

## Experiencias de enfermeras de la atención primaria a la salud en el atendimento prenatal de adolescentes

## Experiências de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento pré-natal de adolescentes

## Experiences of primary health care nurses in the prenatal care of adolescents

Patricia Wottrich Parenti<sup>1</sup>

Lucia Cristina Florentino Pereira da Silva<sup>2</sup>

Evelyn Priscila Santinon Sola<sup>3</sup>

Kelly Cristina Pereira Máxima Venâncio<sup>4</sup>

Fernanda Marçal Ferreira<sup>5</sup>

Joyce da Costa Silveira de Camargo<sup>6</sup>

Recebido: 07/06/2017

Aprovado: 20/11/2017

Publicado: 30/03/2018

Este estudio tiene como objetivo conocer las experiencias de enfermeras de la Atención Primaria de Salud (APS) en la asistencia pre-natal de adolescentes. Se trató de una investigación cualitativa usando entrevistas semi-estructuradas con 19 enfermeras actuantes en la APS en el atendimento pre-natal de adolescentes, analizadas según el Análisis de Contenido Temático de Bardin. Fueron identificadas tres subcategorías pertenecientes a la categoría "Atendimento de pre-natal"; Atención pre-natal a las adolescentes; Enfoque de riesgo biológico versus riesgo social; y, Aspectos prioritarios para asistencia pre-natal. La adolescente no recibe atención pre-natal específica y direccionada. Hay necesidad de más tiempo de consulta, incluyendo: acogida diferenciada, estimula la creación de vínculo y de mejoría de la calidad de las informaciones a las adolescentes, así como, medidas para evitar el abandono del pre-natal. Las dificultades citadas fueron la adhesión al pre-natal, la falta de diálogo profesional-adolescente, y las situaciones vividas por esas adolescentes, además de las dificultades sociales.

**Descriptor:** Atención prenatal; Embarazo en adolescencia; Atención primaria de salud; Atención de Enfermería.

Este estudo tem como objetivo conhecer as experiências de enfermeiras da Atenção Primária de Saúde (APS) na assistência pré-natal de adolescentes. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa usando entrevistas semiestruturadas com 19 enfermeiras atuantes na APS no atendimento pré-natal de adolescentes, analisadas segundo a Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Foram identificadas três subcategorias pertencentes à categoria "Atendimento de pré-natal": Atenção pré-natal às adolescentes; Enfoque de risco biológico versus risco social; e, Aspectos prioritários para assistência pré-natal. A adolescente não recebe atenção pré-natal específica e direcionada. Há necessidade de mais tempo de consulta, incluindo: acolhimento diferenciado, estímulo a criação do vínculo e de melhoria da qualidade das informações às adolescentes, bem como, medidas para evitar o abandono do pré-natal. As dificuldades citadas foram a adesão ao pré-natal, a falta de diálogo profissional-adolescente, e as situações vividas por essas adolescentes, além das dificuldades sociais.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Gravidez na adolescência; Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem.

This study aims to know the experiences of primary health care nurses (PHC) in the prenatal care of adolescents. This was a qualitative research using semi-structured interviews with 19 nurses working in PHC in the prenatal care of adolescents, analyzed according to the Analysis of Thematic Content of Bardin. Three subcategories belonging to the category "Prenatal care" were identified: Prenatal care for adolescents; Biological risk versus social risk approach; and, Priority aspects of prenatal care. The adolescent does not receive specific and directed prenatal care. There is a need for more consultation time, including differentiated reception, encouragement of the creation of the link and improvement of the quality of information to adolescents, as well as measures to prevent prenatal abandonment. The difficulties cited were prenatal adherence, lack of professional-adolescent dialogue, and the situations experienced by these adolescents, besides to social difficulties.

**Descriptors:** Prenatal care; Pregnancy in adolescence; Primary health care; Nursing care.

1. Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0001-9321-7169 E-mail: pwparenti@usp.br

2. Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0002-7563-6631 E-mail: lucris@usp.br

3. Abogada. Doctora en Ciencias. Docente de la Universidad Paulista - campus Sorocaba, Sorocaba (SP), Brasil. ORCID: 0000-0003-3979-6686 E-mail: evelynsantinon@uol.com.br

4. Enfermera. Estudiante de Doctorado por el Programa Interunidades de Doctoramento en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. Especialista del Laboratorio de Obstetricia de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0001-7128-1098 E-mail: kelly.pereira@usp.br

5. Enfermera. Estudiante de Doctorado por el Programa Interunidades de Doutoramento en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (USP) y de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la USP. Docente de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la USP, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-3383-1540 E-mail: fernandamarcal@usp.br

6. Enfermera. Estudiante de Doctorado por el Programa de Ciencias de Enfermería de la Universidad do Porto em el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar - ICBAS/U.PORTO. Especialista del Laboratorio del Curso de Obstetricia de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la USP, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0001-9171-0865 E-mail: joyce@usp.br

## INTRODUCCIÓN

Entre las definiciones de adolescencia, algunas están asociadas a los parámetros de edad<sup>1</sup> según la cual es la fase de desarrollo correspondiente al grupo de edad de 10 a 19 años de edad.

Los datos preliminares para el año de 2015, del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) a través del Sistema de Informaciones de Nacidos Vivos, revelan que los nacimientos con edad materna entre 10 y 19 años representaron 18,1% del total de nacidos vivos en Brasil, con mayor incidencia en las regiones Nordeste y Sudeste<sup>2</sup>.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno con repercusiones social, cultural, legal, psico-emocional y corporal, siendo necesario una mirada cuidadosa en la perspectiva de la atención a la salud materno-fetal<sup>3,4</sup>.

