

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE MESTRADO EM HEBIATRIA

MARIA LÚCIA MENEZES FROTA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO, PARTO E RECÉM-NASCIDO DE
MÃES ADOLESCENTES DO RECIFE: UM ESTUDO COM RECORTE DE COR**

CAMARAGIBE

2007

MARIA LÚCIA MENEZES FROTA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO, PARTO E RECÉM-NASCIDO DE
MÃES ADOLESCENTES DO RECIFE: UM ESTUDO COM RECORTE DE COR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Hebiatria.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kalina Vanderlei Paiva da Silva.

CAMARAGIBE

2007

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

F941a Frota, Maria Lúcia Menezes

Avaliação das condições de gestação, parto e recém-nascido de mães adolescentes do Recife: um estudo com recorte de cor/Maria Lúcia Menezes Frota; orientadora: Kalina Vanderley Paiva da Silva. - Camaragibe, 2007.

129f.: il. -

Dissertação (mestrado) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2007.

1 GRAVIDEZ NA ADOLÊSCENCIA 2 CUIDADO PRÉ-NATAL 3 POLÍTICA SOCIAL 4 GRUPOS ÉTNICOS 5 COMPORTAMENTO SEXUAL 6 MEDICINA DO ADOLESCENTE I Silva, Kalina Vanderlei Paiva da (orient.) II Título

CDD 17th ed.– 301.431 5
Manoel Paranhos – CRB4/1384

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que possam se utilizar dela para compreender a realidade de adolescentes brasileiros, comprometendo-se a ajudar-lhes na conquista de alternativas para uma vida digna e justa. E em especial à minha mãe, Dilma Menezes, de onde partiu todo o exemplo de que a ciência se presta ao Homem, de que o conhecimento promovido no âmbito das Universidades já não pode permanecer cercado pelos muros das Instituições, mas precisa se concretizar em resposta aos anseios da sociedade.

AGRADECIMENTOS

O meu bom amigo e generoso DEUS, pela força, saúde, inteligência e disposição que me deu para enfrentar toda a luta por essa conquista.

A minha família, que me dispensou toda rede de apoio para que eu seguisse firme no propósito de ser mulher, mãe, profissional e estudante, tudo junto, nessa caminhada de mestranda.

A minha mãe, Dilma Menezes, pelo incentivo, preocupação, compreensão, apoio, companhia, e sua amorosa paciência.

A meu irmão, Marcos Menezes, pela paciência com que me ajudou a vencer as dificuldades.

As minhas filhas, Thais e Nicole, que sem escolha colaboraram, silenciosamente, com meus momentos de estudo e concentração. A vocês eu agradeço e também peço perdão.

A minha amiga Suely Peixoto, pela mão amiga nas horas difíceis, que tantas vezes deixou meu fardo mais leve ao longo da caminhada.

A Zuleide, pelo apoio junto às minhas filhas, nas muitas vezes em que precisei estar ausente.

A minha orientadora, Prof^a Kalina Vanderlei, pela inestimável ajuda, com tantas idéias e sugestões, no decorrer do curso e da realização deste trabalho.

A minha amiga Zélia, que tanto me ajudou nos momentos em que o tempo era pequeno para tantas tarefas.

As minhas queridas amigas e residentes, Evânia e Marcela, vocês foram fundamentais no progresso durante o mestrado.

A todos os meus professores do curso, que tanto me ensinaram.

A minha amiga Edilene, por todos os momentos que me ajudou a encarar, com mais humor, os bons e os ruins momentos do Curso.

A meus amigos, Maria Beatriz Araújo, Suely Corrêa, Helenice Maciel, Augusto Barreto Neto e Renato Vieira, pela constante disponibilização em me ajudar.

Aos meus colegas da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, pela compreensão e ajuda em todos esses meses de mestrado.

A todas as adolescentes que contribuíram com a realização desse estudo.

A todos os familiares e amigos que, mesmo indiretamente, estiveram sempre torcendo, acreditando e rezando para que eu tivesse uma trajetória repleta de êxito.

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele ou por sua origem, ou por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender; e se elas podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar, pois o amor chega mais naturalmente ao coração humano do que o seu oposto. A bondade humana é uma chama que pode ser oculta, jamais extinta.”

Nelson Mandela

RESUMO

FROTA, M. L. M. **Avaliação das condições de gestação, parto e recém-nascido de mães adolescentes do Recife: um estudo com recorte de cor.** 2007 130f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, 2007.

RESUMO

Este estudo transversal, objetivou analisar o perfil clínico-epidemiológico e a adequação do processo de assistência ao pré-natal de adolescentes atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife-PE, procedendo a um recorte de cor como fio condutor de análise. Os dados foram coletados em seis maternidades públicas, no período de novembro e dezembro de 2006. A população foi constituída por puérperas adolescentes, os 10 aos 19anos. A amostra foi calculada a partir da média de nascidos vivos de adolescentes recifenses nos anos de 2000 a 2005, tendo sido composta por 390 sujeitos. A avaliação do pré-natal foi realizada com base nas recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde e a classificação racial conforme os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco. Os resultados mostraram que a maioria das mães adolescentes tinha entre 15 e 19 anos (92,6%), era negra (75,6%), com rendimento familiar de até um salário mínimo (67,4%), vivendo em situação de conjugalidade (65,9%) e com baixa escolarização (60,2%). Os dados revelaram associação estatística entre a cor e as características sócio-demográficas, ocorrendo participação maior de negras entre aquelas que relataram idade inferior a 15 anos ($p=0,048$), escolarização ($p=0,011$) e renda ($p=0,023$) mais baixa e referiram ser solteiras ou separadas ($p=0,010$). As negras também relataram mais dificuldade de acesso a serviços de saúde (13,8% x 9,4%). A violência física e sexual atingiu 18% das entrevistadas e a violência psicológica vitimou especialmente as negras ($p=0,018$). No comportamento social observou-se o consumo de bebidas alcoólicas (27,9%), o hábito de fumar(12,0%) e o uso de drogas ilícitas durante a gestação (6,6%). Houve predomínio do relato de negras ($p=0,046$) entre as adolescentes que se declararam usuárias de drogas. A análise do comportamento sexual e reprodutivo demonstrou ocorrência de menarca por volta dos 10 aos 12 anos (60,0%), sexarca antes dos 15 anos de idade (70,4%) e não utilização de contraceptivos (54,1%). A maioria estava vivenciando a primeira gestação (68,7%), ocorrida sem planejamento (73,1%). Para 54% das adolescentes a assistência pré-natal foi classificada como adequada ou superior. Foram observadas desigualdades na avaliação do pré-natal. Em todos os índices analisados houve uma menor frequência de padrões de adequação para o grupo formado por negras. As patologias identificadas na gestação foram anemia (56,9%), doença sexualmente transmissível (40,7%) e infecção urinária (38,2%), hipertensão arterial (21,5%), ameaça de parto prematuro (17,9%) e diabetes gestacional (2,3%). A hipertensão prevaleceu entre as negras ($p=0,023$). A maioria das adolescentes teve parto normal (55,6%). A análise dos desfechos para o recém-nascido demonstrou ocorrência de prematuros (34,8%) e de baixo peso ao nascer (26,2%). Predominaram os indicadores de risco sociais e demográficos. A combinação dos indicadores apresentou prevalência maior ($p= 0,033$) entre adolescentes negras.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, política social, cuidado pré-natal, grupos étnicos e comportamento sexual.

ABSTRACT

FROTA, M. L. M. **Assessment of pregnancy, childbirth and newborn baby conditions, from teenage mothers in Recife:** a study with a color analysis. 2007. 130p. Dissertação - (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, 2007.

This cross-sectional study focused on analyzing the clinical and epidemiological profile and the prenatal assistance process adequacy of adolescents attended in the public maternities in the city of Recife-PE, a study with a color analysis. The data was collected in six public maternities, from November to December of 2006. The population was formed by adolescent from 10 to 19 years old, short after delivery. The sample was calculated based on the average of successful births from 2000 to 2005, having been composed for 390 adolescents. The prenatal evaluation was based on the Brazilian Health Department Prenatal and Childbirth Humanization Program recommendations and the racial classification according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics standards. The study was approved by the Ethic in Research Committee from the University of Pernambuco. The results showed that the majority of adolescent mothers were between 15 and 19 years of age (92.6%), were black (75.6%) and had household income up to one minimum wage (67.4%), being married or living together (65.9%) and with low education background (60.2%). The data showed statistic association between color and social-demographic characteristics, with a higher number of blacks among those below 15 years old ($p=0,048$), and lower education ($p=0,011$) and income ($p=0,023$) rates and claimed to be single or separated ($p=0,010$). Blacks also claimed to have more difficulty to obtain health services (13.8% x 9.4%). Physical and sexual violence rates reached 18% and psychological violence specially victimized blacks ($p=0,018$). In the social behavior, alcohol consumption (27.9%), smoking (12.0%) and drug use during pregnancy stood out (6.6%). Blacks predominately claimed to use drugs ($p=0.046$). Sexual and reproductive behavior analyses demonstrated occurrence of menarche around 10 and 12 years of age (60.0%) and first sexual intercourse before 15 years of age (70.4%) and non use of contraceptives (54.1%). The majority was going through the first pregnancy (68.7%), occurring without planning (73.1%). To 54% of the adolescents, the prenatal assistance was classified as adequate or superior. Irregular prenatal evaluation was observed. There was a lower occurrence of adequacy standards in all rates analyzed among blacks. The pathologies identified during pregnancy were anemia (56.9%), sexual transmissible diseases (40.7%), urinary infection (38.2%), high blood pressure (21.5%), premature delivery threat (17.9%) and pregnancy diabetes (2.3%). High blood pressure prevailed among blacks ($P=0.023$). The majority of adolescents had normal delivery (55.6%). The newborn outcome analyses demonstrated occurrence of prematures (34.8%) and low birth weight (26.2%). Social and demographic risk indexes prevailed. Combination of indexes showed higher occurrence ($p=0.033$) among black adolescents.

