

Asistencia prenatal a la adolescente y los atributos de la Atención Primaria a la Salud¹

Maria Cristina Barbaro²

Angelina Lettiere³

Ana Márcia Spanó Nakano⁴

Objetivo: evaluar la atención prenatal a las adolescentes en unidades de salud, según los atributos de la Atención Primaria a la Salud. Método: estudio de abordaje cuantitativo, realizado con profesionales de la salud, utilizando el instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil para analizar la presencia y extensión de los atributos vinculados a la APS en las unidades de salud. Resultados: para todas las unidades participantes, el atributo Acceso obtuvo un puntaje $\leq 6,6$; los atributos Longitudinalidad, Coordinación (integración de cuidados), Coordinación (sistemas de información) e Integralidad obtuvieron puntajes $\geq 6,6$ y el Puntaje Esencial fue $\leq 6,6$. Comparando las unidades básicas de salud y las unidades de salud de la familia, los puntajes están igualmente distribuidos: Accesibilidad $\leq 6,6$ y los demás atributos con puntajes $\geq 6,6$; sin embargo, el puntaje Esencial en las unidades básicas fue $\leq 6,6$ y el de las unidades de salud de la familia fue $\geq 6,6$. Conclusión: la ampliación de la cobertura de las unidades de salud de la familia y la capacitación profesional pueden ser estrategias para calificar la atención a la salud.

Descriptorios: Atención Primaria de Salud; Embarazo en Adolescencia; Salud de la Mujer; Atención Prenatal; Personal de Salud.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Atención prenatal en adolescentes ofrecida por servicios básicos de salud de la ciudad de Ribeirão Preto y atributos de la atención primaria de salud desde la perspectiva de los profesionales de salud", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Doctoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Ana Márcia Spanó Nakano
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: nakano@eerp.usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En Brasil, en 2007, 71% de los nacidos vivos eran hijos de mujeres entre 15 y 29 años; los hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años respondían por cerca de 20% del total de nacimientos⁽¹⁾. Se observa que, entre los años de 2000 a 2009, el número de partos de adolescentes disminuyó para 34,6%; lo que puede haber contribuido para esta disminución fue la actuación de los profesionales de la salud en las políticas de planificación familiar⁽²⁾.

El embarazo en la adolescencia es un asunto complejo, ya que el riesgo de la salud de la madre y del niño es real, considerando que no siempre el cuerpo de la adolescente está preparado fisiológicamente para el desarrollo de la gestación⁽³⁾. Otros riesgos, además del biológico, también son apuntados, por ejemplo la mayor vulnerabilidad relacionada a la situación social, la falta de información y la falta de competencia emocional, que pueden traer agravantes en la conducción del ciclo de embarazo puerperal, en el cuidado con el recién nacido y en el autocuidado materno⁽⁴⁾.

En este sentido, la Atención Primaria a la Salud (APS) puede ser definida por: un conjunto de valores, un conjunto de principios, la sustentabilidad, la intersectorialidad y la participación social. Los atributos de la APS son: acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria, y competencia cultural⁽⁵⁾; estos atributos son cualidades esenciales que se colocan como un desafío a ser alcanzado⁽⁶⁾. Cuanto más un servicio de salud es dirigido para alcanzar la mayor presencia posible de estos atributos, más éste se torna capaz de proveer la atención integral en su comunidad, desde el punto de vista biopsicosocial⁽⁶⁾.

Existen principios que deben ser obedecidos y respetados cuando se busca la calidad del servicio aplicado a la APS, tales como: 1) Primer contacto: acceso al uso de los servicios en el cual se procura atención a la salud; 2) Longitudinalidad: aporte regulador y consistente de cuidados por el equipo de salud, en un ambiente humanizado, de relación mutua entre equipos de salud, individuos y familias; 3) Integralidad: conjunto de servicios que atienden los problemas más comunes de la población, tanto en lo que se refiere a problemas biológicos y psicológicos, como sociales, que acusan la enfermedad; y 4) Coordinación: capacidad de asegurar la continuidad de la atención⁽⁶⁾.

Delante del panorama de los servicios de salud (en Brasil) y de la peculiaridad de la clientela, compuesta por gestantes adolescentes, es preciso hacer inversiones en métodos, instrumentos de gestión y de organización del

trabajo colectivo, para producir cambios en el interior del sistema y transformar a las personas y a sus prácticas, de modo a privilegiar la recepción, el vínculo, el contrato y la autonomía de los sujetos, en la organización progresiva del cuidado como estrategias de transformación del sistema.

