,6% encontravam-

se sem registros. Dos 91 prontuários com referência de transtorno menstrual, 70,4% não tinham registrado a conduta clínica. Dos 23 casos de DST, 65,2% foram tratados adequadamente.

Atendimento pré-natal de adolescentes

Do total de 39 gestantes, 16 (41%) procuraram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 18 (46,2%) no segundo e 5 (12,8%) no terceiro. O intervalo entre as consultas foi de 21 dias para 25 (64,1%) adolescentes, sendo 16 delas >15 anos e nove ≤15 anos; três adolescentes tiveram intervalos de consulta de 15 dias (sendo duas ≤15 anos e uma >15 anos); houve dois casos de intervalos de 30 dias, entre maiores de 15 anos e nove casos de comparecimento irregular ao pré-natal (sete >15 anos e dois ≤15 anos).

Os resultados relacionados aos registros de pressão arterial, peso e altura uterina (Tabela 3), mostram que, entre as gestantes acompanhadas do primeiro ao terceiro trimestre (pré-natal completo), prevaleceram os prontuários com três registros de pressão arterial e peso (pelo menos um a cada trimestre) e dois registros de altura uterina. Também foram positivos os registros nos casos das gestantes que realizaram pré-natal a partir do segundo trimestre (dois registros esperados), ou apenas compareceram no terceiro trimestre, quando o esperado seria de pelo menos um registro. Os registros de pressão arterial de 90,9% das adolescentes encontraram-se dentro dos padrões considerados normais pela OMS (≤140x90 mmHg).

Quanto à dosagem da hemoglobina, foi observado

Tabela 2 - Registro de dados antropométricos e de maturação sexual de adolescentes atendidos no Serviço de Saúde de Emaús, 1994/96.

Situação do registro	Avaliação antropométrica		Avaliação da maturação sexual	
	N	%	N	%
Com registro em prontuário	331	91,9	312	86,7
Incompleto ou ausente	29	8,1	48	13,3
Total	360	100,0	360	100,0

Tabela 3 - Registros de pressão arterial, peso, altura uterina e nível de hemoglobina de gestantes adolescentes matriculadas no Serviço de Saúde de Emaús, segundo duração do acompanhamento pré-natal, 1994/96. (N=39)

Duração Pré-natal (trimestre)	P. Arterial				Peso			A. Uterina			Hemoglobina			
	S/R	1R	2R	3R	1R	2R	3R	S/R	1R	2R	3R	S/R	1R	2R
Primeiro ao terceiro	-	-	5*	7	-	3*	9	-	2***	8***	2	1	4	7
Primeiro ao segundo	-	2**	1	-	2**	1	-	2**	-	1	-	-	3	-
Primeiro	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Segundo ao terceiro	-	2	11	-	1	12	-	-	1	12	-	2	4	6
Segundo	-	5	-	-	5	-	-	-	5	-	-	4	2	-
Terceiro	-	5	-	-	5	-	-	-	5	-	-	1	3	1
Total	1	14	17	7	14	16	9	3	13	21	2	9	16	14

*Sendo 2 com o terceiro trimestre em curso

**Segundo trimestre em curso

***Sendo um com o terceiro trimestre em curso

S/R = sem registro

R = registro

que 23,1% dos 39 prontuários não possuíam esse dado. Mais de 80% dos índices de hemoglobina registrados foram iguais ou superiores a 11g, níveis satisfatórios segundo critérios do Ministério da Saúde do Brasil.⁴

Quanto à imunização antitetânica das gestantes adolescentes, 15 prontuários (38,5%) registravam imunização completa, enquanto em 24 (61,5%) não houve registro.

Quanto às intercorrências clínicas, dentre as 39 gestantes, 19 (48,7%) apresentaram candidíase vaginal, de forma isolada ou associada com outros agentes; quatro (10,3%) apresentaram algum tipo de DST (gardnerella, herpes, condiloma); duas (5,1%) apresentaram anemia; e sete (17,9%) outras doenças (infecção do trato urinário, asma, parasitose, escabiose e acidente). Dois casos não apresentaram intercorrências. Em cinco prontuários não havia qualquer registro.