Keywords: teenage pregnancy, social politics, prenatal care, ethnic groups, sexual behavior.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das maternidades que prestam assistência a usuárias do SUS, de acordo com a categoria de atendimento em relação ao indicador de risco. Recife, 2006.-----	50
Quadro 2	Distribuição da freqüência de nascidos vivos de adolescentes recifenses nas maternidades do Recife, 2006.-----	51
Quadro 3	Apresentação do quantitativo de prováveis sujeitos em cada unidade de saúde de alto risco. Recife, 2006. -----	53
Quadro 4	Apresentação do quantitativo de prováveis sujeitos em cada unidade de saúde de baixo risco. Recife, 2006. -----	54
Quadro 5	Classificação da adequação da assistência ao pré-natal e os critérios de Enquadramento. Recife, 2006.-----	55
Quadro 6	Categorização das variáveis de indicação do risco obstétrico e dos desfechos da gestação, com seus respectivos critérios de enquadramento. Recife, 2006.--	56
Quadro 7	Categorização das variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das adolescentes: faixa etária, quesito cor, escolaridade da adolescente e de sua mãe/responsável. Recife, 2006.-----	57
Quadro 8	Categorização das variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das de adolescentes: rede de apoio familiar, condição econômica, acesso a serviços saúde pública, hábitos e vícios. Recife, 2006.-----	58
Quadro 9	Categorização das variáveis: exposição a situações de violência e consumo Substâncias tóxicas. Recife, 2006.-----	58
Quadro 10	Categorização das variáveis relacionadas ao comportamento sexual e Reprodutivo das adolescentes. Recife, 2006.-----	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor. Recife, 2006. -----	65
Gráfico 2	Distribuição do primeiro grupo de variáveis de avaliação do pré-natal segundo a cor. Recife, 2006.-----	72
Gráfico 3	Distribuição do segundo grupo de variáveis de avaliação do pré-natal, segundo a cor. Recife, 2006. -----	73
Gráfico 4	Distribuição das adolescentes segundo a cor e a combinação de indicadores de risco obstétrico. Recife, 2006.-----	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das adolescentes segundo a cor e as características demográficas Recife, 2006.-----	66
Tabela 2	Avaliação das adolescentes segundo a cor e as características sociais. Recife, 2006.-----	67
Tabela 3	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e o consumo de Substâncias tóxicas. Recife, 2006.-----	69
-		
Tabela 4	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e as condições de saúde relacionadas ao comportamento sexual. Recife, 2006.-----	70
Tabela 5	Avaliação das condições de saúde relacionadas ao comportamento Reprodutivo segundo a cor das adolescentes. Recife, 2006. -----	71
-		
Tabela 6	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor, a classificação da adequação da assistência e a avaliação da usuária. Recife, 2006.-----	74
Tabela 7	Distribuição das adolescentes segundo a cor e a ocorrência de morbidades durante o pré-natal. Recife, 2006.-----	75
Tabela 8	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e os desfechos da gestação em relação ao parto. Recife, 2006. -----	76
Tabela 9	Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e os desfechos da gestação em relação ao recém-nascido. Recife, 2006.-----	76
Tabela 10	Distribuição das adolescentes segundo a cor e os indicadores de risco obstétrico relacionados às condições sócio - demográficas . Recife, 2006.	77
Tabela 11	Distribuição das adolescentes segundo a cor e os indicadores de risco obstétrico relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo, Recife, 2006. -----	78

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	16
2. RELEVÂNCIA DO ESTUDO -----	21
3. REVISÃO DA LITERATURA -----	23
3.1 A construção histórica da adolescência -----	24
3.2 A adolescência como estágio evolutivo do desenvolvimento humano -	26
3.3 O adolescente brasileiro: vivendo em condição de vulnerabilidade ----	28
3.4 A gravidez na adolescência: uma análise além das questões biológicas	29
3.5 A política de atenção ao adolescente e assistência à gestante adolescente -----	33
3.6 A questão racial no Brasil: um breve histórico -----	36
3.7 A condição de vida e saúde da mulher, jovem, negra -----	41
3.8 A importância da introdução do quesito cor nas discussões epidemiológicas da área de saúde -----	43
4. OBJETIVOS -----	46
4.1 Geral -----	47
4.2 Específicos -----	47
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS -----	48
5.1 Tipo de estudo -----	49
5.2 Área do estudo -----	49
5.3 População -----	51
5.4 Seleção da amostra -----	52
5.5 Coleta de dados -----	54
5.5.1 Período -----	54

5.5.2 Técnica de coleta -----	54
5.5.3 Instrumento utilizado -----	55
5.6 Estudo piloto -----	61
5.7 Tratamento dos dados -----	62
5.8 Aspectos éticos -----	62
6. RESULTADOS -----	64
7. DISCUSSÃO -----	80
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	104
REFERÊNCIAS -----	109
APÊNDICES -----	122
ANEXO -----	129

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, nas últimas décadas, vem ocupando lugar de destaque no contexto das inquietações que assolam a comunidade científica mundial, tanto no campo da saúde quanto na área da educação. A preocupação não decorre apenas do fato de que, no mundo, cerca de 1 bilhão de indivíduos encontram-se na faixa etária entre os 10 aos 19 anos (IBGE, 2000) mas, em especial na área de saúde, pelas conseqüências relacionadas ao seu comportamento sexual e reprodutivo. Nessa perspectiva, a gravidez na adolescência tem merecido atenção diferenciada, pela possibilidade de ameaçar o bem-estar físico, emocional e social dos adolescentes.

As estatísticas apresentadas por demógrafos e estudiosos da área de saúde pública, têm enfatizado o significativo aumento do número de adolescentes grávidas em diversos países. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), calcula-se que a cada ano mais de 14 milhões de adolescentes têm filhos no mundo. A proporção de mulheres adolescentes que têm seu primeiro filho aos 18 anos varia de 1% no Japão a 53% na Nigéria.

No Brasil, conforme Silva e Tonette (2006), estima-se que um milhão de adolescentes têm filhos a cada ano, o que correspondia a 20% do total de nascidos vivos do país naquele ano. Ressaltaram que mães adolescentes são consideradas de risco em função dos vários estudos que demonstram a associação entre a gravidez e suas ameaças ao bem-estar dos adolescentes e seus filhos, com conseqüências físicas, emocionais e sociais (COATES, SANT'ANNA, 2001; UNICEF, 2003, LEITE *et al*, 2004; DREZETT, 2006).

Para Belo e Silva (2004), a maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com implicações na inclusão social do adolescente. Para esses autores, a gestação na adolescência desperta preocupações em função de intensificar o potencial de perdas de oportunidades educacionais e de trabalho, comprometendo o projeto de vida dos jovens.

Inserida num contexto de gravidade e risco, a gestação na adolescência transcende questões assistenciais e desperta a atenção dos serviços de saúde pública como fenômeno que requer prevenção. Assim, diante da complexidade dos fatores associados a sua ocorrência e do desafio de preveni-la, a fecundidade nesta faixa etária tem sido objeto de estudos que, segundo Santos e Schor (2003), fundamentam-se no conceitual cronológico e biomédico como marco-teórico. Contudo, no campo das políticas públicas de saúde, para esboçar propostas de prevenção, é fundamental conhecer o contexto sócio-familiar e cultural

em que a gravidez ocorre, ampliando-se as discussões a respeito da vivência da sexualidade entre os jovens adolescentes.

No Brasil, país com grande heterogeneidade cultural, marcado por profundas desigualdades sociais e econômicas, a demanda por políticas públicas voltadas à gravidez na adolescência requer a incorporação de perspectivas de análise que permitam uma compreensão da trama de vulnerabilidades sociais, políticas e psicológicas que envolvem a gestação na adolescência. Como ressaltaram Castro *et al* (2004) é importante trazer à cena a realidade que, sem negligenciar perfis epidemiológicos, envolve os sujeitos sociais que são as mães e pais adolescentes.

Nesse contexto, um desafio que se apresenta para todos os pesquisadores que se propõem a trabalhar numa perspectiva de construção de políticas de saúde com responsabilidade social, remete à importância de discussões sobre as relações raciais no Brasil. Isto porque, conforme ressaltou Ramos (2002), a despeito de ser o maior país do mundo em população afrodescendente fora do continente africano, o debate sobre relações raciais no Brasil, tem sido tímido e hesitante ao longo de décadas.

Conforme Chor e Lima (2005), as desigualdades étnico-raciais vêm adquirindo relevância na análise de diferentes perfis de saúde e doença. Nesse sentido, do ponto de vista da vivência da sexualidade na adolescência, destaca-se o crescimento da participação de adolescentes negras nas taxas de fecundidade do país. Dados do IBGE (2004) demonstraram que a comparação entre a fecundidade na adolescência de brancas e negras em 1980 não apresentava diferença. Em 1991, a participação relativa das mulheres adolescentes brancas na fecundidade total era ligeiramente maior que a das negras (12,9% contra 12,3%). Já em 2000, a taxa de fecundidade na adolescência de negras (17,1%) ultrapassava das brancas (15,6%).

As desigualdades étnico-raciais, no âmbito da saúde têm sido pouco investigadas no Brasil, ao contrário de outras áreas como a educação, mercado de trabalho e justiça. Somente em 1995, segundo Chor e Lima (2005) o quesito cor foi incluído em dois sistemas de registro contínuo sobre mortalidade e nascimentos no Brasil. Assim, embora exista grande quantidade de pesquisas que abordam a gravidez na adolescência, ainda há uma lacuna de conhecimento no que se refere ao estudo da morbi-mortalidade de gestantes adolescentes pertencentes à população negra.

Duas questões têm sido apontadas como obstáculos ao estudo dos desfechos de saúde segundo o recorte étnico-racial no Brasil, a definição de raça e etnia, bem como os problemas referentes à classificação racial. Entre as razões para tal Miskolci (2006) e Alves

(2007) ressaltaram que essa tendência é o reflexo de ideologias nacionais (por exemplo, o mito da democracia racial), que faz crer em raça e etnia como variáveis sem importância na construção de modelos sobre desigualdades e também, pela dificuldade encontrada para operacionalizar tais conceitos.

O conceito de raça, embora já não seja, isoladamente, útil como categoria de análise biológica, é um importante constructo social, que determina identidades e valorização do indivíduo na sociedade, demarcando espaços sociais com base na cor da pele. Alves (2007) complementa que, diferente do caso norte-americano, é a marca da cor (aparência física) e não a ancestralidade que fundamenta o sistema de classificação racial no Brasil. Interagindo com outros marcadores de posição social (exemplo: gênero, educação, renda), a raça contribui para a maior ou menor exposição a diferentes riscos à saúde (CHOR, LIMA, 2005).

Um indicador que merece destaque é que o IBGE trabalha com o quesito cor, ou seja, a cor da pele conforme as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. A população negra constitui o somatório de indivíduos que se autodeclaram pretos juntamente com os pardos. Cabe ressaltar, segundo Oliveira (2006), ser preto ou pardo faz menção à cor e negro faz menção à raça, não havendo cor negra.

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) apesar de 45,3% da população ser composta por pretos e pardos, desigualdades sócio-econômicas são graves e afetam, sobremaneira, a sua capacidade de inserção na sociedade brasileira, expondo-os a situações mais perversas de vida e de morte.

Nas Universidades, salvo entre centros de pesquisa especializados nas questões raciais, os estudos tradicionalmente privilegiam o enfoque das diferenças econômicas para explicar desigualdades entre brancos e negros (RAMOS, 2002; SANSONE, 2004; CARNEIRO, 2005). No entanto, as desigualdades raciais resistem a sucessivos planos econômicos, a crises e ritmos de desenvolvimento.

A imagem de democracia racial, de país em que a miscigenação é celebrada na cultura acadêmica e popular, onde nunca foi consolidado um regime formal de segregação racial, acaba por cultivar uma condição de invisibilidade, onde as pessoas parecem não atribuir importância às relações raciais, dificultando a construção de análises éticas e maduras sobre essas relações no Brasil. No âmbito da saúde da mulher, as pesquisas existentes revelam que mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica, à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto ou no pós-parto (puerpério). Um reflexo direto dessa realidade está expressa nos coeficientes de mortalidade materna

brasileiros, cujos riscos de morte são 7,4 vezes maiores para negras do que para brancas (BATISTA, KALCKMANN, 2005; BRASIL, 2005a).

Em relação à juventude, Werneck (2001), em seus estudos sobre desigualdades raciais no Brasil, ressalta que a interação de preconceito, sexismo, pobreza, entre outros, adquire importância para toda população negra no Brasil. Essas desigualdades vão se intensificar sobretudo nas faixas etárias mais jovens, tendendo a cristalizarem-se a partir daí. Nesse sentido, a gravidez da adolescente negra desperta preocupação porque, além dos potenciais riscos biológicos, psicológicos e sociais, a gestante adolescente negra pode enfrentar ainda, desigualdade de acesso à assistência obstétrica além de outras injúrias, relacionadas a diferentes formas de discriminação e injustiça.