Delante de esto, se cuestiona cómo las adolescentes han sido asistidas en el servicio prenatal de la red básica de salud, considerando los atributos de la Atención Primaria a la Salud. En este sentido, se buscó evaluar la atención prenatal prestada a adolescentes en las unidades de salud de un municipio del interior del Estado de Sao Paulo, según la presencia y extensión de los atributos de la APS, a partir de la experiencia de los profesionales de salud que trabajan en esas unidades.

El presente estudio se justifica por la insuficiencia, en la literatura especializada, de investigaciones sobre la evaluación de la atención prenatal, considerando los atributos de la APS. La elucidación de esta cuestión permitirá obtener informaciones para orientar la formulación de estrategias de acción y la capacitación de recursos humanos para poder ofrecer una atención integral a las adolescentes gestantes, contribuyendo así para la mejoría de ese indicador en los servicios prenatales del municipio investigado. Una importante contribución del estudio para el área de la salud es evidenciar la participación del profesional de salud que, por medio de la interacción con la adolescente, podrá promover un mejor entendimiento del proceso de la gestación, de modo a proporcionar una asistencia con carácter participativo y educativo.

Método

Se trata de un estudio seccional y descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado en una unidad de salud, en un distrito con un mayor contingente de usuarias gestantes adolescentes, teniendo como fuente de datos secundarios la Declaración de Nacidos Vivos de 2010⁽⁷⁾. En el presente estudio, se considera a los adolescentes como individuos con edad entre 10 y 19 años⁽⁸⁾. El referido distrito cuenta con: a) una Unidad Básica Distrital de Salud (UBDS); b) un Centro Salud Escuela (CSE); c) seis Unidades Básicas de Salud (UBS); y d) cuatro Unidades de Salud de la Familia (USF), las que son la puerta de entrada del sistema para el inicio de la atención prenatal, que se extiende hasta la 36^o semana de gestación, momento en el cual las adolescentes son encaminadas para seguimiento en tres maternidades públicas.

Para la selección de los participantes del estudio el criterio de inclusión fue ser profesional que atiende directamente a las adolescentes en el prenatal. En este distrito, 44 profesionales, entre médicos y enfermeros,

atienden directamente a las adolescentes en el prenatal. En relación a los profesionales de enfermería, dos actúan en el CSE, trece actúan en la UBS y siete en las USF, totalizando 22 enfermeros. En relación a los profesionales de medicina, tres actúan en el CSE, doce en las UBS y siete en las USF, totalizando 22 médicos.

Todos los profesionales fueron convidados a participar del estudio. Hubo: a) una recusa; b) dos profesionales salieron de licencia médica, c) y cinco profesionales fueron excluidos por el criterio de exclusión que especifica tres citas para la entrevista sin éxito, o sea, el profesional no pudo participar en las tres fechas programadas por causa de la demanda del servicio. De esta forma, la muestra analizada fue constituida por 36 profesionales.

En este estudio por participar seres humanos, se atendió los requisitos establecidos por la Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud⁽⁹⁾. La recolección de datos se inició después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto bajo el Protocolo n°1188/2010. Después de la identificar las unidades de salud y el número de profesionales que atendían al criterio de inclusión, fue realizada la invitación. Después que los sujetos aceptaron, fue programada por teléfono la entrevista en día y hora acordados entre entrevistado y entrevistador. La recolección de datos fue realizada en las dependencias de las unidades de salud, en el período de diciembre de 2011 a marzo de 2012. Los sujetos fueron informados de los objetivos de la investigación y del término de consentimiento libre e informado (TCLI), por medio de una lectura, hecha por la investigadora; después de la aceptación, se solicitó al sujeto que firmase el TCLI; a continuación, fue iniciada la entrevista. Los participantes recibieron una copia del TCLI, debidamente firmada por la investigadora y por el entrevistado.