El embarazo en la adolescencia no es, necesariamente, un problema. Pero, la mujer embarazada, especialmente en la adolescencia, demanda atención con abordaje interdisciplinario y soporte intersectorial para que la vivencia del embarazo tenga posibles efectos desfavorables minimizados<sup>3,4</sup>.

Bajo esa perspectiva, se prioriza como cuidado básico de salud la promoción de la maternidad segura para adolescentes, programas de cuidado a la salud especialmente elaborados para ese público, ya que, aunque sus necesidades clínicas sean idénticas a las de otras mujeres, precisan de mayor soporte para desarrollar habilidades para el cuidado de salud durante el ciclo de embarazo puerperal<sup>5</sup>.

Se evidencia aquí la importancia de la asistencia pre-natal, que comprende un conjunto de actividades buscando la promoción de la salud de la mujer embarazada y del concepto, con identificación de riesgos para ambos, dando la asistencia oportuna y adecuada, con acogida de esa mujer desde el inicio del embarazo, asegurando el bienestar materno y fetal<sup>6</sup>.

El profesional de salud es pieza fundamental para la estructuración y/o para el fortalecimiento de redes de apoyo y soporte

social. Esos profesionales deben estar aptos para asistir a la adolescente que vive el embarazo en todas las dimensiones del cuidado, con actuación que enfatice abordaje integral a la salud, de la promoción de la salud y de la articulación de los sectores sociales para el cuidado de la adolescente<sup>3</sup>.

La actuación directa y sistemática junto a las adolescentes, desde antes de la concepción hasta los cuidados con su hijo, traduce que la inserción de la (el) enfermera (o) en la salud de las adolescentes es una forma de oportunidad para los conocimientos para que sean construidos y/o reformulados acerca de la vivencia en esta fase<sup>7</sup>.

Frente a lo expuesto, la pregunta de investigación de este estudio fue: ¿Cómo el profesional de salud, especialmente, la (el) enfermera (o) actúa en la atención primaria a la adolescente embarazada?

Este estudio se justifica por entender que el embarazo en la adolescencia consiste en un proceso de vulnerabilidad al conocer la experiencia de la (el) enfermera (o) que actúa en la atención primaria de salud (APS) podrá contribuir para la mejor acogida. Por lo tanto, esa investigación tuvo como objetivo conocer las experiencias de enfermeras (os) de la atención primaria de salud en el atendimento pre-natal de adolescentes, en la región de São Miguel Paulista, zona este de São Paulo (SP).

## MÉTODO

Para investigar la actuación de las (os) enfermeras (os) en el pre-natal de las adolescentes, se utilizó un abordaje cualitativo, pues se cree que el mismo puede auxiliar a comprender la experiencia profesional junto a las gestantes adolescentes.

El estudio fue realizado en 14 Unidades Básicas de Salud (UBS) localizadas en la región bajo la responsabilidad de la Coordinadora Regional de Salud Este compuesta por las subprefecturas de Ciudad de Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus y São Miguel Paulista<sup>8</sup>.

En las Unidades Básicas de Salud (UBSs) que compusieron el escenario del estudio funcionan Unidades Básicas de Salud Tradicionales (UBST), Unidades Mixtas (UM)

y Unidades Básicas de Estrategia de Salud de la Familia (UBESF), siendo que en todas ellas, independientemente de la modalidad de atención a la salud, la asistencia pre-natal es guiada por el protocolo “Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha”<sup>9,10</sup>.

La Rede de Proteção à Mãe Paulistana fue instituida en el municipio de São Paulo en 2006, siendo vinculada a las directrices y actualizaciones de la Rede Cegonha, programa de alcance nacional, cinco años más tarde.

Para la recolección de datos se llenó un cuestionario de perfil sociodemográfico y educacional para caracterización de los sujetos de investigación y se realizaron entrevistas semi-estructuradas con diecinueve enfermeros que prestaban asistencia pre-natal en estos servicios en el segundo semestre de 2012.

Los criterios de selección de los sujetos fueron: actuar en la asistencia pre-natal, junto a integrantes del equipo de servicios de APS y, manifestar aceptación voluntaria para participar en el estudio.

Como técnica de análisis de datos cualitativos, se optó por el Análisis de Contenido Temático de Bardin<sup>11</sup>. Para almacenaje y administración de los datos del perfil socio demográfico y educacional fue elaborada una planilla electrónica empleando el programa Microsoft Excel®, el banco de datos fue transportado para el programa StatisticalPackage for the Social Science (SPSS), versión 17.0, para proceder al análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y porcentuales.

La investigación se pautó en las directrices y normas nº466/12 del Consejo Nacional de Salud, siendo aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, bajo el parecer nº 104/11. Todos los participantes aceptaron voluntariamente adherir a la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

## RESULTADOS

Fueron entrevistados 19 profesionales, predominantemente del sexo femenino (89,5%). Tales profesionales tenían edad entre 29 y 57 años, siendo 63,2% de ellos

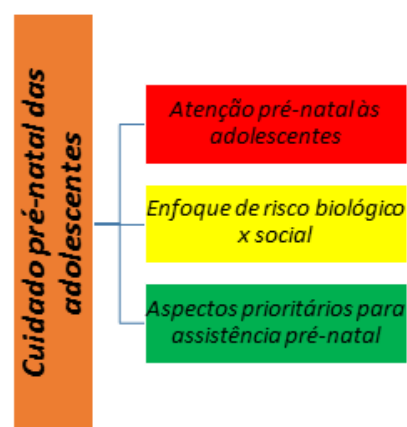
mayores de 35 años. En relación al estado civil, 57,9% eran casados y 73,7% tenían 1 o más hijos.