Diante do exposto, a proposta deste estudo consiste em levantar o perfil epidemiológico de adolescentes que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, assistidas em maternidades públicas do Recife, a partir da análise de assistência clínico-obstétrica prestada no pré-natal e dos desfechos da gravidez e parto para a mãe e seus filhos. Procedendo-se o recorte da população estudada conforme a cor, pretende-se analisar se há associação entre desfechos menos favoráveis à saúde de mães adolescentes negras e sua prole, considerando indivíduos de população branca, com semelhantes condições econômicas e de escolarização.

2. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Estatísticas comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo (SILVA e TONETE, 2006). Os dados quantificam o problema, mas isoladamente, não são capazes de traduzir a magnitude dos desdobramentos da maternidade/paternidade na vida dos jovens. Por esse motivo, a leitura epidemiológica e social do problema da gravidez na adolescência é relevante, especialmente quando levado em conta que políticas públicas vêm sendo formuladas a partir do que se compreende por esse fenômeno.

Tendo em vista que a ocorrência da gestação na adolescência resulta ou é resultante de diferentes fatores biológicos, sociais e culturais que, muitas vezes, estão fora do entendimento e da possibilidade de controle pelo adolescente, a produção de informação sobre o comportamento reprodutivo desse grupo poderá embasar a formulação de políticas públicas voltadas às suas especificidades.

O estudo atende às demandas do Ministério da Saúde do Brasil que admite a possibilidade de aspectos assistenciais ligados à população negra brasileira terem comportamentos singulares. Salienta ainda que os estudos analíticos sobre as populações afro-brasileiras, quanto aos seus aspectos de saúde, são escassos (BRASIL, 2004c). Nesse contexto, o Plano Nacional de Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2005b) incluiu o quesito cor em sua lista de prioridades, para que fossem obtidas informações precisas sobre a população negra brasileira.

No contexto das atividades assistenciais, a análise do comportamento de variáveis biológicas e sociais relacionadas à gestação na adolescência poderá contribuir para a crítica dos fenômenos relacionados à exclusão social, às relações raciais e à reprodução de desigualdades que possam estar presentes no discurso e na atuação de profissionais de saúde.

A proposta de avaliar a adequação do pré-natal de adolescentes poderá subsidiar ações de planejamento e monitoramento de marcadores de qualidade dos serviços como: alcance de objetivos, satisfação do usuário, resultados da atenção, acesso e cobertura. O levantamento desses indicadores quantitativos poderá servir para identificar possíveis iniquidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que se sofrerem intervenções oportunas, poderão beneficiar usuárias dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Por fim, a análise da interpenetração das variáveis cor, gênero, escolaridade, renda e assistência obstétrica poderá minimizar a lacuna de conhecimentos sobre a influência das mesmas na ocorrência e prevenção de morbidades no ciclo gravídico-puerperal,

permitindo a ampliação do interesse por novas abordagens sobre essa temática, em estudos com metodologias qualitativas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A construção histórica da adolescência

Embora o conceito de adolescência seja relativamente recente na história da civilização, a noção de adolescente tem suas raízes na Grécia antiga. Aristóteles considerava o adolescente como um ser apaixonado, capaz de ser arrebatado por seus impulsos (DOURADO, FERNANDEZ, 1999).

Antes porém, conforme Takiuti (2005), nas comunidades primitivas, embora não houvesse demarcação cronológica das idades, havia separação clara das atividades e obrigações dos membros de suas tribos, nas diferentes fases da vida. As regras eram conhecidas e respeitadas por toda a coletividade. O trânsito de uma para outra fase era simbolizado por diferentes ritos de passagem. Da infância para a adolescência, por exemplo, havia os ritos da puberdade, com competições envolvendo provas de poder e figuração simbólica da troca de personalidade, para homens, e rituais íntimos, como pintar o corpo e cobrir de pólen, ouvir cantos sagrados e banhar-se com água de cedro, para as mulheres.

Até o Século XVIII a adolescência foi confundida com a infância. A idéia da adolescência relacionava-se à dependência, a indivíduos vigorosos, porém com comportamentos socialmente indesejáveis. Não havia limites precisos para estabelecer o início ou o término da infância ou adolescência. O indivíduo só saía da infância quando deixava de ser dependente, isso poderia nunca ocorrer ou acontecer aos 18, 24, 35 anos (ARIÈS, 1981).

Ao longo da história da humanidade, encontra-se o descaso com que crianças e adolescentes foram tratados desde a Idade Antiga e o reflexo desse tratamento na construção de um cenário de exclusão. A Bíblia, um dos livros mais antigos de toda humanidade, traz relatos do tratamento hostil dispensado às crianças desde o período antes de Cristo. Segundo Santana (2000) existem registros bíblicos, como em Deuteronômio 21, nos quais os hebreus instruíam os pais a exporem seus filhos desobedientes ao público para que fossem apedrejados até a morte, a fim de que se eliminasse o mal da família. E complementou que, nesse mesmo período, motivados pela miséria reinante, o infanticídio era praticado com conseqüente atitude canibalesca.

Na Idade Média, a rejeição não era peculiaridade dos pobres, entre os ricos ela era motivada pelo interesse em reduzir o número de herdeiros. As condições a que ficavam expostas às crianças favorecia ao alto índice de mortalidade infantil na época. Apenas

20% dos que nasciam sobreviviam e, entre os abandonados, um em cada dez atingia vinte anos (COATES, SANT'ANNA, 2001).

A indiferença para com a singularidade da infância e adolescência era representada inclusive no mundo da arte. O traje com o qual os pequenos eram retratados na época comprovava o quanto a infância era pouco particularizada na vida real. Conforme Ariès (1981), assim que deixava os cueiros (faixa de tecido enrolada em torno do seu corpo logo após o nascimento) a criança era vestida como os outros homens e mulheres de sua época e passava a ser retratada como um adulto em miniatura. Para esse mesmo autor, a imprecisão com que as diferentes etapas da vida eram descritas traduzia o sentimento das pessoas que viviam numa época de alta mortalidade. Salientou ainda que as idades da vida não correspondiam apenas a etapas biológicas mas também a funções sociais e neste período, não havia lugar para a adolescência.

A sociedade e principalmente os líderes governamentais só começaram a perceber e preocupar-se com as crianças e os adolescentes quando identificaram que tamanha mortandade levaria a um desfalque no exército de homens para a defesa dos países e também na mão-de-obra para a produção de subsistência. Preocupados com o mundo adulto, começaram então a adotar medidas para a preservação da vida de crianças e de adolescentes. Segundo Bandinter (1985), especialmente após o fim do Século XVIII, a criança e o adolescente adquiriram um valor mercantil como produtos em extinção.

Como ressalta Santana (2000), a desvalorização da criança e adolescente era algo vivenciado em todo o mundo. A indisposição no que se refere a tratá-la em sua singularidade decorria também da ignorância a respeito do efeito disso na formação do indivíduo. Esse sentimento se materializava nas ações sociais, econômicas e políticas que compunham a história da humanidade ao longo dos séculos.

No Brasil, o processo de colonização representou um marco no processo de exclusão de crianças e adolescentes. Segundo Dourado *et al* (1996), os filhos do Brasil foram gerados na violência alimentados na malquerença, paridos no desespero e usados como combustível nos engenhos. Enquanto pequeninos, as crianças escravas serviam como brinquedo dos filhos dos senhores e divertimento das visitas, ou seja, eram consideradas como animaizinhos de estimação. Quando não morriam por doença ou abandono, assim que deixavam de ser crianças, partiam para o mundo do trabalho.

Como é possível observar, a adolescência, antes de ser uma fase puramente biológica do desenvolvimento humano, é o resultado de uma construção social. Nesse sentido, o desinteresse em relação às crianças e adolescentes ao longo de séculos de ignorância e

desrespeito, em todo o mundo, determinou a carência de ações sociais, econômicas e políticas efetivamente voltadas a esses indivíduos.

3.2 A adolescência como estágio evolutivo do desenvolvimento humano

Remete-se aos fins do século XVIII a utilização do termo Adolescência. Antes disso, falava-se de crianças e adultos, a puberdade marcava o limite entre ambas etapas (TAKIUTI, 2005). Segundo Rocha (2001) a origem da palavra adolescência vem do latim e significa: crescer para a maturidade. Na área da saúde, a definição de adolescência emitida pelo Grupo de Peritos sobre Gravidez e Aborto na Adolescência, reunido sob auspícios da Organização Mundial de Saúde em 1974, tem sido amplamente empregada. Segundo essa definição, a adolescência corresponde ao período em que o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; os processos psicológicos e os padrões de identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a adulta; ocorre uma transição do estado de total dependência sócio-econômica para o estado de relativa independência (OPAS/ OMS, 1994).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é conceituada como uma fase de desenvolvimento do ser humano, situada entre a infância e a idade adulta, delimitada cronologicamente, na faixa entre 10 e 20 anos incompletos (COSTA, 2001). Conforme a Associação Americana de Adolescência, para melhor compreender os estágios evolutivos dessa fase da vida dos indivíduos é interessante analisar o desenvolvimento dividindo-o por idades, sugerindo, então, essa classificação: adolescência inicial: dos 10 aos 14 anos; adolescência média: dos 14 aos 16 anos; adolescência final: dos 17 aos 19 anos. Na adolescência inicial acontece o rápido crescimento e a entrada na puberdade. A adolescência média caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo, e na adolescência final consolidam-se as etapas anteriores e o adolescente prepara-se para assumir o mundo adulto (COATES, SANT'ANNA, 2001).

Takiuti (2005), afirmou que o critério cronológico para conceituar adolescente e jovem relaciona-se com a necessidade de se definir grupos de idade que permitam identificar os requisitos próprios da investigação epidemiológica. Por esse critério, conforme a OPAS/OMS (1994) a adolescência corresponde à segunda década da vida (10 aos 19 anos) e a juventude vai dos 15 aos 24 anos.

Poit (2001) definiu a puberdade como estágio do desenvolvimento biológico do indivíduo, responsável pelas manifestações que envolvem todas as estruturas do corpo, ligadas à maturação sexual e crescimento físico, traduzindo a passagem progressiva da

infância para a adolescência, estendendo-se de modo contínuo pela juventude até ser concluída no início da fase adulta.

Para Garcia (GARCIA, PELÁ, CARVALHO, 2000), a adolescência e a puberdade são processos vitais intimamente relacionados. No entanto, ao contrário da puberdade, a adolescência assume características bastante peculiares conforme o contexto do indivíduo, sendo difícil, quando não impossível, defini-la a partir de uma perspectiva transcultural. O advento da puberdade tem evidências físicas claras a delimitá-lo, o mesmo não acontece com a adolescência.

Para Takiuti (2005) a adolescência é uma etapa dinâmica e essencialmente positiva da vida; o peso e a estatura aumentam, ampliam-se funções físicas, o indivíduo adquire capacidade reprodutiva e novas habilidades cognitivas e sociais. Contudo, por ser fase de transição, as mudanças típicas dessa 2ª década da vida do indivíduo, associadas aos apelos sociais, culturais e econômicas, expõem o adolescente a uma série de vulnerabilidades que afetam diferentes áreas de sua vida.