En el presente estudio, la calidad de la atención de la salud ofrecida a las gestantes adolescentes, se entiende como la presencia y extensión de los atributos esenciales de la APS⁽⁵⁾, en las unidades investigadas. Usamos un instrumento para caracterizar a los sujetos del estudio y un instrumento para Evaluar la Atención Primaria. El instrumento *Primary Care Assesment Tool* fue desarrollado por Barbara Starfield. Este instrumento evalúa, desde una perspectiva individual, la estructura y el proceso de atención en la APS⁽⁵⁾. La traducción y validación del instrumento, en Brasil, fueron realizadas, en 2006, por un grupo de investigadores de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur. A partir de esta validación, el instrumento recibió la denominación de Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool-Brasil)⁽¹⁰⁾. Utilizamos el PCATool-Brasil en su versión profesional; para evaluar

los aspectos estructurales y el proceso de atención en los servicios de salud; se utilizaron solamente los atributos esenciales del instrumento. Los otros atributos, tales como la integralidad de los servicios prestados (F), la orientación familiar (G) y la orientación comunitaria (H) no fueron incluidos, ya que no estaban incluidos en el enfoque del presente estudio.

Los datos fueron almacenados en un banco de datos *Excel*, utilizando la doble digitación para eliminar los posibles errores y fueron procesados en el SPSS, versión 12.1. Para las variables continuas, referentes a las características socio demográficas y la formación profesional, se calcularon los promedios de tendencia central (promedio y mediana) y la dispersión con la desviación estándar; las proporciones fueron utilizadas para las variables categóricas.

Los datos referentes al PCATool-Brasil fueron analizados estadísticamente, o sea, los puntajes para cada uno de los atributos o sus componentes fueron calculados utilizando el promedio aritmético simple de los valores de las respuestas a los ítems que componen cada atributo o su componente⁽⁵⁾. En una escala tipo Likert, los puntajes tienen un intervalo de 1 a 4; los que fueron distribuidos de la siguiente forma: "Con seguridad sí" (valor=4), "Probablemente sí" (valor=3), "Probablemente no" (valor=2), "Con seguridad no" (valor=1), "No sé/no recuerdo" (valor=9).

Después del cálculo de los puntajes de los atributos, se calculó el puntaje esencial, igual a la suma de los puntajes promedio de los componentes que pertenecen a los atributos esenciales divididos por el número de componentes. Produciendo, así, el Puntaje Esencial de los atributos de la APS. Puntajes ≥ 3 indican una adecuada extensión de cada atributo (probablemente no – negativo=2 y probablemente sí – positivo=3). Para transformar los puntajes en una escala de 0 a 10, se utilizó la fórmula: $\text{puntaje obtenido} - 1 (\text{valor mínimo}) \times 10 \div 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$. Los puntajes, que originalmente variaban en una escala de 1 a 4, fueron transformados en una escala de 0 a 10, conforme la fórmula mencionada. El valor 3 en la escala de 1 a 4 es igual al valor 6,6 en la escala de 0 a 10 cuando se realiza la transformación $([3-1] \times 10 \div 3 = 6,6)$. En esta transformación, los puntajes $\geq 6,6$ fueron considerados como un alto puntaje de los atributos de la APS, e indican una adecuada extensión de cada atributo. Así, ese valor fue seleccionado por corresponder, en la escala de 1 a 4, al puntaje 3 ("probablemente sí")⁽¹¹⁾. De esa forma, el instrumento produce puntajes para cada atributo y también el puntaje esencial, posibilitando medir el grado con que las diferentes unidades de salud siguen los atributos de la APS⁽⁵⁾.

Resultados

La población de adolescentes, que engloba el rango de edad entre 10 y 19 años⁽⁶⁾, es estimada en 90.694, siendo 45.908 del género masculino y 44.786 del género femenino, o sea, 14,99% de la población total, del municipio investigado, está formada por adolescentes. En este municipio, la gestación en la adolescencia correspondió a 12,4% del total de 8.090 nacimientos en 2010, año de referencia considerado en esta investigación. De estos 8.090 nacimientos, 4.478 son provenientes del Sistema Único de Salud (SUS), de los cuales 18,4% fueron adolescentes, siendo que el distrito Norte presentó la mayor frecuencia entre los cinco distritos de la ciudad, con 22,2%⁽⁷⁾.

En el distrito investigado, fueron entrevistados 36 profesionales de la salud, siendo 17 médicos y 19 enfermeros; la mayoría de los entrevistados fue del género femenino (72,2%). La edad promedio fue de 41 años, siendo la mínima de 28 y la máxima de 61 años de edad. En relación al local de trabajo en los servicios de salud, 20 (55,6%) profesionales trabajaban en las UBS, 13 (36,1%) en las USF y tres (8,3%) en el CSE.