La formación universitaria ocurrió mayoritariamente en instituciones privadas de la región metropolitana de São Paulo (94,3%). En lo que se refiere al tiempo de formación, 21,1% tenían hasta 5 años; 52,6% entre 6 y 15 años y 26,3% tenían 16 años o más de graduación.

En relación a la pos-graduación *lato sensu*, apenas 15,8% no habían cursado. Los cursos realizados eran de áreas afines a la atención básica (71,4%) como: obstetricia, salud pública, salud de la familia, salud colectiva y acupuntura; 23,8% de los cursos eran afines al área hospitalaria: administración hospitalaria, cardiología, urgencia y emergencia, médico-quirúrgica y centro de terapia intensiva y, 4,7% volcadas a la enseñanza, docencia. Tratándose de pos-graduación *stricto sensu*, apenas un profesional cursó maestría en Atendimento a Pronto Socorro.

Según los años de actuación en la asistencia al pre-natal: 31,6% tenían hasta 6 años; 47,4% tenían de 6 a 10 años y 21% tenían de 11 a 18 años.

En las entrevistas realizadas con los enfermeros surgió la categoría: **Cuidado pre-natal de las adolescentes** con tres subcategorías (Figura 1).



**Figura 1.** Categoría y subcategorías. Coordinadora Regional de Salud Leste Cidade de São Paulo, 2013.

### Atención pre-natal a las adolescentes

Las mujeres con sospecha de embarazo que llegan al servicio son acogidas por un profesional de enfermería que hará los

encaminamientos y orientaciones conforme el resultado del examen. Una vez confirmado el embarazo, se inicia con el enfermero el calendario de consultas de la Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha, como es evidenciado en la conversación:

*En la primera consulta: ella hace el pronóstico [...]. Yo ya abro el SisPrenatal, pido los exámenes de rutina, hago las orientaciones necesarias, receto el ácido fólico y pido para ella marcar la próxima consulta. Hago el pedido para la tarjeta SPtrans, tenemos la agenda de la gestante que viene con todas las orientaciones [...]. Así es una buena consulta, porque prácticamente el tiempo que nosotros tenemos es de 20 minutos para atender cada gestante, pero acabamos llevando mucho más, 40, 50 minutos. Es porque el SisPrenatal es un formulario con muchos datos, no es simplemente llenar los datos de la gestante, verificar peso, altura, presión, tiene la parte de la orientación (Enfermera 12).*

El atendimento intercalado entre médico y enfermera, preconizado por el protocolo de la Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha, sucede apenas en las UBESF, ya en las UBS tradicionales, las enfermeras atienden a las gestantes solamente en la primera y/o última consulta de pre-natal, o aún, en cualquier imprevisto:

*Nuestra unidad es tradicional, entonces la gestante recibe la acogida, que es con nosotros. La consulta es con el obstetra mensualmente. Entonces, normalmente la gestante pasa en la primera y última consulta de pre-natal con el enfermero. No obstante en cualquier momento, que ella tenga cualquier duda el enfermero está aquí a disposición para poder elucidar esas dudas o mismo encaminar para que dé solución al problema relatado (Enfermera 1).*

Fue preguntado a las enfermeras, como estaba organizada la asistencia a la adolescente en los servicios:

*Nosotros centramos mucho en la gestante, pero no hay nada específico para las adolescentes (Enfermera 11).*

Se verificó que no hay diferencia. Todas las adolescentes gestantes son tratadas de la misma forma que aquellas en otros grupos de edad, aun cuando los sujetos del estudio afirmaban que el atendimento a las adolescentes era “diferencial”, estaban refiriéndose apenas a la escucha más atenta: *Para el pre-natal de las adolescentes, el diferencial es el cuidado mayor, más orientación, principalmente porque la mayoría viene sin acompañante, sin la madre, un adulto responsable, entonces somos nosotros que tenemos que dar, nosotros tenemos que orientar (Enfermera 4).*

Escuchar con mucha atención en el atendimento “diferencial” se preocupaba

principalmente con determinantes sociales y de vulnerabilidad, evidenciados por las palabras:

*(...) en la acogida la primera cosa que hacemos es estudiar cual es la situación de la adolescente si ella es de riesgo, si son hijas de padres separados, si son usuarias de drogas, entonces usted tiene que hacer toda una anamnesis, un histórico de ella (Enfermera 14).*

*Nosotros hacemos el test, si es positivo, ya damos seguimiento en el atendimento, caso no dé positivo ella es orientada para participar de los grupos de adolescentes, que son grupos educativos existentes en el puesto donde ella va a tener conocimiento de la problemática que implica el embarazo en la adolescencia (Enfermera 1).*

### Enfoque de riesgo biológico versus riesgo social

Las adolescentes menores de 16 años son encaminadas al pre-natal de alto riesgo, cuando es necesario, pero, ellas deben además, continuar el atendimento concomitante en la unidad de salud de referencia. Sin embargo, no son atendidas por las enfermeras, solamente por los médicos:

*(...) una adolescente menor de 16 años, nosotros tampoco acompañamos, ella es derivada al pre natal de riesgo, y con el médico de la unidad. El enfermero solo participa de orientaciones, pero él no atiende en consulta pre natal, por ser considerado un pre-natal de riesgo en adolescentes menores de 16 años (Enfermera 9).*

A lo largo de las entrevistas, pocas enfermeras comentaron específicamente sobre cuáles son los criterios que clasificaban la adolescente como una gestante de riesgo y por eso era encaminada al pre-natal especializado, sin embargo, hubo una enfermera que consideró el riesgo gestacional en sus palabras:

*Por la precocidad ella no alcanzó la plenitud de la madurez y de repente el organismo de ella va a tener que funcionar como si ya la hubiese alcanzado, eso impone algunas alteraciones. Riesgo de desarrollar una hipertensión específica de la gestación, una diabetes gestacional, en fin diversos factores que podrán desencadenar, nosotros siempre estamos alertando (Enfermera 1).*

El riesgo social también forma parte de las palabras de las enfermeras:

*No se genera un hijo, se genera un problema social (Enfermera 5).*

*Aquí es un área de riesgo social también, hay un gran número de evasión escolar, alto número de usuarios de droga, y hay mucho traficante también, qué sucede? A veces, ellas ven en esas personas, una chance de escapar, porque a veces ella está allá adentro de casa, viven en un cuarto o dos, con el padre, la madre y diez hermanos, todo el mundo pasando hambre. Ahí viene un tipo, supuestamente un bandido y le dice que va a tener*

dinero, que la va a sacar de aquella situación, cuál es la manera de ella hacer eso? Quedando embarazada. Entonces, así nosotros vemos que es una ilusión que ellas tienen de una expectativa mejor de vida, ellas no paran para pensar que va a ser una persona más para mantener, que va a quedar uno más dentro de la casa de la madre (Enfermera 13).

### Aspectos prioritarios en la asistencia a la adolescente embarazada

Cuando se les preguntó sobre lo que consideraban como prioritario para la asistencia pre-natal de las adolescentes, las enfermeras informaron diversos elementos, como: repetir varias veces las orientaciones para grabar; mantener diálogo abierto y sin juicios para apoyar, acoger y crear vínculo; oír con empatía todo lo que tienen para contar aunque no se relacione al embarazo.

Los profesionales reconocen la importancia de soporte para la adolescente en todo el ciclo embarazo, parto y puerperio. Se puede ejemplificar esa constatación por medio de las siguientes palabras:

*Yo considero el apoyo, el apoyo psicológico, porque yo creo que en la adolescencia un gran problema es la cuestión psicológica, ellas no tienen mucha noción de lo que es la gestación, mientras ellas están embarazadas, ellas aún están hallando que es un juego; creo que es muy importante tener ese acompañamiento y la atención, principalmente en el puerperio, porque después en el puerperio hay un gran riesgo de que esa adolescente rechace la criatura (Enfermera 13).*

Otra prioridad es la asistencia diferenciada, enfocada para las adolescentes y con miras al establecimiento de vínculo y adhesión al pre-natal. La demanda es diferente y los enfermeros precisan adaptarse a eso:

*Nosotros deberíamos mantener una mirada diferenciada para la adolescente, o tener una demanda libre, que ella pudiese tener esa condición de venir a la hora que ella pudiese, hasta en la cuestión del grupo, podría tener un grupo diferenciado, porque así, todas son gestantes, nosotros no separamos, entonces, yo creo que podríamos pensar en una asistencia diferenciada (Enfermera 5).*

*El acoger es la primera cosa que no puede faltar. Usted precisa conocer a la familia de esa adolescente, en qué contexto ella está insertada, porque a partir de la hora que usted conoce su realidad es más fácil acompañar y hasta mismo si hubiera necesidad, nosotros vamos a abordar a la familia, principalmente a la madre (Enfermera 18).*

El modelo de atención a la salud con visión reduccionista, curativista y centrado en los aspectos biológicos impregnó algunos discursos:

*(...) y después así nosotros vamos cerrando el cerco con las cuestiones ginecológicas, de secreciones, en la búsqueda de estreptococos B. Prioridad es ver la situación del feto, si el corazón está latiendo, si no está, ultrasonografía, si está formado, si no está, y después nosotros comenzamos a ver la parte odontológica de ella y por ahí va (Enfermera 05).*

De manera general, las enfermeras no consiguieron trazar una única prioridad y alegaron que toda la asistencia es importante para el atendimento a la adolescente embarazada:

*Yo creo que todo. Porque yo no creo que tenga una cosa más prioritaria que otra; hablar sobre amamentación, hablar sobre un método (...) no hay una cosa prioritaria. Y específico para la adolescente es el trabajo psicológico después que nace, porque el embarazo creo que es lo de menos, lo peor es después de nacer (Enfermera 8).*

### **DISCUSIÓN**

En la realización del pre-natal, la enfermera y los demás profesionales pueden desarrollar actividades educativas, captación precoz de gestantes, estímulo al parto normal, solicitud de exámenes, evaluación del estado nutricional, prevención y tratamiento, clasificación de riesgo, realización de anamnesis, examen físico, entre otros<sup>12</sup>.