Do ponto de vista psicológico, conforme os estudos de Buoncopagno, Sarmiento (1994), Bastos (1998) e Duarte (1998), a irregularidade, a instabilidade e a imprevisibilidade são marcas da adolescência. Os sentimentos são intensos e contraditórios. No caso da menina, a puberdade exige que ela se defronte com um turbilhão de novas sensações a cada dia renovadas. Seu corpo se modifica com rapidez e a mente procura acompanhar as transformações orgânicas. Concluído o desenvolvimento físico surge a verdadeira transição para a idade adulta. Direitos vão sendo conquistados, liberdades adquiridas, responsabilidades vão surgindo e a personalidade vai se plasmando.

Como estágio do desenvolvimento humano, a adolescência constitui o período da vida onde, com maior intensidade que em outras fases, verifica-se a interação entre as tendências individuais e as metas socialmente disponíveis (ABERASTURY, KNOBEL, 1988). Nesse sentido, Takiuti (2005) salientou que todo potencial positivo da adolescência não garante desenvolvimento saudável se não for protegido por um complexo sistema social.

Concomitante à idéia contemporânea de que a adolescência é uma fase de grandes oportunidades, circulam idéias associadas à noção de crise, desordem e demais problemas de natureza psicossocial que necessitam de atenção das políticas públicas (GARCIA, PELÁ, CARVALHO, 2000).

Conforme Costa (2001), ao final da adolescência espera-se que o indivíduo adquira características físicas, psicológicas e sociais de um adulto, adquirindo corpo de adulto, capacidade reprodutiva, responsabilidade social, independência, identidade adulta e

sexual, além de maturidade emocional e escolha profissional. As expectativas são muitas e, portanto, não é à toa que a adolescência apresenta conflitos .

Volpi (2004) ressaltou que a visão estereotipada da sociedade sobre a adolescência pode ser resumida em "aborrecência", tendo afirmado que mais do que um trocadilho com a palavra, trata-se de uma visão fundada no olhar do adulto sobre esta fase da vida. Um olhar preconceituoso que vê o adolescente por aquilo que ele não é: não é maduro, não é responsável, não é paciente, não é obediente.

3.3 O adolescente brasileiro: vivendo em condição de vulnerabilidade.

O contingente populacional de adolescentes, em 2003, em todo o mundo representava cerca de 1 bilhão de indivíduos. No Brasil este grupo etário correspondia, segundo dados do Censo 2000, a 21,7% da população total do país, com cerca de 35 milhões de indivíduos adolescentes. Dentre esses, 11,1% encontravam-se na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 10,6% entre os 15 aos 19anos (SANTOS, SCHOR, 2003).

Para que seja possível compreender a exposição dos adolescentes a condições que afetam sua saúde, é preciso reconhecer a ressonância do conceito de vulnerabilidade, aqui citado conforme Meyer *et al* (2006) como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que estão implicados também com a maior ou menor disponibilidade de recursos. Sendo assim, a situação dos adolescentes e jovens nas Américas não se produz isoladamente, seus problemas são manifestações das condições que afetam a sociedade em que vivem e, em sua maioria, são preveníveis quando adequadamente abordados (OPAS/OMS, 1994).

Dessa maneira, segundo Vaz (2006), a exposição dos adolescentes aos agravos à saúde, considerando questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam necessidades de atenção específica. Segundo esse autor, o conceito de vulnerabilidade traz o reconhecimento da pluralidade e diversidade humanas, própria nas “adolescências”, que deve transformar a idéia de ações dirigidas a um sujeito universal inexistente, mas partindo das diferenças construídas, mantidas e transformadas na vida social.

A adolescência da maioria dos brasileiros emerge de uma infância pobre, plena de dificuldades e carências, condicionantes de estigmas e deficiências, de resolução difícil e prolongada. Nesse contexto, as questões que afligem a saúde do adolescente com o

efeito de adoecer-lhe ou tirar-lhe a vida, conforme apontaram Ramos *et al* (2001), relacionam-se com questões relativas a homicídios, acidentes de trânsito, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso de drogas e gestações precoces.

Donos de um corpo em crescente transformação e regidos por uma mente ávida de novas experiências, os adolescentes trilham pelos caminhos da curiosidade e do desejo. Alguns com pouco ou nenhum conhecimento da fisiologia do corpo, agora reprodutivo, seguem indistintamente pelos caminhos da vivência da sexualidade. Apoiados no pensamento mágico ("isso não acontecerá comigo") e levados pelo calor do momento, lançam-se nas mais diversas experiências, entre elas a do sexo desprotegido, expondo-se, freqüentemente, aos riscos das doenças sexualmente transmissíveis e das gestações não planejadas (SOUZA, 2002).

3.4 A gravidez na adolescência: uma análise além das questões biológicas

Conforme Yazlle *et al* (2002) a gravidez na adolescência, fato amplamente discutido nos meios acadêmicos da atualidade, longe de representar um acontecimento novo, esteve sempre presente na história da humanidade. Nas civilizações antigas, tão logo aparecessem os primeiros sinais de puberdade, a jovem era considerada apta para o casamento. A capacidade reprodutiva, àquela época, estava associada ao frescor da juventude e quanto maior a prole, maior o "mérito da matrona". Nada se questionava quanto à capacidade psico-biológica daquelas imaturas jovens em parir, cuidar e educar seus filhos. A igreja católica, detentora de grande poder sobre as questões da sexualidade e reprodução, propagava o "crescei e multiplicai". Exercendo forte repressão sexual e, radicalmente contrária ao uso de qualquer tipo de método contraceptivo, contribuía para os 12, 15 ou 20 filhos presentes na maioria das famílias.

Somando-se aos fatores culturais e religiosos, havia os interesses políticos e econômicos vigentes: o Estado dependia do rápido crescimento da mão-de-obra para concretizar sua expansão e impulsionar as grandes transformações da época, o que tornou o crescimento populacional desejado e incentivado (YAZLLE *et al*, 2002). Desde a época do Império Romano a menina, aos 12 anos, entrava na idade núbil, era então oferecida ao acordo matrimonial para que aos 14 anos fosse entregue, pelo pai, ao marido (ou seu novo dono), com a norma explícita de ser pudica e com função social encerrada na procriação (ARIÈS, 1981).

Coates e Sant'anna (2001) citaram que em meados do século XVII surgiram relatos na literatura médica de gestações em idades muito precoces, chamando atenção para o fato de que, em 1752, tenha sido descrito com detalhes o caso de uma criança que menstruou aos dois anos, tendo o primeiro filho aos nove anos. Relataram que no Brasil, em Chique-Chique, na Bahia, no ano de 1884, uma criança com menstruações regulares desde o nascimento, deu à luz aos sete anos, através de parto normal, a duas crianças que nasceram mortas. Esses mesmos autores afirmaram que tais fenômenos traduziam precocidade sexual associada a alterações genéticas. Salientaram ainda que, até é o início do século XX, a gestação ocorrida por volta dos 16 anos era tida como acontecimento habitual e aceitável para os padrões culturais da época.

Ao longo dos anos, a ocorrência da gestação na adolescência só aumentou em diversos países do mundo (IBGE, 2005). Segundo Badinter (1985), Dourado *et al*, (1996), Saetta e Souza (2005), essa realidade só passou a ter visibilidade como problemática porque o equilíbrio das sociedades capitalistas passou a ser ameaçado pela ampliação da natalidade e reprodução da pobreza que a gravidez na adolescência começava a representar.

Apesar da contenção da sexualidade do adolescente, estabelecida principalmente na Idade Média a partir do Cristianismo e da assistência e investimento em educação sexual promovidos em anos posteriores, as adolescentes continuaram engravidando, parindo e morrendo em consequente, como parte de um destino socialmente traçado. Por trás desse destino haveria o marcante desinteresse pelo bem-estar dessa mulher-menina adolescente (BADINTER, 1985; DOURADO *et al*, 1996; PIROTTA,W.; PIROTTA,K. 1999).

A partir do século XX, vários países do mundo passaram a voltar atenção para a questão da gravidez na adolescência, em função do aumento da fecundidade junto a esse público efetivo, tanto em países pobres como na África (VUNDULE *et al*, 2001) quanto em países ricos da América e Europa (JIMENEZ *et al*, 2000). Os Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, apresentavam em 2003, a taxa de natalidade na adolescência mais elevada de todos os países desenvolvidos, conforme Low *et al* (2003). Nesse país, no ano de 2001, em cada 1.000 adolescentes com 15 a 19 anos, 61 já eram mães. Nessa mesma faixa etária e no mesmo período, quatro eram mães no Japão, oito na Holanda, trinta e três no Reino Unido e quarenta e um no Canadá (COATES, SANT'ANNA, 2001; GOLD *et al*, 2001).

No Brasil, a partir da década de 1970, conforme análise dos dados censitários, a taxa de fecundidade tem sofrido redução quando considerada a população geral, no entanto, quando analisada a natalidade por grupos etários, percebeu-se que entre

adolescentes essa taxa só aumentou. Desde a década de 80 o número de adolescentes grávidas aumentou em 15% (BATISTA, KALCKMANN, 2005; IBGE, 2004; 2005).

O percentual de mães pela primeira vez em relação ao total de mães elevou-se de 34,3%, em 1991, para 40%, em 2000. Em números absolutos, isto correspondeu a 1.068 milhão de mulheres que foram mães por primeira vez, em 1991, contra 1,290 milhão de mães em 2000. Observa-se ainda uma situação preocupante entre as mães precoces: em 2000, no estado de Alagoas, 18,5% das mães dos 10 aos 14 anos já possuíam uma prole de pelo menos dois filhos nascidos vivos. Em outros Estados do Nordeste e do Norte tais como em Sergipe (12,1%), Bahia (14,2%), Pernambuco (15,8%), Amapá (16,6%), Rondônia (14,0%) e Acre (6,2%) o quadro da maternidade precoce, com uma descendência de dois ou mais filhos, se repete (IBGE, 2005).

Nos tempos atuais, a gravidez na adolescência passa a ser analisada como objeto de preocupação, não apenas pelas proporções significativas que atingiu, graças à elevação das taxas de fecundidade nessa faixa etária, mas pelas repercussões que a maternidade precoce pode acarretar na saúde das adolescentes, bem como na sua educação, independência econômica e relacionamento social (ONU, 2001; ALVES, 2001; SOUZA, 2002; YAZLLE *et al*, 2002).

Quanto ao curso da gravidez, alguns estudos nacionais e internacionais têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto, pós-parto e para os filhos das adolescentes, notadamente a prematuridade e o baixo peso ao nascimento (GAMA *et al*, 2001; VITALLE, AMANCIO, 2006). Existem ainda relatos de aumento da incidência de restrição de crescimento intra-uterino, sofrimento fetal agudo intra-parto, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, o que poderia concorrer para maior número de operações cesarianas neste grupo populacional (VAN ENK *et al*, 2000; YU-TANG, 2000; MELO, 2001; VARAS, SCHIMIED, 2001; SOUZA, 2002; LEITE *et al*, 2004).