En lo que se refiere al número de empleos, mitad de los profesionales trabajaba en un único servicio y la otra en dos o más servicios. En relación a cada categoría profesional, entre los enfermeros, 15 (78,9%) trabajaban en un único servicio y cuatro (21,1%) en dos o más. Entre los médicos, tres (17,7%) trabajaban en un único servicio y 14 (82,3%) en dos o más servicios.

En lo relacionado a la formación universitaria, el año de la graduación estuvo entre 1976 y 2007. Así, se percibió que más de la mitad de los profesionales tenía menos de 25 años de graduado y que existe una concentración mayor en menos de 15 años. También en relación a la formación profesional, 24 (66,6%) profesionales poseían una especialización. El número de especializaciones realizadas fue mayor en el equipo de enfermeros (17), comparada con el equipo de médicos (07). Se destaca que la especialización en salud de la familia se presentó apenas entre los médicos (03), así como la Residencia en Medicina de la Familia (02). En relación a la enfermería, el mayor número de especialización estuvo en el área de salud pública (08). En lo que se refiere a la residencia, vale destacar que solamente la categoría médica realizó esta formación. En relación a la postgraduación *stricto sensu*, solamente la categoría enfermería realizó esa formación.

En lo que se refiere al tiempo de trabajo de los profesionales en la red de salud, el promedio fue de 10 años, siendo el mínimo de seis meses y el máximo de 32 años. En el tiempo de experiencia en la asistencia

prenatal, el promedio fue de 11 años, siendo el mínimo de dos meses y el máximo de 26 años. En cuanto al tiempo de trabajo en las unidades de salud participantes del estudio, el promedio fue de cinco años, siendo el mínimo de un mes y el máximo de 18 años.

En relación a los atributos de la APS, presentamos el puntaje de los atributos y el puntaje esencial de las 11 unidades de salud participantes de la investigación (UBS, CSE, USF). Para el atributo *Acceso de primer contacto* (accesibilidad), se obtuvo el puntaje de 3,5, lo que revela un bajo grado de evaluación de los profesionales, referente al seguimiento de los atributos de la APS en las unidades a las que pertenecen. Los demás atributos obtuvieron puntaje fuerte, o sea, puntajes $\geq 6,6$, considerado un alto puntaje de adhesión a los atributos de la APS, indicando una fuerte presencia y adecuada extensión de cada atributo. El puntaje esencial fue de 6,5 (Tabla 1).

El análisis de los atributos también fue realizado dividiendo los profesionales en dos grupos: 1) profesionales pertenecientes a las Unidades Básicas de Salud y al Centro Salud Escuela y 2) compuesto por los profesionales pertenecientes a las Unidades de Salud de la Familia.

En las unidades UBS/CSE el atributo *Acceso de primer contacto* (accesibilidad) obtuvo un puntaje 3,4, lo que revela un bajo grado de evaluación de los profesionales referente al seguimiento de los atributos de la APS en esas unidades. Los demás atributos obtuvieron un puntaje fuerte, o sea, puntajes $\geq 6,6$, considerado como un alto puntaje de seguimiento de los atributos de la APS, e indican una fuerte presencia y adecuada extensión de cada atributo. El puntaje esencial fue de 6,4 (Tabla 1).

En las unidades USE el atributo *Acceso de primer contacto* (accesibilidad) obtuvo un puntaje 3,6, lo que revela un bajo grado de evaluación de los profesionales referente al seguimiento de los atributos de la APS en las USF. Los demás atributos obtuvieron un puntaje fuerte, o sea, puntajes $\geq 6,6$, considerado como un alto puntaje de seguimiento de los atributos de la APS, e indican una fuerte presencia y adecuada extensión de cada atributo. El puntaje esencial fue de 6,4 (Tabla 1). El Puntaje esencial fue de 6,6 (Tabla 1).