A conduta terapêutica foi considerada adequada em 19 casos (76%) de intercorrências com tratamento padronizado,⁸ em seis situações nas quais foi detectado esse tipo de intercorrência não havia registro de conduta no prontuário médico. Nos sete casos nos quais havia o registro de alguma outra doença, a avaliação de condutas não foi prevista no estudo pelo fato dessas patologias não contarem com tratamentos padronizados e reconhecidos por instituições oficiais, os quais pudessem servir de padrões de referência para avaliação.

Acompanhamento dos filhos de adolescentes

Do total de 44 crianças matriculadas no serviço, 63,7% foram inscritas com menos de seis meses, sendo

Tabela 4 - Idade de inscrição das crianças, filhas de adolescentes, matriculadas no Serviço de Saúde de Emaús, 1994/96. (N=44)

Idade da inscrição (meses)	N	%
<1	16	36,4
1-5	12	27,3
6-11	7	15,9
>=12	9	20,4
Total	44	100,0

Tabela 5 - Registros de peso e estatura ao nascer e na última consulta, e desenvolvimento psicomotor dos filhos de adolescentes atendidos no Serviço de Saúde de Emaús, 1994/96. (N=44)

Situação do registro	Peso nascimento		Peso última consulta		Estatura nascimento		Est. última consulta		Desenv. Psico-motor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
com registro	41	93,2	42	95,5	29	65,9	19	43,2	42	95,5
sem registro	3	6,8	2	4,5	15	34,1	25	56,8	2	4,5
Total	44	100,0	44	100,0	44	100,0	44	100,0	44	100,0

que 16 delas ainda não tinham completado 30 dias de vida. Por outro lado, 36,3% ingressaram tardiamente no serviço (Tabela 4).

Os registros do tempo de aleitamento das crianças atendidas revelaram que mais de 60% das mães amamentaram por período menor ou igual a três meses.

O calendário vacinal de 38 crianças (86,4%) encontrava-se atualizado e em três prontuários não havia registro da vacinação, sendo que um deles correspondia a uma criança com menos de seis meses.

Mais de 90% das crianças tinham os dois registros de peso (Tabela 5). Em relação à estatura, houve um menor número de registros, principalmente no que se refere ao recém-nascido. O desenvolvimento psicomotor esteve registrado em 95,5% dos prontuários de filhos de adolescentes.

O peso de nascimento de 40 crianças, obtido através de informações das mães, foi adequado em 50% (≥ 3.000 g), insuficiente em 35% (2.501g a 3.000 g) e baixo peso em 15% (≤ 2.500 g), segundo padrões da OMS.¹⁵

Do total das crianças, 32 (77,2%) apresentavam uma ou mais patologias, assim distribuídas: 16 casos de infecção das vias aéreas superiores – IVAs (36,4%); 11 casos de IVAs + diarreia (25%); três casos de IVAs + pneumonia (6,8%); dois casos de IVAs+ pneumonia + diarreia (4,5%); e dois casos de diarreia (4,5%).

As condutas registradas frente a essas intercorrências foram consideradas adequadas, obedecendo às recomendações do Ministério da Saúde e aos critérios dos respectivos programas.^{7,9}

DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade técnico-científica do serviço estudado mostrou, inicialmente, um atendimento clínico satisfatório aos adolescentes, no que se refere ao crescimento e desenvolvimento, embora tenham sido detectados casos de registro incompleto e/ou ausente dos dois atributos avaliados. Segundo normas do Ministério da Saúde do Brasil⁸ e da OMS,¹⁶ as aferições de peso e altura, assim como a avaliação dos estágios de maturação sexual comparados aos

referenciais do National Center Health Statistics e critérios estabelecidos por Tanner,¹³ são indispensáveis no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na adolescência, de grande relevância no atendimento clínico, pois permitem avaliar as condições gerais de saúde e conhecer o estado nutricional dessa população.