Ribeiro *et al* (2000) salientaram ainda que filhos de mães adolescentes tendem a sofrer mais negligência ou abusos e correm maiores riscos de serem dados em adoção. A mãe adolescente corre risco maior de mortalidade por complicações obstétricas e no parto, hipertensão na gestação, partos prematuros, infecção puerperal, hemorragias e abortamentos, principalmente naquelas sem assistência pré-natal.

Outros autores, como Coates e Sant'anna (2001) demonstraram resultados contrários aos acima citados, sustentando a idéia de que a gravidez é, fisicamente, bem tolerada pelas adolescentes, notadamente entre aquelas que recebem assistência pré-natal precoce e de forma regular. O problema tende a ser mais perverso no âmbito das suas

repercussões psicológicas, sociais e econômicas, que afetam a jovem, a família e a sociedade (SILVA, TONETTE, 2006).

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos no âmbito social, familiar e pessoal. No âmbito social, lamentam-se as falhas dos programas de educação sexual em mostrar de que maneira é possível viver a sexualidade de maneira segura. No âmbito familiar, a gravidez na adolescência parece indicar dificuldades nas relações de comunicação entre pais e filhos. Em outras palavras, a gravidez na adolescência traz sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar, e para o desenvolvimento pessoal, social e profissional da jovem gestante, como foi reconhecido pela literatura (PASSETTI, 1996; MANDÚ, 2000; DIXON, 2000; MELO 2001; MENEZES, 2002).

No mundo moderno, escolaridade e capacitação profissional são fundamentais para a inserção do jovem no mercado de trabalho, hoje tão escasso e competitivo. A ocorrência e a reincidência de uma gestação não programada, em pleno processo de capacitação e formação profissional, conduzirá os jovens, por necessidade de prover a nova família, à deserção escolar e sub-emprego (SOUZA, 2002).

É válido destacar também que alguns autores defendem o cuidado com as generalizações a respeito da problemática da gestação entre adolescentes e jovens, uma vez que, segundo Castro *et al* (2004), para muitos adolescentes marginalizados e excluídos pela sociedade, ter um filho pode passar a representar uma expressão de poder, de virilidade e livre arbítrio do sujeito, como uma forma de se sentir compensado por outras faltas e exclusões. Assim, a gravidez na adolescência pode passar a ter nexos com pobreza, mas não necessariamente ser causa ou consequência exclusiva de tal situação. Em seus estudos, Santos e Schor (2003) criticaram também as abordagens limitantes, relacionadas à gravidez na adolescência, e ressaltaram que qualquer visão reducionista do problema poderia expor as adolescentes a riscos adicionais, além daqueles relacionados à própria gestação.

Castro *et al* (2004) destacaram também que a gestação na adolescência deveria ser analisada num contexto de deterioração das condições de vida da população. Elucidaram que a associação entre pobreza e gravidez exigia o entendimento de outros elementos sociais, culturais e econômicos que intervinham na formação do conceito de maternidade para as meninas. Salientaram que a falta de auto-estima e carências de natureza psicológica, afetiva e financeira poderiam estar influenciando a opção pela maternidade na adolescência como consequência da impossibilidade de outros tipos de realizações, compensando insatisfações e tristezas. Assumir a maternidade, para essas adolescentes,

poderia representar um exercício efetivo do controle de seu corpo, sua fertilidade e seu poder de "ser mulher", de poder construir a sua própria família, especialmente para aquelas que vivenciaram experiências traumáticas na infância.

Para Leite *et al* (2004), as condições sociais podem exercer marcante influência e também sofrer o reflexo dessa gestação. Entre as conseqüências sociais mais desfavoráveis para as adolescentes estão aquelas relacionadas a sua perspectiva de estudo e trabalho. Sabe-se que 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola, e na maioria dos casos o retorno ao estudo se dá em menores proporções.

Dos problemas envolvidos com a gravidez precoce, o biológico, parece o mais contornável, desde que exista adequada assistência. Importante ressaltar esse elemento porque, no Brasil, a gravidez nesse estágio da vida ainda enfrenta a inadequação dos serviços de saúde e isso pode estar contribuindo para o aumento da prevalência de gestações de risco e mortalidade materna. Na faixa de adolescentes, os óbitos maternos perfazem 22,3% do total, com risco superior à faixa dos 20 aos 29 anos (COSTA, FORMIGLI, 2001).

É válido ressaltar, conforme atentaram Dias e Aquino (2006), que a gestação na adolescência não está circunscrita ao universo feminino, é preciso incorporar a perspectiva masculina e os desdobramentos na vida dos jovens pais que estão, ou deveriam estar, inseridos nesse fenômeno. Em seu estudo, essas autoras revelaram que ainda prevalece a lógica de gênero que define o espaço doméstico, sobretudo, o cuidado com a criança, com o domínio do feminino e a função de provedor associada ao masculino. A rede de solidariedade e de cooperação que se estabelece para ajudar a adolescente mãe ainda está composta, na sua maioria, por mulheres.

3.5 A política de atenção ao adolescente e a assistência à gestante adolescente

O adolescente é um ser com particularidades e necessidades específicas, em virtude disso, a Constituição Brasileira de 1988, no seu Artigo 227, estabelece que é dever do Estado e da Sociedade Civil, garantir o atendimento às necessidades em saúde da criança e do adolescente. Do mesmo modo, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura que a criança e o adolescente são sujeitos de direito e que devem ser tratados como prioridade absoluta, em função de serem pessoas em desenvolvimento (SANTOS, SCHOR, 2003).

Na área de saúde, após a promulgação da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) oficializou o PROSAD (Programa Saúde do Adolescente) e elegeu como áreas prioritárias a atenção ao crescimento e desenvolvimento, à sexualidade, à saúde

bucal, à saúde mental, à saúde reprodutiva, à saúde do escolar adolescente e à prevenção de acidentes. As ações desse programa foram orientadas pelo princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinariedade no trato das questões de saúde do adolescente, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que entre outras, envolve a igualdade e equidade na assistência.

Para Santos e Schor (2003), os organismos internacionais e o PROSAD trazem um discurso e uma proposta de atenção integral à saúde da adolescente, arraigados no paradigma biológico e centrados no conceito de risco, desenvolvido pela epidemiologia a partir dos anos 50 do século XX, o qual, segundo Meyer *et al* (2006), conformou-se como um instrumento de quantificação das possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de associações entre eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas. Nessas propostas assistenciais a gravidez na adolescência é tratada como problema de saúde pública e empecilho para a adolescente cumprir sua função social.

Adolescentes grávidas necessitam de cuidados específicos, principalmente nos aspectos que se referem a educação durante a gravidez e o pós-parto, uma vez que a maior parte delas têm pouca experiência de vida e são pouco capazes de lidar com as mudanças relacionadas à gravidez e o nascimento (CASTRO *et al*, 2004; SILVA, TONETE, 2006). Segundo Takiuti (2005) a assistência pré-natal pode ajudar a minimizar as possíveis intercorrências na gestação da adolescente, contribuindo para um bom prognóstico para a mãe e seu bebê. Conforme essa autora, tem sido comprovado claramente que as adolescentes que recebem atendimento pré-natal em locais que dispõem de equipes multiprofissionais e interdisciplinares têm resultados melhores, tanto do ponto de vista orgânico como psicossocial, durante e após a gravidez.

Os programas voltados para a maternidade na adolescência podem reduzir os riscos associados à gestação nessa fase da vida, onde as complicações biológicas para a mãe e filho são mais freqüentes, especialmente se a adolescente tiver 15 anos ou menos, idade ginecológica (diferença entre a idade em que ocorreu a gestação e a idade da menarca) menor que dois anos ou quando ocorrem gestações múltiplas durante a adolescência (COATES, SANT'ANNA, 2001; TAKIUTI, 2005).

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materna e infantil, que permanece como tópico importante no decorrer da história da saúde pública. Esse acompanhamento ajuda a diminuir a incidência de

intercorrências, especialmente para aquelas que receberam assistência pré-natal precoce (iniciando ainda no primeiro trimestre de gestação) e de forma regular, fazendo com que tolerem fisicamente bem a gravidez (BRASIL, 2000b). Contudo, a sobrecarga de responsabilidade decorrente da chegada do filho e o medo da discriminação por parte da sociedade e da família são fatores capazes de retardar o início da assistência ao pré-natal, aumentando assim o índice de intercorrências (SANTOS, SCHOR, 2003).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) recomenda iniciar o acompanhamento da gestante no primeiro trimestre da gravidez e a realizar pelo menos seis consultas. Os principais procedimentos para as consultas são:

Exame físico: peso, estado nutricional da gestante, altura, pulso, pressão arterial, temperatura, inspeção da pele, mucosas e tireóides, ausculta cardíco-pulmonar, exame de membros inferiores.

Exame ginecológico: exame de mamas, altura uterina, batimentos cardíco-fetais, palpação de gânglios, genitália, exame especular;

Exames laboratoriais de rotina: classificação sanguínea (ABO-Rh), exames de sangue como: eritrograma e glicemia de jejum, oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, teste luético (VDRL) e análise da urina;

Coleta de citologia oncótica;

Atividades educativas.

Todas as gestantes devem receber suplementação de ferro, independente do nível de hemoglobina e orientação quanto ao aleitamento materno. Para que sejam prevenidos os percalços durante a gravidez na adolescência, é mister, portanto que se realize um pré-natal especializado que contemple, além da rotina estabelecida nos pré-natais tradicionais, cuidados especiais que propiciem condições de fazer profilaxia das complicações psico-sociais (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000b) foi instituído pelo Ministério da Saúde através Portaria/GM nº569, de 01/06/2000, com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e pós-parto (puerpério) às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Este programa fundamenta-se no preceito de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição fundamental para o adequado acompanhamento do parto e nascimento.

De acordo com a avaliação da execução das ações preconizadas nesse programa, a assistência pré-natal pode ser classificada em adequada superior, adequada,

intermediária e inadequada. Conforme Almeida e Barros (2005), os critérios para avaliação do pré-natal devem incluir: início do pré-natal antes de dezesseis semanas, realização de seis ou mais consultas para uma gestação de 37 semanas ou mais, realização de todos os exames de rotina propostos, realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas, profilaxia para o tétano, orientação sobre a amamentação e realização de pelo menos uma ecografia.

Se todas as recomendações acima descritas forem satisfeitas, a assistência pré-natal poderá ser classificada como adequada superior. Se houver cumprimento de cinco recomendações, classifica-o como adequada. A classificação intermediária será estabelecida quando identificado cumprimento de quatro recomendações, e será inadequada quando três ou menos recomendações forem satisfeitas.

O problema da gestação na adolescência exige da saúde pública programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, e também cuidados pediátricos e psicológicos. Da família, requer uma redefinição de crenças, atitudes e valores, e novos arranjos de espaço físico, de tempo (cuidados com a criança) e de finanças (aumento das despesas). Dos jovens pais implicam em dificuldades com a escola ou com atividades profissionais. Sendo a gravidez desejada ou não, os planos pessoais serão revistos e os jovens terão que se defrontar com as dificuldades inerentes à nova realidade (MANDÚ, 2000; MELO, 2001; MENEZES, 2002).

3.6 A questão racial no Brasil: um breve histórico

Está cada vez mais difundida a idéia de que as investigações científicas que abordam questões relacionadas às desigualdades sociais necessitam incorporar, em suas interpretações, os aspectos relacionados à raça/cor para retratar a realidade de forma mais fidedigna. No Brasil, conforme Simão *et al* (2004), tais questões têm sido discutidas nas ciências sociais, havendo ainda muito o que se conhecer e discutir sobre a interpenetração dessas variáveis no âmbito da saúde em geral e na saúde reprodutiva em específico.