Se verifica que, independientemente de los modelos de asistencia de las unidades UBS y USF, para la mayoría de los atributos se constató una fuerte presencia y adecuada extensión, o sea, obtuvieron puntajes $\geq 6,6$; solamente el atributo de *Acceso de primer contacto* (accesibilidad) obtuvo un puntaje bajo. Al evaluar el Puntaje esencial, solamente el modelo de la USF presentó alto grado de seguimiento de los atributos de la APS, y el modelo de la UBS/CSE presentó el menor grado de seguimiento de

los atributos de la APS. En el conjunto del análisis de todos los modelos, o sea, de todas las unidades de salud

investigadas, el Puntaje Esencial presentó el menor grado de seguimiento de los atributos de la APS (Tabla 1).

Tabla 1 - Valores de los puntajes de los atributos y del puntaje esencial de la Atención Primaria a la Salud constatado en las Unidades Básicas de Salud del Distrito Norte del municipio de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Atributos de la Atención Primaria a la Salud	Unidades (n=36)	Unidades Básicas de Salud/ Centro de Salud Escuela (n=23)	Unidades de Salud de la Familia (n=13)
Acceso de primer contacto	3,5	3,4	3,6
Longitudinalidad	7,1	6,8	7,6
Coordinación (integración de cuidados)	6,8	6,8	7,0
Coordinación (sistema de información)	7,8	7,8	7,8
Integralidad (servicios disponibles)	7,2	7,3	6,9
Puntaje esencial	6,5	6,4	6,6

Discusión

Los sistemas de salud que siguen los principios de la APS se presentan con mejores índices de salud. A pesar de que esos índices fueron verificados, principalmente, en países desarrollados⁽¹¹⁾, en los pocos estudios realizados en países en desarrollo, también se observaron evidencias del impacto positivo de la aplicación de los principios de la APS en los sistemas de salud⁽¹²⁾.

Todavía son pocos los estudios que investigan la efectividad de los atributos de la APS en grupos poblacionales más vulnerables – tales como el de las adolescentes embarazadas – se objetiva alcanzar la mejor calidad posible de atención para la maternidad precoz en los servicios prenatales. Debido a que pocos estudios abordaron la evaluación prenatal, dentro de esa perspectiva, resulta difícil la comparación de los hallazgos; por otro lado, esa situación corrobora la relevancia de la presente investigación.

La evaluación de la calidad de la atención en las unidades, medida según la aplicación de los atributos de la APS en los servicios prenatal de las adolescentes, fue realizado en 11 unidades de salud en el municipio de Ribeirão Preto; para el atributo *Acceso de primer contacto* (accesibilidad), el resultado mostró el puntaje 3,5, considerado bajo; para los demás atributos el puntaje fue alto: *Longitudinalidad*, *Coordinación* (sistemas de información) y *Coordinación* (integración de cuidados) y *Integralidad* (servicios disponibles) obtuvieron puntajes de $\geq 6,6$, lo que indica una adecuada extensión de cada atributo. Entre tanto, el puntaje del atributo *Esencial* fue de 6,5, o sea, presentó un seguimiento menor de los atributos de la APS.

El atributo *Acceso* puede ser entendido como una “puerta de entrada”, como el local de recepción del usuario para expresar sus necesidades y, de cierta forma, muestra los caminos recorridos por éste, en el sistema, buscando la resolución de esa necesidad⁽¹³⁾. En los servicios investigados,

el embarazo en la adolescencia se ha constituido en una demanda frecuente de los usuarios. Además del análisis de estos indicadores de calidad del servicio prenatal, la baja puntuación, dada por los profesionales de las unidades investigadas, en el atributo *Acceso* muestra que la atención a la adolescente gestante carece de orientación para proveer información sobre la accesibilidad y aceptabilidad, que son las dimensiones del acceso⁽¹⁴⁾; para las gestantes, sin distinción, la atención en sus especificidades tiende a no ser contemplada ni en la práctica ni en los manuales y tampoco en los protocolos de los servicios que contienen las acciones preconizadas para el control de los riesgos y reducción de las complicaciones materna e infantil.

El análisis – en cuanto a la presencia y extensión, de cada atributo de la APS, en los diferentes modelos de atención de la salud, utilizados en las unidades UBS/CSE y USF – ha merecido destaque en la literatura. Muchas investigaciones evidencian impactos positivos de los Equipos de Salud de la Familia (ESF) sobre el sistema de salud brasileño tales como: mayor cobertura de las ESF, menor indicador de mortalidad infantil, mayor promoción de la equidad, mayor adecuación de la oferta y utilización de acciones de salud de las ESF, y mayor calidad de prenatal y puericultura⁽¹¹⁾.