As condições clínicas das gestantes e seus filhos corroboraram achados de outras pesquisas que mostraram alta proporção de condições de saúde adequadas durante o acompanhamento pré-natal e após o nascimento. Esses estudos relatam que, embora seja alta a prevalência de baixo peso de nascimento entre os filhos de adolescentes, essa ocorrência não parece estar relacionada à idade materna, de forma isolada. O peso de nascimento encontra-se na dependência de muitas variáveis, que incluem qualidade da assistência pré-natal, presença de patologias gestacionais, ganho de peso gestacional e estado nutricional materno, idade ginecológica (tempo decorrido entre a menarca e a gestação), além dos fatores psicossociais, como suporte da família e do parceiro, os quais podem interferir direta ou indiretamente na evolução gestacional e no resultado neonatal.^{10,12}

Segundo normas do Ministério da Saúde,⁸ o pré-natal de adolescentes deve ser iniciado o mais precocemente possível, no início do primeiro trimestre, e as consultas subseqüentes devem ocorrer a cada 30 dias até a 36ª semana e a cada oito dias até o parto, salvo nos casos de gravidez de risco (adolescentes ≤15 anos, presença de patologias, abandono e tentativa de aborto, entre outros), nos quais os intervalos seriam quinzenais até a 36ª semana e semanais após esse período.

Entre as adolescentes com 15 anos ou menos, prevaleceram os intervalos de 21 dias entre as consultas, sugerindo a necessidade de revisão do agendamento dos retornos para as gestantes consideradas grupo de risco. A alta frequência do intervalo de tempo recomendado entre as consultas para as demais gestantes adolescentes pode representar uma medida facilitadora de maior controle de saúde. Entretanto, o número de ingressos tardios e de comparecimentos irregulares ao pré-natal observados sugerem a necessidade de sensibilização e motivação das gestantes adolescentes pela equipe de saúde.

A experiência de outros serviços de pré-natal de adolescentes também tem demonstrado altos índices de procura ao pré-natal no segundo trimestre da gestação, indicando que essa população apresenta pouca sensibilidade e conscientização quanto ao

significado dos cuidados pré-natais para a própria saúde e do seu filho, necessitando, portanto, de um investimento mais intenso da equipe no estímulo ao ingresso precoce das adolescentes ao serviço.^{3,8} A gestação precoce e não planejada pode ser considerada de risco na ausência do apoio familiar e do pré-natal e abandono do parceiro, entre outras circunstâncias que podem levar à depressão e à perda de peso, como consequência de baixa auto-estima e da falta de motivação para cuidar da saúde. Outro fator que pode interferir no resultado neonatal está relacionado às gestantes muito jovens, com baixa idade ginecológica e crescimento físico incompleto. Nesses casos, a recomendação é de cuidados intensivos durante o pré-natal para assegurar o estado de saúde adequado e ganho ponderal satisfatório, com vistas à prevenção do retardo de crescimento intra-uterino e baixo peso de nascimento.^{3,12}

A frequência de registros de pressão arterial, peso e altura uterina nos prontuários das gestantes pode ser considerada aceitável, segundo as recomendações do Ministério da Saúde,^{4,8} e esteve relacionada positivamente à frequência e à regularidade das gestantes às consultas. O insatisfatório registro de dosagem de hemoglobina, presente em apenas 23,1% dos prontuários, sugere algumas hipóteses relacionadas a problemas do serviço e das adolescentes: a) dificuldade das gestantes de realizarem os exames, uma vez que estes são viabilizados pelo encaminhamento para laboratórios conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); b) realização de exames, sem retorno da adolescente ao serviço, possibilidade que é reforçada pelo índice detectado de comparecimento irregular ao pré-natal (23%); c) falta de registro do dado pelo profissional, mesmo que o exame tenha sido solicitado, realizado e bem conduzido clinicamente; d) falta de solicitação do exame pelo profissional de saúde; e) não-realização dos exames por descuido com a saúde, característica marcante entre as gestantes adolescentes.

Quanto à imunização das gestantes, a falta de anotação desse item pelo profissional, ou mesmo a não-realização de profilaxia antitetânica, caracteriza uma insuficiente atenção a esse aspecto por parte dos profissionais de saúde, seja quanto à importância desse registro ou quanto a própria prevenção do tétano neonatal, que deve ser realizada em 100% das gestantes.⁴ Nesse particular, é importante o processo de educação em saúde realizado em grupos, durante o acompanhamento pré-natal.