Lo que se puede constatar con la entrevista referente a la primera consulta de la gestante adolescente es el bombardeo de informaciones y cuestionamientos, posible miedo, puede ser un gran y tal vez asustadora investigación judicial, con solicitudes de exámenes, prescripciones de vitaminas, solicitud de transportes, pero además de la constatación del embarazo, la adolescente vivirá un proceso de internación.

La consulta de pre-natal, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MS), se constituye como un conjunto de procedimientos clínicos y educativos con la intención de promover la salud e identificar precozmente los problemas que puedan resultar en riesgo para la salud de la gestante y el concepto<sup>12,13</sup>.

Esa consulta puede ser realizada por la partera y/o enfermera obstétrica y/o médico obstetra, y también por el enfermero o médico de familia, es compuesta de acciones simples, donde el profesional presta asistencia de promoción y prevención a la salud de la mujer y del recién-nacido.

Cuando se piensa en la cuestión de la acogida, se puede observar una serie de

dificultades, no solo en el propio ejercicio profesional para con la gestante, sino en el entendimiento que se tiene del significado del término “acogida”.

Para el MS, acoger es aceptar, escuchar, crear, abrigar, recibir, atender, admitir, o sea, la acogida es una acción de aproximación, un “estar con” y un “estar cerca de”, una actitud de inclusión<sup>14,15</sup>.

Todo lugar donde ocurre un encuentro referente al trabajo de salud, genera una relación profesional/usuario, donde se producen relaciones de escucha y responsabilidad, del cual se constituyen vínculos y compromisos en proyectos de intervención<sup>16</sup>.

La acogida en las prácticas de producción de salud está presente en todas las relaciones y encuentros con los pacientes, mismo cuando cuidamos poco de él<sup>14</sup>. Sin embargo, en el estudio aquí presentado parece haber sido difícil verificar acogida en las prácticas cotidianas. Ya que, se observó en la relación entre profesional/gestante, una acogida bien poco o nada a lo propuesto por el MS en las palabras de las enfermeras entrevistadas. En esa observación, la acogida a la gestante adolescente, que debería ser singular y específica a las atribuciones de su edad, se puede agravar porque la adolescente que aún no alcanzó la madurez puede comenzar a ser tratada como una mujer madura o en proceso de madurez debido a la maternidad.

Para entender la situación y prestar el cuidado a la gestante, se debe tener como objetivo, comprender la subjetividad de esa adolescente, percibir sus dimensiones humanas, tratar de la salud de forma integral, englobar el proceso del cuidar para promover, mantener y/o recuperar la dignidad y la totalidad humana<sup>17</sup>. El cuidado es entendido como acción que va más allá de procedimientos técnicos, pues engloba implicación y compromiso con el otro y se vuelve por eso, una acción humanizada, que reconoce al usuario como sujeto y participante activo en el proceso de producción de salud<sup>7</sup>.

Fue posible observar que las palabras de las enfermeras estaban arraigadas de juicios

morales y preconceptos, lo que muy probablemente influye en la asistencia prestada a esa adolescente a lo largo del pre-natal. Un estudio<sup>18</sup>, verificó que entre los enfermeros entrevistados acerca de la asistencia pre-natal a la adolescente, los juicios de valores estuvieron presentes como: “apenas nacen ya están teniendo relación sexual y ya están manteniendo relaciones sexuales” o “esas niñas, porque quince, catorce, dieciséis años, se embarazan por descuido mismo”.

Llamar a la adolescente de niña, de descuidada, de precoz, puede ser entendido como ofensas y juicios. Eso influye negativamente la asistencia profesional, además de eso los juicios en la mayoría de las veces ya fueron reforzados por los amigos y por los familiares.

Otros estudios<sup>19,20</sup> comparten de la misma teoría, de que la actuación profesional volcada para la salud materna, requiere la satisfacción de la usuaria, principalmente en relación a los profesionales, una conducta de respeto y atención, sin juicios previos, proporcionando un embarazo más saludable, considerando que ésta es una fase, en que las modificaciones físicas y psíquicas, la dejan más vulnerable y fragilizada.

Para eso, se recomienda utilizar estrategias, como la escucha abierta, sin juicios y sin preconceptos, además del diálogo franco, permitiendo a la mujer hablar de su intimidad con seguridad, expresando sus dudas y necesidades, posibilitando así el establecimiento del vínculo profesional-cliente<sup>19</sup>.

Sobre el enfoque de riesgo biológico y riesgo social, el Ministerio de Salud<sup>12</sup> publicó un Cuaderno de Atención Básica, denominado “Atención al pre-natal de bajo riesgo”, que tiene como objetivo orientar el atendimento de acuerdo con las evidencias más actuales, con la intención de realizar una práctica humanizada e integral, garantizando más acceso y calidad.

En la parte referente al pre-natal, hay una clasificación de riesgo gestacional, estando la indicación de factores de riesgo que permiten la realización del pre-natal por el equipo de atención básica; los que pueden

encaminar al pre-natal de riesgo y los que indican encaminar a urgencia/ emergencia obstétrica.

En relación a los factores de riesgo que permiten la realización del pre-natal por el equipo de atención básica, están los relacionados a las características individuales y a las condiciones sociodemográficas desfavorables. Se destaca la atención para la edad menor de 15 años; la situación familiar insegura y la no aceptación del embarazo, principalmente tratándose de adolescente<sup>12</sup>.