O emprego inadequado dos termos como cor, raça, racismo e democracia racial pode contribuir para a dificuldade inicial daqueles que se lançam em pesquisas que abordam as identidades raciais, daí a necessidade de estabelecer conceitos mais precisos, evitando o emprego de expressões que dêem margem a interpretações errôneas. Segundo Silva e Silva (2005), o termo raça é o mais popular entre os mencionados acima, porém

caminha de mãos dadas com sua indeterminação, seu caráter conceitualmente vago e sua má utilização ao longo da história.

No Brasil, a exclusão social com base na questão racial teve início com os índios no Século XVI, posteriormente com os negros através da escravidão e os trabalhadores rurais depois da abolição da escravatura. A construção do conceito de raça foi fortalecido em meio a um contexto caracterizado pelo enfraquecimento e final da escravidão no século XIX, pela realização de um novo projeto político para o país (OLIVEIRA, 2006; ALVES, 2007).

O Brasil foi o último país do mundo a abolir o trabalho escravo de pessoas de origem africana em 1888, após ter recebido, ao longo de mais de três séculos, algo em torno de quatro milhões de africanos escravos. Embora nenhuma forma de segregação tenha sido oficialmente imposta após a abolição, os ex-escravos tornaram-se, de uma maneira geral, marginalizados em relação ao sistema econômico vigente. Após a abolição, como não possuíam recursos financeiros que lhes suprissem as necessidades materiais, lançavam mão de moradias improvisadas nas periferias das cidades e não havendo trabalho para todos, muitos passavam privações (BANDINTER, 1985; DOURADO *et al*, 1996; PIROTTA, W., PIROTTA, K. 1999).

Nesse período, conforme Schwarcz (2005), as teorias raciais se apresentavam como um modelo teórico viável na justificação do complicado jogo de interesses que se montava e ajudava a estabelecer critérios diferenciados de cidadania, transformando-se em um argumento de sucesso para o estabelecimento das diferenças sociais. O conceito de raça foi introduzido por Georges Curvier no início do século XIX, o qual inaugurava a idéia da existência de heranças físicas, puramente biológicas e permanentes entre grupos humanos.

Nesse contexto, o discurso médico aparece para "explicar" e "justificar" as teorias e argumentos raciais que classificavam e ordenavam as "raças humanas em espécies diversas". Através da "ciência da eugenia" os médicos supunham conhecer as causas explicativas da decadência ou do levantamento das raças, visando a perfectibilidade da espécie humana, selecionando raças (por meio de características anatômicas) consideradas puras e impedindo o cruzamento dos sãos com os degenerados (mestiços). Nesse contexto, os indivíduos negros, amarelos e mestiços eram mencionados como povos inferiores, incivilizáveis, não susceptíveis ao progresso (SCHWARCZ, 2005).

Degeneração foi o termo usado pela medicina social até o Holocausto para descrever tudo o que ela considerava desvio da normalidade, de fundo hereditário e sem cura. Suas supostas manifestações iriam desde estigmas físicos como estrabismo, orelhas

imperfeitas até condições mentais, como a histeria, o pessimismo e a apatia.. O termo tornou-se o rótulo para explicar a essência das patologias, o fardo de uma condição congênita, logo, sem a menor possibilidade de cura e diante da qual nenhum esforço para reverter valeria a pena. Os termos degenerado e degeneração expressavam o poder da eugenia e outras práticas congêneres, utilizados para discriminar aqueles que apresentavam padrões inaceitáveis conforme os padrões hegemônicos de identidade (ALVES, 2007).

A eugenia, conforme Alves (2007) não era uma ciência *stricto sensu*, antes um projeto político-social que se apoiava em sua suposta cientificidade para justificar e implantar práticas sociais de controle da população, em especial os mais pobres: mulheres, crianças e categorias sociais estigmatizadas como negros, mestiços, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais.

Conforme Schwarcz (2005) e Alves (2007), a eugenia apresentava variações de acordo com as circunstâncias de cada país. No Brasil, se por um lado a mestiçagem passava a ser entendida como degeneração que traria obstáculos para a "perfectibilidade" biológica e para a sobrevivência política e social do país, por outro lado, considerando a configuração racial brasileira como nação mestiça, a visão negativa a respeito da mestiçagem poderia inviabilizar o projeto nacional que mal começara a se montar no país. Diante disso, a interpretação das teorias raciais passaram a sofrer um processo original de adaptação, combinando e descartando o que era problemático para a construção de um argumento racial no país. A partir daí, o Brasil, com "situação racial decaída" precisaria passar por uma regeneração, a qual, com respaldo no "ideal eugênico" propagado pelo discurso médico e político da época, propunha a "eugenia matrimonial" e a seleção eugênica da imigração como meio de assegurar a reconstituição física de nossa raça.

Conforme Batista e Kalckmann (2005), o ideal do branqueamento ou embranqueamento surgido no final do século XIX como solução harmoniosa para o problema racial, tinha como meta a desaparecimento gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. Para esses autores, os sistemas baseados no embranqueamento admitiam o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que seriam mais aceitos aqueles que mais se aproximassem da branquidão. Nesse sentido, aos mestiços seria oferecida a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas seriam a exclusão e a negação de sua auto-imagem. O projeto de "branqueamento" que se desenvolveu no Brasil previa, progressivamente, a assimilação e a dizimação da população negra, assim como da indígena. Tais grupos, associados ao passado escravista, deveriam ser eliminados durante a modernização brasileira, para que a nação se tornasse ocidental e branca.

Na década de 1930, quando o Brasil iniciava o seu processo de industrialização, ganhou força no meio intelectual brasileiro a crença da identidade nacional como uma democracia racial, ou seja, a idéia de que as questões raciais não constituíam mais no Brasil, um fator de exclusão. Tal concepção, desenvolvida por elites políticas, propagava a existência de harmonia e tolerância racial no Brasil, bem como a ausência de preconceito e discriminação baseados na raça/cor. O mito da democracia racial teve em Gilberto Freyre o seu maior intérprete e, por meio desse, pôde-se crer que o Brasil era uma sociedade sem linha de cor, sem barreiras legais que impedisse a ascensão social de pessoas de cor a cargos ou posições de riqueza e prestígio. Acreditava-se que no Brasil não havia racismo e que as questões raciais não constituíam um fator de exclusão (CRUZ, 1996; SCHWARCZ, 1997; HERINGER, 2002; SANSONE, 2004).

Após a segunda guerra mundial progressivamente e em especial, após os estudos sobre o genoma humano, o termo raça perdeu seu valor como um conceito puramente biológico. Estudos sobre genoma mostraram só existir 7% de diferenças entre raças. Contudo, do ponto de vista antropológico, a raça permanece a ter significado enquanto percepção das diferenças físicas pelos grupos sociais e como essa percepção afeta as relações sociais. Assim sendo, um indivíduo pode não se considerar negro aqui no Brasil e ser identificado com tal, aqui ou em outra parte do mundo (CHOR, 2005; SILVA, K; SILVA, M. 2005).

O entendimento antropológico do conceito de raça nas ciências sociais, conforme alguns autores como Sansone (2004), passa a sofrer um intercâmbio com o conceito de etnia. Raça passa a ser definida como entidade que caracteriza grupos sociais, cuja análise pode revelar relações desiguais de poder, práticas discriminatórias e fatores estruturantes da estratificação social dos indivíduos. Utilizando-se do argumento de que "não existem raças verdadeiras, mas apenas a raça humana", alguns pesquisadores buscam livrar-se dos argumentos morais e rígidos que a história empregou ao termo raça, empregando o termo etnia.

Contudo, conforme Silva e Silva (2005) o termo etnia surgiu para designar as características culturais próprias de um grupo, como a língua e os costumes. A etnia pode ser definida como conjunto de indivíduos que afirma ter traços culturais comuns, distinguindo-se, assim de outros grupos culturais. A etnia é uma construção artificial do grupo vez que a sua existência depende de seus integrantes quererem e acreditarem fazer parte dela, mesmo que não sejam descendentes de uma mesma comunidade original.

Ao mesmo tempo em que a raça passa a ser designada como marcador identitário de grupos sociais, a análise desses grupos raciais através do que se denomina

"Quesito Cor" deve-se ao fato de que a raça ainda é um termo bastante assumido pelo censo comum. Muitos indivíduos utilizam a expressão raça para diferenciar, através de características com base no fenótipo (principalmente a cor da pele), os diferentes grupos sociais. Isto quer dizer, em outras palavras, que grupos sociais se diferenciam utilizando o termo raça e distinguindo-se através da cor da pele (ADORNO *et al*, 2004; SANSONE, 2004).

No Brasil, o conceito de raça encontra-se mais relacionado à cor da pele e aos traços faciais do que à ancestralidade. Isso levou alguns estudiosos a analisar a classificação racial brasileira através de grupos de cor e não por grupos raciais. O censo brasileiro, por exemplo, pede às pessoas que se autotom classifiquem dentro de uma das cinco categorias seguintes: branco, preto, pardo (mestiço), indígena ou amarelo (oriental). Pretos e pardos passam a constituir a população negra (IBGE, 2004; LOPES, 2005).

Segundo Simão *et al* (2004), a união de pretos e pardos numa única categoria, denominada de população negra, fundamenta-se no fato de que os brancos são mais propensos a serem classificados de forma mais consistente do que pretos e pardos. Justificaram que, no Brasil, há maior possibilidade de que entrevistados e entrevistadores concordem mais sobre quem é branco do que sobre quem é preto ou pardo. Ressaltaram que essa distinção entre brancos e negros (pretos e pardos) é a divisão racial mais clara na mente dos brasileiros.

Muito embora, segundo Ramos (2002), a despeito de sermos o maior país do mundo em população afrodescendente fora do continente africano, ainda existe uma lógica que identifica a classe econômica como sendo mais importante do que a cor/raça nas relações entre negros (pretos e mestiços) e brancos, fazendo com que exista uma hesitação em admitir a existência de um problema racial brasileiro.

Conforme diversos autores, a atitude dos cientistas sociais para com as relações raciais na América Latina modificou-se nas últimas décadas. Os estudos mostraram que na sociedade brasileira ocorre o "racismo cordial", o qual faz crer que, até a mais violenta forma de discriminação pode assumir aqui um caráter mais ameno do que em outras partes do planeta. A dinâmica da discriminação se sustenta pelo fato de que na sociedade brasileira o racismo opera gerando seres que não podem se reconhecer: o discriminador não reconhece que discrimina e o discriminado não percebe que foi discriminado e não reconhece como auxilia na manutenção da estrutura e nos discursos de discriminação (ADORNO *et al*, 2004; CHOR, 2005).

De um modo geral os estudiosos latino-americanos tornaram-se mais críticos quanto ao seu sistema de relações sociais, aos mitos raciais nacionais e à tendência a excluir a cor como variável na explicação de fenômenos sociais como a pobreza. O Brasil, com 45,3% de sua população formada por negros, era retratado como um paraíso racial passa a ser visto, por alguns estudiosos, como um inferno racial (HERINGER, 2002; IBGE, 2004).