O ingresso da criança recém-nascida ao serviço de saúde deve ser o mais precoce possível, segundo normas do Ministério da Saúde, com vistas à orientação materna sobre as ações básicas de saúde e

ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, medidas fundamentais para a manutenção do estado de saúde da criança.^{5,6} Os resultados do presente estudo podem ser considerados satisfatórios, mas a existência de um número significativo de ingressos tardios de crianças ao serviço e de adolescentes ao pré-natal impõe a necessidade de intensificar o empenho da equipe de saúde na captação precoce e matrícula da mãe adolescente e seu filho no serviço, com vistas a prevenir intercorrências, reforçar os cuidados primários relacionados ao aleitamento materno e imunização, além da oportunidade de orientar sobre o planejamento familiar e prevenção de repetição da gestação não planejada.

A amamentação constitui uma das mais importantes medidas vitais para prevenir a ocorrência de diarreias e distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição.⁶ No presente estudo foram encontrados índices elevados de desmame precoce, de acordo com as normas estabelecidas pelo MS.⁶ Esses achados indicam que a equipe de saúde, responsável pelo acompanhamento pré-natal das gestantes e clínico das crianças, necessita investir na orientação e valorização da prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses, como medida prioritária de prevenção de agravos à saúde dos filhos de adolescentes.

O adequado estado de imunização das crianças atendidas, utilizando-se como padrão de referência o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde,⁵ pode ser um indicador parcial de que as informações fornecidas pelos profissionais sobre cuidados com prevenção de doenças imunopreveníveis, acrescidas das informações veiculadas em campanhas de vacinação, está conseguindo responsabilizar as mães adolescentes sobre essa questão, haja vista que essa prática não é realizada no próprio serviço, sendo todas as crianças encaminhadas para o centro de saúde do bairro.

A presença de mais de 90% de registros de peso, ao nascer e atual, nos prontuários das crianças revela um bom nível de informação das mães quanto a esse aspecto e a importância concedida pelos profissionais de saúde ao peso na avaliação periódica da criança, concordando com as recomendações da OMS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Em relação à estatura das crianças, a ausência de anotações relativas ao momento do nascimento pode ser explicada pela dificuldade da mãe em memorizar esse dado. Já a falta do registro da estatura atual pode ser decorrente de descuido na anotação ou não aferição. De todo modo, evidencia-se que esse aspecto não tem sido tão valorizado quanto o peso, pelas mães e pelo profissional de saúde. Segundo a orientação da OMS,

a aferição e os registros periódicos de dados antropométricos constituem uma das formas de avaliar e conhecer as condições de saúde de uma determinada população.¹⁶ Embora o peso seja fundamental para avaliar a condição nutricional da criança, a medida da estatura reflete com maior precisão as condições de vida, saúde e nutrição dessa população ao longo do tempo, uma vez que o peso pode ser alterado por problemas emergentes de saúde, enquanto a altura só será comprometida após agravos mais duradouros. Os parâmetros de peso e estatura ao nascer refletem as condições de saúde materna durante a gestação e contribuem para interpretar a curva de crescimento posterior, sendo necessário sensibilizar os profissionais das maternidades para o preenchimento do cartão da gestante, após o parto, cujas anotações podem ser utilizadas pelo serviço de acompanhamento à criança.

O desenvolvimento psicomotor deve ser acompanhado, pois é de grande importância na infância, tendo em vista as amplas aquisições e habilidades durante os primeiros anos de vida e o fato de sua avaliação facilitar a detecção precoce de problemas.¹⁴ A presença desse tipo de informação em quase todos os prontuários das crianças reflete certa sensibilização da equipe para a importância desse atributo na infância. O instrumento de coleta utilizado, entretanto, apenas indicava a existência ou não de registro sobre o desenvolvimento psicomotor, não relacionando a informação com cada uma das consultas, o que inviabilizou uma comparação mais adequada com as recomendações da OMS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.¹⁶

A adequação das condutas terapêuticas frente às intercorrências clínicas das crianças e gestantes mostra que a equipe se encontrava tecnicamente capacitada quanto à intervenção sobre essas patologias. Entretanto, a avaliação das condutas em patologias específicas como vulvovaginites, DST e transtornos menstruais, presentes no outro grupo de adolescentes, revelou altos índices de tratamentos incompletos e ausência de registro nos prontuários.