Sin embargo, se enfatiza que las adolescentes embarazadas no poseen mayor riesgo clínico y obstétrico en relación a las grávidas de otros grupos de edad, solo por el hecho de ser adolescentes. Una asistencia pre-natal adecuada es fundamental para garantizar el bajo riesgo. Sin embargo, es necesario estar atento a las embarazadas del grupo de edad entre 10 y 14 años, pues presentan mayores riesgos materno-fetales. Mientras tanto, cuando ellas reciben atención calificada, los resultados se aproximan de aquellos de la población en general<sup>12</sup>.

Mismo el MS considerando un factor de riesgo gestacional el embarazo entre adolescentes de 10 a 14 años (que pueden ser minimizados con atención cualificada), se nota un avance en relación al abordaje realizado. Por ejemplo, en el manual de pre-natal publicado en el año de 2000, no hacía ninguna corrección a la atención ofrecida a la adolescente<sup>21</sup>.

Frente a esto, se considera importante resaltar, que aún el MS trayendo consideraciones importantes relacionadas a la asistencia a la embarazada adolescente, el protocolo en vigor del municipio de São Paulo, aún caracteriza la gestación en adolescentes menores de 16 años como siendo de riesgo. Consecuentemente, las enfermeras no pueden realizar ese atendimiento, como se verifica en las palabras de esas profesionales.

En relación a los riesgos de muerte materna, 50% de los óbitos están relacionados con causas obstétricas directas, como son complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Causadas por intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto, estas son prevenidas con un

acompañamiento de pre-natal adecuado, para un mayor conocimiento del estado de salud de la gestante y del desarrollo de la gestación, no excluyendo las medidas educativas y de planificación familiar<sup>22</sup>.

Al tratarse de los riesgos biológicos de las adolescentes, no hay evidencias que comprueben evolución obstétrica desfavorable relacionada con el único factor de poca edad materna. Las situaciones de riesgo biológico más frecuentes, entre las adolescentes muy jóvenes, son la hipertensión gestacional, prematuridad y bajo peso neonatal, que están relacionadas no solo con la edad materna, sino también a las condiciones psicosociales inadecuadas, y a la calidad de la asistencia pre-natal y del parto<sup>23</sup>.

En otro estudio<sup>24</sup> donde, el pre-natal inadecuado contribuyó, significativamente, para el aumento del riesgo gestacional en adolescentes, como por ejemplo, mayor prematuridad, mayor riesgo para bajo peso al nacer, *apgar* de quinto minuto menor que siete, entre otros.

Actualmente se cree que una asistencia de calidad resolvería o minimizaría el riesgo biológico, dado que uno de los principales objetivos de la atención pre-natal es exactamente la identificación de los factores que podrían colocar el binomio bajo un mayor riesgo de un resultado adverso, así como intervenir para evitar iatrogenias<sup>25</sup>.

La situación de desigualdad social, política y económica encontrada en Brasil tiene influencia directa en la dinámica familiar y en el no aumento del número de niños y adolescentes en situación de riesgo social y personal. En ese contexto, el embarazo en la adolescencia ha sido tradicionalmente tratada como un problema de salud pública, a pesar de diferentes estudios le atribuyen significados positivos para vivir la maternidad a partir de la perspectiva de las adolescentes<sup>23,26</sup>.

Esos riesgos no médicos que implican a adolescentes pueden ser: necesidad de ayuda financiera, problemas de vivienda, tensión entre los familiares acerca del embarazo no planificado, el miedo y la falla en asumir responsabilidades y sus funciones de adolescente y de madre, los hábitos de vida (fumar, alcohol, drogas), construir una nueva



conformación familiar estable, de auto estructurarse y criar sus hijos con salud. Y mismo después de la gestación, la necesidad de ayuda financiera y física para el cuidado con el hijo permanece, dado que la adolescente normalmente no posee aval del compañero o él también es adolescente y los dos no pueden asumir los gastos y cuidados totales del niño<sup>23,26</sup>.

Eso confirma que al propiciar el cuidado pre-natal (mantener vínculo e identificar dificultades) así como, acompañamiento puerperal en la UBS puede evitar muertes maternas si la asistencia fuese de calidad. En ese sentido, se fomenta la ventaja y la importancia de las visitas domiciliarias en el puerperio y de la Estrategia de Salud de la Familia, implementada en algunas unidades de salud de la ciudad de São Paulo.

En la ESF, la familia debe ser entendida de forma integral y en su espacio social y para entender a la persona debe ser analizado el contexto socio-económico y cultural, reconocerla como sujeto social portadora de autonomía, y corroborar qué pasa en la familia que ocurren interacciones y conflictos que influyen directamente en la salud de las personas. Así el foco del cuidado, debe estar en ayudar y en capacitar a la familia, de forma que ella pueda atender a las necesidades de sus miembros, especialmente en relación al proceso salud-enfermedad, movilizando recursos, promoviendo apoyo mutuo y crecimiento<sup>27</sup>.

Sabiendo de eso, una crítica sobre la práctica de las enfermeras en el programa es que ellas creen estar cuidando de la familia aún cuando su proceso de trabajo no se diferencia de aquél adoptado en la asistencia al individuo, o sea, están prestando asistencia al individuo que tiene familiares y no la asistencia a la familia bajo el aspecto de unidad de cuidado<sup>27</sup>.

Ya un estudio comparativo de Unidad Básica Tradicional y Unidad Básica de Estrategia de Salud de la Familia, en los diferentes estratos de exclusión social, mostró que para los usuarios el índice de atención básica, en general, la UBESF fue superior a la UBS tradicional, mientras para los

profesionales y gestores ese índice no reveló diferencias relevantes<sup>28,29</sup>.