Na realidade, conforme Heringer (2002) e Sansone (2004), o racismo ainda hoje é um tabu para a sociedade brasileira, que não aprendeu a lidar com suas diferenças. Para esses autores, a maioria da população negra e mestiça brasileira continua segregada num mundo pobre de oportunidades. Segundo Pitanguy (1998), o fato da escravidão ter sido um dos pilares na construção da sociedade brasileira, deixou marcas profundas no imaginário social, tais como, a desvalorização dos negros como produtores de bens simbólicos e materiais, como sujeitos autônomos e detentores de direitos. Estas marcas, dentre outras, que se atualizam nas diversas esferas das relações sociais, contribuem para os altos níveis de desigualdades observados.

3.7 A condição de vida da mulher jovem e negra

O Brasil, segundo Oliveira (2006) comporta a maior população negra fora da África e o segundo maior país negro do mundo (só perde para a Nigéria). Os números divulgados do Censo pelo IBGE (2005), informaram uma população negra correspondente a 45,3% do total de habitantes do país. Quando os dados são agregados segundo a cor dos indivíduos, as mulheres negras passam a perfazer um total de 49% do total da população negra e 11% da população total e 30% da população feminina do Brasil.

Em relação à localização geográfica, tomando-se como referência o contingente total de cada região do país, são as regiões Norte e Nordeste onde se encontram a maior parte da população negra do país, variando de 60 a 70% do contingente populacional a depender da localização. Em relação à população jovem, 5% dos adolescentes e jovens brasileiros são negros e 33% são do sexo feminino (WERNECK, 2001; MARTINS, 2006).

No que concerne às questões econômicas, no Brasil, os 5% mais ricos, aqueles cuja renda ultrapassa 10 salários mínimos, detêm 40,5% de toda a renda nacional. Por outro lado, os 26,9% que ganham até um salário mínimo, concentram 6,4% da renda do país (WERNECK *et al*, 2000). Segundo Ramos (2002), 63,6% dos brasileiros pobres eram pertencentes à população negra e conforme Cunha (2006), mesmo sendo minoria quantitativa

no Brasil, o número de analfabetos entre negros e mestiços é quatro vezes maior que entre brancos.

É válido ressaltar que falar de minoria racial no Brasil, quando tratada a questão da população negra, não se refere a minoria quantitativa, uma vez que a população negra em alguns locais do país chega a ultrapassar 60% do contingente total de indivíduos. Trata-se de abordar as condições de vida e cidadania de indivíduos que não têm acesso igualitariamente às oportunidades de acesso aos benefícios públicos de qualidade e inclusão social (CUNHA, 2006; MARTINS, 2006).

Segundo Estrella (2005) em seu estudo sobre a Feminização da Pobreza, ao salientar que a globalização econômica e as políticas neoliberais reduziram a proteção estatal aos trabalhadores, aumentaram o desemprego e os sub-empregos e reforçaram a situação de pobreza de milhões de seres humanos no mundo, atingindo sobretudo as mulheres separadas, divorciadas, adolescentes, negras, indígenas e trabalhadoras da economia informal. Afirmou ainda que, as mulheres jovens dos países mais pobres têm maior probabilidade, de contrair matrimônio e ter filhos em idades precoces, com menor probabilidade de ter acesso a serviços de saúde.

Para Cruz (1996) e Oliveira (2006), a população negra está exposta a um ciclo de desvantagens cumulativas na mobilidade social intergeracional, fato que a coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos para a sua saúde. Este fato foi ressaltado por Cruz (1996), quando afirmou que o Brasil é um país que possui grande diversidade relacionada a questões raciais mas que possui desigualdades intoleráveis sustentadas nas diferenças raciais e de gênero.

Batista e Kalckmann (2005) afirmaram que, no caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade. Assim sendo, além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em constante estado defensivo. Essa necessidade de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

Segundo o UNICEF (2003), ainda hoje, no Brasil, o fato de uma criança nascer rica ou pobre, morar na região Sul ou Nordeste, ter nascido homem ou mulher, ser negro, branco ou indígena, afeta sobremaneira as suas oportunidades ao longo da vida.

Embora haja, no caso brasileiro, disposições normativas, inclusive constitucionais, que assegurem um cenário de igualdade e que invalidam práticas discriminatórias contra mulheres, crianças, adolescentes, povos indígenas, afrodescentes e pessoas com deficiência, entre outros; essas mesmas normas legais por si só não garantem a reversão de um quadro histórico e tradicional brasileiro em que, para alguns, são reservados papéis de franca dominação e a outros, representações de subordinação ou submissão.

3.8 A importância da introdução do quesito cor nas discussões epidemiológicas da área da saúde

Ao analisar a questão da igualdade e equidade como princípios básicos de direito à saúde, para o desenvolvimento humano e para a justiça social, a discriminação racial, segundo Werneck (2001), é um fator social que intervêm na construção de diferenciais de saúde entre indivíduos. A discriminação no plano da saúde se opera através de diferentes formas: dificuldades de acesso aos serviços, baixa qualidade de serviços disponíveis, falta de informação adequada à tomada de decisões ou através de mecanismos indiretos como: estilos de vida, lugar de residência, tipo de ocupação, nível de renda ou status do indivíduo.

Lopes (2005), Cardoso, Santos e Coimbra (2005), Martinez e Scrimshaw (2000) e Berthoud (2001) demonstraram importantes diferenças no risco de adoecer entre imigrantes, africanos e minorias étnicas. O ajuste estatístico por indicadores de condições materiais de vida reduziu, mas não eliminou essas diferenças, demonstrando que essas condições materiais não são suficientes explicá-las.

Nesse contexto, valendo-se das recomendações de Oliveira (2006), o anseio pela atenção integral e equânime no campo da saúde deve ser pensado de modo a preservar as singularidades das demandas, respeitando-se as diferenças de raça, de faixa etária, de classe social, entre outras, contemplando-se a efetivação mais ampla do conceito de saúde que comporta ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para Adorno *et al*, (2004) é necessário elucidar a relação entre identidade racial e as condições sócio-econômicas no Brasil, especialmente no campo dos estudos epidemiológicos, como forma de analisar a interpenetração dessas variáveis na condição de saúde ou na produção de doenças. A abordagem do quesito “cor” poderá contribuir para a maior compreensão da sociedade sobre si mesma e, no plano das políticas públicas, poderá servir de base para propostas voltadas à equidade em saúde.

Para Batista e Kalckmann (2005), a inserção da questão racial na agenda da história das políticas públicas de saúde do Brasil, afirmativamente, é recente, posto que a ausência de atenção específica, apesar da necessidade, configurou-se como uma política de omissão, de não-responsabilidade do Estado para com quase 50% da população brasileira, os negros.

Assim sendo, a adoção do recorte de “cor” nas produções científicas na área de saúde pode ser traduzida como a introdução da temática raça / etnia nas investigações, discutindo-se o modo pelo qual a composição plural da nação brasileira resulta ou não em indicadores sociais perversos para a população negra, confirmando ou descartando a existência do segregacionismo.

Diversos autores, entre eles, Werneck *et al* (2000), chamaram atenção para a escassez de estudos sobre o processo saúde-doença entre pessoas de raça negra, tendo por base a “Ideologia Assimilacionista” na qual os indivíduos “não brancos” ocupariam posição subalterna no Brasil, devido a sua classe econômica, não a raça. Em geral, conforme essa ideologia, acredita-se que o adoecimento e a mortalidade alta e precoce entre negros no Brasil seja conseqüente às suas péssimas condições de vida, uma vez que 70% da população brasileira que vive abaixo da linha de pobreza é negra.

Contudo, conforme relatou Ramos (2002), programas de combate à pobreza sistematicamente substituíram políticas de reconhecimento das desigualdades de recorte racial no Brasil. Ainda assim, as desigualdades entre as condições de vida de brancos e negros resistem a sucessivos planos econômicos, crises e ritmos de desenvolvimento. Segundo essa autora, a lógica que identificou a classe econômica como sendo mais importante do que a raça/cor nas relações entre negros e brancos produziu um pensamento hesitante quanto a existência de um problema racial brasileiro e recusou-se a descrevê-lo como um obstáculo que necessita de políticas específicas para ser superado.

Por outro lado, vários estudos comprovam a relação entre o desfavorecimento econômico, a baixa escolaridade e as relações discriminatórias de gênero com o surgimento e agravamento de condições mórbidas, nas diferentes faixas etárias. Isolada ou associadamente, esses fatores acabam por influenciar ou serem influenciados por características raciais como é o caso da anemia falciforme, hipertensão arterial, o diabetes tipo II, os miomas uterinos, a deficiência de glicose-6 fosfato desidrogenase (G6PD), além da mortalidade infantil, síndromes hipertensivas na gestação e a mortalidade materna que, no Brasil são mais freqüentes entre negros (CRUZ, 1996; BATISTA, KALCKMANN, 2005; BRASIL, 2005a; OLIVEIRA, 2006).

Oliveira(2006) citou que não é possível estabelecer se é o meio ou a condição biológica dos seres vivos que possui maior importância na definição do processo saúde-doença, pois ambos são interdependentes. Mas, por outro lado, há argumentos antigos que demonstram que o recorte racial no processo de sanidade / enfermidade, é multifatorial e inquestionável. Por esse motivo, conceitualmente, as doenças prevalentes em grupos raciais/ étnicos são definidas como aquelas que cursam de modo diferenciado em um grupo populacional racial ou étnico e em mestiços de tais grupos, podendo ser causa genética ou multifatorial.

Assim sendo, segundo Alves (2007), a utilização do recorte de cor nos estudos epidemiológicos é essencial para reunir evidências ainda escassas, a respeito de grupos historicamente desfavorecidos do ponto de vista sócio-econômico. Para esse autor, a produção de informação sobre a saúde desses diversos grupos poderá permitir a configuração de um quadro mais detalhado a respeito das iniquidades sociais e das desigualdades em saúde no Brasil, e a formulação de políticas públicas informadas pelas especificidades da sociedade brasileira.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico e a adequação do processo de assistência ao pré-natal de adolescentes atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife-PE, procedendo a um recorte de cor como fio condutor de análise.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico de mães adolescentes;
- Caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes;
- Verificar se existe associação significativa entre a variável cor com as variáveis sócio-demográficas;
- Identificar indicadores de risco obstétrico, presentes na população estudada;
- Verificar se há associação significativa entre a variável cor com os indicadores de risco obstétrico presentes na população estudada;
- Determinar os tipos de complicações mais freqüentes ocorridas na gestação;
- Classificar a adequação da assistência pré-natal;
- Caracterizar os desfechos da gestação em relação ao parto ao recém-nascido.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, transversal, também denominado de estudo de prevalência, o qual consiste de uma pesquisa realizada por meio da obtenção de amostras representativas da população, através das quais são produzidos indicadores globais de saúde para o grupo estudado, em fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. Tem sido o mais empregado na prática de investigações no campo de saúde coletiva, por ser de baixo custo, alto poder descritivo e simplicidade analítica (ROUQUAYROL, ALMEIDA, 2003).