En el análisis de los dos modelos de atención a la salud, en cuanto a la calidad de la atención, medida según los atributos esenciales de la APS, en los servicios prenatal de las adolescentes, se verifica que el atributo *Acceso* se presenta con bajo puntaje y los demás con fuerte puntaje, tanto en el grupo de la UBS/CSE (Puntaje 3,4) como en el grupo de la USF (Puntaje 3,6). El bajo grado obtenido para el atributo *Acceso* conduce a detectar fragilidades en la recepción de las adolescentes gestantes, tal como enfatizado anteriormente.

El atributo *Coordinación* (sistemas de informaciones) fue el que obtuvo el mayor puntaje (7,8) para ambos modelos de atención, lo que representa la presencia y adecuada extensión del atributo, independiente de

ser UBS o USF. Resultados semejantes también fueron evidenciados en otros estudios que utilizaron el PCATool, versión profesionales⁽¹¹⁾.

El análisis de los otros atributos de la APS mostró, para la Longitudinalidad e Integralidad, que pesar de obtener puntajes superiores a 6,6, en ambos modelos, es importante reflexionar sobre las diferencias de los valores atribuidos, lo pone en evidencia potencialidades y limitaciones de cada modelo de atención para estos atributos. A partir de los puntajes del atributo *Longitudinalidad* (6,8 en la UBS y 7,6 en la USF), es posible reflexionar sobre las potencialidades de los principios que rigen el Programa de Salud de la Familia (PSF). La Longitudinalidad implica una relación terapéutica caracterizada por la responsabilidad por parte del profesional de la salud y la confianza por parte del paciente⁽¹⁵⁾. Estas características son importantes para que se haga efectivo el seguimiento del cuidado. Por otro lado, en las UBS, cuando los usuarios son referenciados a otros servicios, no se asegura su retorno al mismo profesional que realizó la atención en la primera vez.

Al contrario de lo que se podría esperar para el atributo *Integralidad*, comparando los puntajes de la UBS (7,3) y USF (6,9), se observa que el puntaje dado por los profesionales de salud de las UBS fue superior. La integralidad de la atención, es considerada como una de las directrices del SUS, que presupone la organización de servicios y la ejecución de prácticas de salud que integran un conjunto de estrategias para la prevención y promoción de acciones curativas y de rehabilitación, durante todo el proceso de la atención a la salud⁽⁴⁾. El PSF reúne condiciones fundamentales para efectuar cambios en las prácticas de salud en la perspectiva de obtener la integralidad del cuidado, sin embargo, esto no sucede espontáneamente. Es preciso recordar que los profesionales que integran un equipo tienen principios, valores e intereses diferentes y pueden interferir en la organización y en la producción de los servicios. En el contexto de las Unidades de Salud de la Familia estudiadas, es importante considerar que los momentos favorables para la oferta de servicios pueden estar perjudicados. Como un ejemplo de la realidad local, tenemos que no todas las USF disponen de una sala de vacuna, lo que posiblemente justifica el resultado de menor puntaje obtenido para ese atributo entre los profesionales, cuando comparado al puntaje de las UBS.

El núcleo epistemológico, que alimenta el PSF y su campo operativo, reúne potencialidades que justifica el mayor puntaje del atributo Esencial (valor que integra todos atributos) en el modelo de atención de las USF (Puntaje 6,6) cuando comparado al modelo de atención de las UBS (Puntaje 6,4). El hallazgo de ese puntaje Esencial

corroborar otros estudios que utilizaron el instrumento PCATool-Brasil con el objetivo de evaluar servicios de APS y comparar USF y UBS.

EL PCATool-Brasil, fue aplicado a profesionales médicos pediatras, ginecólogos, clínicos generales y enfermeros de 104 UBS, siendo 53 USF y 51 unidades tradicionales, en Curitiba⁽¹⁶⁾. Los resultados indican que, en los ESF, los puntajes promedios y los porcentajes de los atributos son altos y significativamente mayores que los encontrados en las Unidades Tradicionales (UT). Lo mismo ocurre cuando esos atributos son integrados en el puntaje Esencial, las unidades tradicionales obtuvieron un puntaje limítrofe de 6,6 y las USF obtuvieron un alto puntaje, apuntando una mayor presencia y adecuada extensión de los atributos de la APS en este modelo.