El período pre-natal es un momento de gran expectativa y de preparación biológica y psicológica para el parto y para la maternidad. La enfermera, durante el pre-natal, busca contribuir para la promoción de la salud del binomio, a través de informaciones y reflexiones en cuanto a la experiencia de la maternidad, los cambios del cuerpo, la adopción de prácticas para manutención de la salud y cambios de hábitos para solucionar problemas ocasionados por la gestación.

Después de intensas discusiones y reflexiones sobre la asistencia a la mujer en el pre-natal, un consenso sobre la mayor receptividad de las gestantes a las estrategias de atención a la salud refuerza la participación efectiva de la mujer en el pre-natal que posibilita la adquisición de nuevos conocimientos, amplía su percepción corporal para su capacidad de gestar, parir y ser madre<sup>7,30</sup>.

Es interesante pensar que algunos aspectos citados como prioritarios, también fueron señalados como dificultades en la asistencia. Eso posibilita deducir que, a pesar de la dificultad que las enfermeras tienen en dar atención, apoyar, acoger la demanda que hay diariamente en esas unidades, posturas como éstas se vuelven fundamentales para las adolescentes, las cuales se sienten acogidas y cuidadas, y proporciona una mayor adhesión al pre-natal, según la percepción de algunas enfermeras.

La asistencia a la gestante adolescente debe ocurrir a través de acciones que buscan mejorar el acceso de esas mujeres a los servicios de salud contando con profesionales capacitados continuamente, para atender esas necesidades específicas de ese grupo de edad. En las Unidades de Salud, es necesario que sean hechas intervenciones educativas multidisciplinares para adolescentes, no de forma fragmentada y que valore lo biológico, sino buscando un cuidado holístico, volcado para las necesidades biopsicosociales<sup>24,27,31</sup>.

Al valorizar los aspectos relacionales, las gestantes consideran que la atención debe ser volcada para un abordaje que las perciba en su totalidad, enfatizando la necesidad de mayor



vínculo con los profesionales de salud. En esta perspectiva, caminos pueden ser trazados rumbo a la reformulación del sistema de salud hegemónico y vigente, de modo a volverlo, quizás, más orientado para el amparo de los diferentes sujetos que componen la (compleja) realidad en pro de un cuidado en salud más humanizado y solidario<sup>32</sup>.

Una investigación con adolescentes gestantes abordó las especificidades distintas en relación a las gestantes adultas, teniendo el médico y enfermero papeles fundamentales en una asistencia singular y diferenciada. Esos profesionales como miembros de la red de apoyo a la mujer, precisan comprender los cambios físicos, emocionales y sociales vividos por la adolescente, así como los recursos que las mismas disponen y cuáles son sus formas de enfrentamiento a estas situaciones. De esa forma, la atención prenatal realizada a la adolescente embarazada debe ser “diferenciada” y personalizada en virtud de las características propias de este grupo<sup>33</sup>.

La relación entre el profesional de salud y adolescente debe ser trabajada, para que haya cambios en los saberes pre-establecidos y de pre-conceptos. Al hacer eso, los profesionales pueden reflexionar y encontrar una forma de comportarse en relación a la adolescente, propiciar participación y conceder informaciones, además de poder ofrecer escuchar y atención a la adolescente<sup>33</sup>.

La maternidad en la adolescencia entonces, no es solo un acto biológico-reproductivo, sino un proceso social que afecta significativamente las relaciones entre hombre, mujer y miembros familiares, definiendo nuevas identidades sociales. De esa manera, se debe tener una mirada enfocada para más allá de las cuestiones físicos biológicos, una visión holística, centrada en el respeto y aceptación de la gestante adolescente, para que la acción humanizada pueda abarcar todos los conceptos<sup>34</sup>.

## CONCLUSIÓN

El estudio permitió la reflexión acerca del cuidado humanizado y de la postura adoptada por las enfermeras frente al cuidado pre-natal de las adolescentes.

Se percibe que la gestante adolescente no recibe, en su totalidad, una atención específica y dirigida, que atienda las necesidades singulares de su grupo de edad y condición de gestación.

En relación a las características profesionales de las enfermeras que prestan asistencia pre-natal, pocas poseían especialización en áreas afines a la APS, en la cual, la mayoría no era especializada. Factor que puede impactar fuertemente a la asistencia, en lo que se refiere a la falta de preparación específica y de cualificación profesional.

Los profesionales reconocieron fragilidades en el atendimento a la gestante adolescente y listaron algunas dificultades, entre las cuales, la falta de preparación en la formación para esa actuación, cuestiones sociodemográficas y culturales y, aquellas relacionadas a las políticas de salud.

Es extremadamente necesaria la implementación de políticas públicas dirigidas a las gestantes adolescentes en los servicios, así como, invertir en la capacitación/sensibilización del profesional de enfermería para la asistencia a la adolescente, promoviendo cambios en la estructura asistencial con equipos interdisciplinarios y multiprofesionales, para un cuidado dirigido y eficiente.

Se entiende, de esa manera, que es necesario realizar acciones que busquen la asistencia integral a las adolescentes, no apenas en el período gestación-puerperio. Para eso, es fundamental acogida, fortalecimiento de los lazos entre profesionales y usuarias, resolución de los profesionales, discusiones permanentes y capacitación permanente del equipo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva: WHO; 2006. 31p.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Mandú ENT. Adolescência: o cuidar nessa fase do ciclo vital. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadores. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri: Manole; 2007. p.190-210.

4. Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ACD'A. Gestões sucessivas na adolescência. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* [Internet]. 2007 [citado em 30 mar 2017]; 17(1):165-72. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822007000100017&lng=pt&nrm=is&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100017&lng=pt&nrm=is&tlng=pt).
5. World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. Making pregnancy safer: a newsletter of worldwide activity [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado em 30 mar 2017]. 8 p. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/newsletter/mps\\_newsletter\\_issue4.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newsletter/mps_newsletter_issue4.pdf).
6. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo (Estado), Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP; 2010, 234p.
7. Parenti PW, Silva LCFP, Melo CRM, Clapis MJ. Cuidado pré-natal às adolescentes: competências das enfermeiras. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 30 mar 2017]; 26(12):498-509. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6534>.
8. Governo do Estado de São Paulo, São Paulo (Estado). Lei nº 14.544, de 14 de setembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa “Rede de Proteção à Mãe Paulista”, e dá outras providências [Internet]. D.O.E-SP., São Paulo, 15 set 2011 [citado em 30 mar 2017]. Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/ae9f9e0701e533aa032572e6006cf5fd/3a56959eff3d623f8325790d004dad6b?OpenDocument>
9. Prefeitura de São Paulo (Município). Decreto nº46.966, de 02 fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo [Internet]. São Paulo, Secretaria do Governo Municipal; 2006. Disponível em: [http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D%20469660000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D%20469660000).
10. Ministério de Saúde (Br). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 27 jun 2011 [citado em 30 mar 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 7ed. São Paulo: Almedina; 2011. 229p.
12. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 32)
13. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção humanizada e qualificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 163p.
14. Ministério da Saúde (Br), Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.28).
15. Ministério da Saúde (Br), Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
16. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado em 30 mar 2017]; 39(105):514-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>
17. Reis ABF, Silva JLL, Andrade M. Assistência das adolescentes gestantes na estratégia de saúde da família. Informe-se em Promoção da Saúde [Internet]. 2009 [citado em 30 mar 2017]; 5(2):23-5 Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/adolescentes%20gestantes8.pdf>
18. Santos DR, Maraschin MS, Caldeira S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2007 [citado em 30 mar 2017]; 6(4):479-85 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3684>.
19. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 02 mar 2017]; 28(4):789-800. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
20. Guanabens MFG, Gomes AM, Mata ME, Reis ZSN. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. *Rev Bras Educ Méd.* [Internet]. 2012 [citado em 30 mar 2017]; 36(1, Supl2):20-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf>.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Manual técnico de assistência pré-natal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. 66p.
22. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2012 [citado em 30 mar 2017]; 34(8):347-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>.

23. Oliveira M, Coimbra V, Pereira A. Complicações na gravidez adolescente em situação de risco social. *Rev E-Psi*. [Internet]. 2015 [citado en 30 mar 2017]; 5(2):35-50. Disponible en: <https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume2-Artigo3.pdf>.
24. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2010 [citado en 30 mar 2017]; 14(2):338-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200018>
25. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
26. Araújo RLD, Rodrigues ES, Oliveira GG, Sousa KMO. Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. *Temas Saúde* [Internet]. 2016 [citado en 30 mar 2017]; 16(2):567-87. Disponible en: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16231.pdf>
27. Deprá AS, Heck RM, Thum M, Ceolin T, Vanini M, Lopes CV, et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. *Rev Enferm Cent-Oest Min*. 2011; (1):59-69.
28. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCGóis, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2006 [citado en 02 mar 2017]; 11(3):633-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
29. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima ÂMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado en 02 mar 2017]; 24(Suppl 1):s148-s58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.
30. Teixeira IR, Amaral RMS, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao pré natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *e-Scientia* [Internet]. 2010 [citado en 30 mar 2017]; 3(2):26-31. Disponible en: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166>.
31. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de ginecologia infante juvenil*. São Paulo: FEBRASGO; 2014. 182p.
32. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2014 [citado en 02 mar 2017]; 22(1):108-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3035.2390>.
33. Buendgens BB, Zampieri MFM. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2012 [citado en 02 mar 2017]; 16(1):64-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>.
34. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2008 [citado en 02 mar 2017]; 42(2):312-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>

**CONTRIBUCIONES**

Todas las autoras hicieron iguales contribuciones.

**Cómo citar este artículo (Vancouver)**

Parenti PW, Silva LCFP, Sola EPS, Venâncio KCP, Ferreira FM, Camargo JCS. Experiencias de enfermeras de la atención primaria a la salud en el atendimento pre-natal de adolescentes. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 6(1):72-82. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

**Cómo citar este artículo (ABNT)**

PARENTI, P. W. et al. Experiencias de enfermeras de la atención primaria a la salud en el atendimento pre-natal de adolescentes. *REFACS*, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 72-82, 2018. Disponible en: *<link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

**Cómo citar este artículo (APA)**

Parenti, P. W., Silva, L. C. F. P., Sola, E. P. S., Venâncio, K. C. P. M., Ferreira, F. M. & Camargo, J. C. S. (2018). Experiencias de enfermeras de la atención primaria a la salud en el atendimento pre-natal de adolescentes. *REFACS*, 6(1), 72-82. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso* de *insertar link de acceso*.