Considerando os critérios selecionados para a avaliação e os padrões de referência adotados no presente estudo, pode-se concluir que o Serviço de Saúde de Emaús tem atendido à clientela de adolescentes com um grau de qualidade técnico-científica, em geral, satisfatório. Por outro lado, a inadequação ou insuficiência de alguns aspectos detectados denotam a necessidade de reforço das ações de educação em saúde voltadas às mães adolescentes e de reciclagem dos profissionais para o atendimento clínico de problemas específicos da adolescência.

Em relação às gestantes, é importante haver maior empenho para garantir a captação precoce ao pré-natal, periodicidade das consultas, imunização antitetânica, realização de exames, retorno ao serviço, além de divulgação, sensibilização e mobilização das mães adolescentes sobre a importância de sua inserção precoce no serviço de saúde. Nesse particular, a equipe deve levar em conta aspectos específicos da adolescência, como a desconsideração das situações de risco e a dificuldade de lidar com os conflitos decorrentes da gestação, razão pela qual necessitam de acompanhamento periódico e atenção específica.

Quanto ao atendimento clínico, a atualização da equipe deve focar as condutas específicas relativas aos problemas mais frequentes na adolescência, como é o caso dos problemas ginecológicos, utilizados como indicadores no presente estudo.

É importante que haja sensibilização dos profissionais

de saúde para o significado do registro de dados em prontuários para viabilizar o conhecimento da real situação de saúde dos adolescentes, gestantes e crianças, assim como possibilitar seu acompanhamento adequado e a avaliação do atendimento.

Em conclusão, esse tipo de avaliação é factível de realização na rotina dos serviços de saúde, utilizando-se estes e/ou outros critérios que possam ser representativos da qualidade dos serviços prestados, sob forma de amostragens periódicas, as quais podem oferecer subsídios concretos para a melhoria da qualidade do atendimento à população de adolescentes.

AGRADECIMENTOS

A Adriana Carvalho Meira, ex-graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia e a Antonio Fontes Oliveira Neto, graduando da mesma Universidade, pela contribuição no processamento e análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. Criterio, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981;71:409-12.
2. Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 1998. p. 2-19.
3. Guimarães MHP. *Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências* [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1994.
4. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. *Assistência pré-natal*. Brasília (DF); 1988. (MS - Normas e Manuais Técnicos, 36).
5. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Imunizações*. Brasília (DF); 1994. (MS - Normas e Manuais Técnicos).
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Materno-Infantil. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Brasília (DF); 1995.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. *Assistência e controle das doenças diarreicas*. Brasília (DF); 1993. (MS - Manuais Técnicos).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. *Normas de atenção integral à saúde do adolescente*. Brasília (DF); 1993. v. 3.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. *Assistência e controle das infecções respiratórias agudas*. Brasília (DF); 1994. (MS - Manuais Técnicos).
10. Nóbrega FJ, coord. Antropometria, patologias e malformações do recém-nascido brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. *J Pediatr* 1985;59:114.
11. Organização Panamericana de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição demográfica. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil*. OPS/UNICEF; 1988.
12. School T, Hediger ML, Khoo CS, Healy MF, Rawson NL. Maternal weight gain, diet and infant birth weight: correlations during adolescent pregnancy. *J Clin Epidemiol* 1991;44:423-8.
13. Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity and stage of puberty. *Arch Dis Child* 1976;51:170-9.
14. Vuori H. El concepto de calidad. La calidad de los servicios sanitarios. In: Vuori H. *El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodología*. Barcelona: Masson; 1988. p. 37-101.
15. World Health Organization. *Risk approach for maternal and child health care*. Geneva: WHO; 1978. (WHO Offset Publication, 39).
16. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO; 1995. (WHO - Technical Report Series, 854).