Un estudio⁽¹¹⁾ que buscó comparar la calidad de la atención a la salud del adulto entre los diferentes tipos de servicios de la APS en Porto Alegre, utilizando el instrumento PCAToolBrazil verificó que los servicios orientados por el modelo de ESF, en comparación a las UBS, presentan significativamente un mayor seguimiento de los atributos de la APS. El estudio fue realizado con una muestra de 340 profesionales (médicos y enfermeros) que actuaban en 26 UBS y 31 USF, seleccionados aleatoriamente, correspondiendo a 50% de las unidades del municipio. Los atributos integralidad y orientación comunitaria son los que obtuvieron una diferencia significativamente más alta en la comparación de los puntajes; las UBS presentaron puntajes menores en esos atributos; el componente integralidad que evalúa el desempeño de actividades realizadas por el profesional, se refieren a la capacidad para reconocer los problemas de salud, comunes en la población; el atributo orientación comunitaria se refiere al conocimiento del profesional acerca de las necesidades de salud de la comunidad y a su abordaje comunitario; estos dos atributos están menos presentes en las UBS.

Conclusiones

La atención prenatal es reconocida como una importante estrategia para establecer un proceso de vigilancia de la salud en las mujeres embarazadas y en el niño. Particularmente entre las adolescentes, la maternidad precoz contiene un grado elevado de riesgo para la madre y para el niño, especialmente para las adolescentes que pertenecen a clases menos favorecidas. La presencia y extensión de los atributos de la APS son de extrema relevancia para obtener la adhesión y continuidad del cuidado de las adolescentes, factores que, en nuestra realidad, se han mostrado como indicadores desfavorables de calidad.

En el presente estudio, la calidad de la atención, prestada a la salud de las adolescentes embarazadas, es entendida como la presencia y extensión de los atributos esenciales de la APS, a partir de la experiencia de los profesionales de la salud. En este sentido, concluimos que, independientemente de los modelos de asistencia de las unidades (UBS y USF), la presencia y extensión fueron fuertes para la mayoría de los atributos, o sea, puntajes $\geq 6,6$; solamente el atributo *Acceso de primer contacto* (accesibilidad) quedó abajo del punto de corte.

Al evaluar el puntaje Esencial, solamente el modelo de la USF presentó mayor grado de seguimiento de los atributos de la APS. El mejor desempeño en el puntaje Esencial para las unidades con Equipos de Salud de la Familia está relacionado, entre otros factores, con la mejor calificación de los profesionales para desarrollar prácticas que valorizan la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, como las acciones intersectoriales, siguiendo los principios de la APS. Ese hallazgo indica que es preciso que sean implementadas nuevas unidades de Salud de la Familia, o que sea revisado el modelo de las unidades tradicionales existentes.

Delante de los resultados, es importante resaltar que la formación de los profesionales de la salud debe ser más amplia y contextualizada, de modo a posibilitar que médicos y enfermeros que actúan en el cuidado prenatal de adolescentes tengan capacidad de: reconocer los contextos de comunicación y recepción, de escucha, entre diferentes valores y culturas; así pudiendo movilizar soluciones que integren la realidad contextual. Añadimos también el trabajo en equipo multiprofesional y la articulación con otros sectores.

El presente estudio se refiere a la percepción de la dificultad de acceso de la adolescente embarazada a la unidad distrital del municipio y nos conduce a la necesidad de ampliar la investigación para las demás regiones de la ciudad, lo que posibilitaría evaluar la presencia de los atributos de la APS en la red de atención pública del municipio.

Referencias

1. Castro JA, Aquino LMC, Andrade CC. Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília; Ipea; 2009.
2. Ministério da Saúde. (BR). Brasil acelera a redução da gravidez na adolescência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Levandowski DC, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade adolescente. *Estud Psicol.* 2008;25(2):251-63.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em 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; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasilia: Ministério da Saúde; 2010.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Sistema de Coleta de Dados e Análise de Estatísticas Vitais (SICAEV). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1649-59.
11. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Haiser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1772-84.
12. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009;32:150-71.
13. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):161-70.
14. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(3):260-8.
15. Cunha EM, Giovenella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):1029-42.
16. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [Dissertação Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 95 p.

Recibido: 30.11.2012

Aceptado: 23.9.2013