5.2 Área do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em seis maternidades que atendem usuárias do Sistema Único da Saúde (SUS) no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco (PE), que possui área territorial de 209km² e configuração físico-territorial marcada por grandes desigualdades. A população residente em Recife, por ocasião do último Censo Demográfico (IBGE, 2000) era de 1.486.905 pessoas, distribuídas num espaço totalmente urbano. Desse contingente, 46,5% era do sexo masculino e 53,5% do feminino, com predominância de faixas etárias mais jovens (dos 10 aos 29 anos), que correspondia a um total de 38% dos munícipes. De um modo geral, a população recifense foi considerada pobre, uma vez que maioria recebia até cinco salários mínimos. Em relação à população negra, o Recife situa-se na região brasileira que chega a comportar algo em torno de 60% dos habitantes, entre pardos e pretos (IBGE, 2004; RECIFE, 2006).

A assistência oferecida pelo SUS/Recife à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal é prestada na rede ambulatorial básica, composta por Unidades de Saúde da Família (USF – com 49% de cobertura em junho de 2005), Unidades Básicas Tradicionais e Unidades Especializadas. Em relação aos indicadores de saúde da mulher, aquele que chama mais atenção é o coeficiente de mortalidade materna, morte durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gestação, por qualquer causa agravada pela gravidez ou com ela relacionada, ou ainda, por medidas tomadas em relação a ela, porém não decorrente de causas acidentais

ou incidentais (BRASIL, 2003). No Recife esse indicador situa-se na faixa de 101,34 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (RECIFE, 2006).

A assistência obstétrica do SUS/Recife e SUS/Estadual, no âmbito hospitalar, é oferecida em nove maternidades que atendem mulheres residentes no Recife e provenientes de outras cidades do Estado de Pernambuco. A internação nestas instituições saúde é controlada por uma Central Reguladora de Leitos que organiza a demanda de acordo com a complexidade da assistência obstétrica requerida pela clientela.

A categorização do risco é utilizada para identificar graus diferenciados de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto e puerpério que podem determinar desfechos desfavoráveis para a mãe, para o conceito ou para ambos (BRASIL, 2000a). Os fatores geradores de risco podem estar relacionados a características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas presentes na gravidez atual e intercorrências clínicas (GOMES *et al*, 2001)

Assim sendo, o fluxo de atendimento pode ser direcionado para maternidades que atendam prioritariamente parturientes de alto risco ou para as que são destinadas às de baixo risco. De acordo com essa categorização, as maternidades do Recife são assim distribuídas:

Quadro 1 Distribuição das maternidades que prestam assistência a usuárias do SUS, de acordo com a categoria de atendimento em relação ao indicador de risco. Recife, 2006.

Maternidade	Categoria
Hospital Agamenon Magalhães – HAM	Alto risco
Maternidade Monteiro de Moraes – CISAM	Alto risco
Hospital Barão de Lucena – HBL	Alto risco
Hospital das Clínicas - HC/PE	Alto risco
Instituto Materno Infantil de Pernambuco Professor Fernando Figueira – IMIP	Baixo e alto risco
Policlínica e Maternidade Professor Arnaldo Marques – PMPAM	Baixo risco
Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima - PMPBL	Baixo risco
Centro Médico e Maternidade Oscar Coutinho - CMMOC	Baixo risco
Maternidade Professor Bandeira Filho – MPBF	Baixo risco

O quantitativo de partos realizados em cada serviço varia em função do número de leitos e da rotatividade na ocupação dos mesmos, considerando a complexidade de assistência requerida pela clientela atendida. Nos últimos cinco anos (2000 a 2005), a distribuição da média anual de nascimentos entre menores de 20 anos, residentes no Recife, nas maternidades do SUS, correspondeu a 4.734 nascidos vivos por ano, distribuídos, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 Distribuição da frequência de nascidos vivos de adolescentes recifenses nas maternidades do Recife, 2006.

Maternidade	Média anual 2000 a 2005
HAM	404
CISAM	611
HBL	388
HC/PE	237
IMIP	526
PMPA*	534
PMPBL	779
MOC**	781
MPBF***	474

Fonte: SINASC

Porcentagem calculada em relação à média anual no Recife

* Só existem registros de nascidos vivos nos anos de 2004 e 2005;

** Não existem registros no ano de 2005;

*** Não existem registros no ano de 2001.

5.3 População

Os sujeitos desse estudo foram adolescentes (com faixa etária entre os 10 aos 19anos), que se encontravam em situação de puerpério, período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto, no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-grávidico (BRASIL, 2003). As puérperas encontravam-se entre o 1º e o 10º dia de pós-parto, período denominado como puerpério imediato (BRASIL, 2003), internadas em maternidades integradas à rede assistencial do SUS/Recife e no SUS/Estadual. A escolha por realizar a coleta com puérperas

decorreu de que não seria possível proceder a avaliação das condições do pré-natal, parto e recém-nascido das adolescentes em outra fase do ciclo gestatório que não fosse o seu termo.

5.4 Seleção da amostra:

A amostra foi delimitada com o auxílio da Calculadora Estatística Sample Size Calculator Raosoft (RAOSOFT, 2006). Para efeito de estimativa de população, foi utilizada a média anual de nascidos vivos de adolescentes recifenses, a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Nascimentos da Secretaria de Saúde do Recife, SINASC – SMS/DIEVS-RECIFE, entre os anos de 2000 a 2005. Esse valor correspondeu a 4.734 nascimentos (RECIFE, 2006).

Foram analisadas múltiplas variáveis com prevalências distintas, adotando-se estimativa de prevalência de 50%, intervalo de confiança de 95% e margem de erro de cinco pontos percentuais, conforme recomendou Pereira (2000) e Raosoft (2006), obtendo-se um total de 356 sujeitos. Ao total da amostra foi acrescentado um percentual de 10% para cobrir possíveis perdas amostrais, o que correspondeu a uma amostra final de 392 sujeitos.

Optou-se pela técnica de amostragem aleatória probabilística em múltiplos estágios, através da qual pode ser procedida uma combinação de dois ou mais planos amostrais (PEREIRA, 2000). Inicialmente, todas as unidades hospitalares que prestavam assistência ao parto de adolescentes no Recife foram separadas em dois estratos: a) no primeiro estrato ficaram as maternidades que prestavam assistência às gestantes consideradas de alto risco; b) no segundo estrato, aquelas que prestavam assistência às mulheres de baixo risco.

Na ocasião da coleta de dados, só havia três maternidades que prestavam assistência à gestantes de baixo risco no município do Recife, visto que a maternidade Oscar Coutinho havia sido incorporada ao IMIP, por esse motivo optou-se por trabalhar com essas três unidades e sortear outras três unidades, entre as cinco que atendiam a pacientes classificadas como alto risco.

Entre as maternidades do estrato de alto risco, foram sorteadas: Maternidade Monteiro de Moraes – CISAM / UPE (Maternidade A); Hospital Agamenon Magalhães – HAM (Maternidade B); Hospital Barão de Lucena – HBL (Maternidade C). Entre as de baixo risco participaram todas as do SUS/RECIFE: Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima –

PMPBL (Maternidade D); Policlínica e Maternidade Professor Arnaldo Marques – PMPAM (Maternidade E); Maternidade Professor Bandeira Filho – MBF (Maternidade F).

Essas policlínicas e maternidades foram responsáveis por uma cobertura de 67,4% de todos os partos de adolescentes recifenses entre os anos de 2000 a 2005, conforme informações cedidas pelo SINASC (2006), com isto pôde-se comprovar a representatividade da amostra em relação à população total de mães adolescentes.

O total da amostra foi dividido por dois, para que 50% fosse coletada em maternidades de baixo risco e 50% nas de alto risco, perfazendo um total de 196 sujeitos em cada um desses dois grupos. A determinação do quantitativo de sujeitos entrevistados em cada maternidade foi proporcional à medial anual de cada unidade de saúde, conforme descrito nos Quadros 3 e 4. Assim, acredita-se que a amostra possa, além de ser suficientemente precisa, ser também representativa da população investigada.

Quadro 3 Apresentação do quantitativo de prováveis sujeitos em cada unidade de saúde de alto risco. Recife, 2006.

Maternidade	Média anual de nascimentos		Amostra n
	n	%	
A	611	43,5	85
B	404	28,8	57
C	388	27,7	54
Total	1404	100	196

Quadro 4 Apresentação do quantitativo de prováveis sujeitos em cada unidade de saúde de baixo risco. Recife, 2006.

Maternidade	Média anual de nascimentos		Amostra n
	n	%	
D	779	43,6	85
E	534	29,9	59
F	474	26,5	52

Total	2371	100	196
-------	------	-----	-----

Critérios de exclusão da amostra:

As puérperas adolescentes não residentes no Recife, para evitar viés na análise da questão acesso aos serviços públicos de assistência à saúde;

As puérperas cujas condições clínico-obstétricas não permitiram a sua participação ativa durante a entrevista;

As adolescentes menores de 18 anos cujo pai, mãe ou responsável não estivesse presente no momento da entrevista para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;

Adolescentes que não realizaram pré-natal;

As adolescentes que não dispunham de cartão de gestante (registro das consultas de pré-natal) no momento da entrevista.

5.5 Coleta de dados

5.5.1 Período: a coleta foi procedida entre os meses de novembro e dezembro de 2006.

5.5.2 Técnica de coleta: o levantamento dos dados foi procedido através de entrevista estruturada realizada pela própria pesquisadora.

5.5.3 Instrumento utilizado: o instrumento (Apêndice A) foi elaborado pela própria autora, a partir das referências de Marconi e Lakatos (2002) e de Almeida e Barros (2005). Contemplou 38 questões fechadas e pré-codificadas que abordaram variáveis sociais e demográficas, exposição a situações de violência, comportamentos relacionados à atividade sexual e saúde reprodutiva, condições da assistência pré-natal, parto e do recém-nascido (RN).

As variáveis relacionadas à categorização da assistência ao pré-natal foram construídas conforme as recomendações de Almeida e Barros (2005), a partir dos critérios estabelecidos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b).

Quanto à variável cor, foi adotado o sistema de classificação utilizado pelo IBGE, tomado como oficial desde 1991. Tal classificação tem como diretriz, essencialmente, o fato da coleta de dados se basear na autodeclaração. Dessa maneira, a pessoa escolhe, de um rol de cinco itens (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) em qual deles está inserido (OLIVEIRA, 2004). A justificativa para a adoção desse critério de autodenominação do IBGE foi respaldada nos estudos de Maio *et al* (2005) e Kilsztajn *et al* (2005) que confrontaram esse critério com a denominação realizada pelo entrevistador e encontraram consistência na determinação procedida pelo próprio entrevistado. Foi levado em consideração também as recomendações da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda a utilização da classificação de indivíduos por cor, segundo o IBGE.

Quadro 5 Classificação da assistência ao pré-natal e os critérios de enquadramento. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Avaliação da adequação da assistência ao pré-natal	<p>Variável analisada conforme o cumprimento das recomendações relacionadas a idade gestacional (IG) de início do pré-natal (PN), número de consultas em relação à IG em que ocorreu o parto, número de procedimentos clínico-obstétricos realizados por consulta, número de exames de rotina do PN (incluindo o anti-HIV), recebimento de orientações para a saúde e número de ecografias realizadas, profilaxia contra o tétano.</p> <p>Analisadas essas recomendações o PN pode ser classificado em:</p> <p>Assistência adequada superior: se todas as recomendações são satisfeitas;</p> <p>Assistência adequada: se forem cumpridas cinco recomendações;</p> <p>Assistência intermediária: se forem cumpridas quatro recomendações;</p> <p>Assistência inadequada: se menos de quatro recomendações forem satisfeitas.</p>

Quadro 6 Categorização das variáveis de indicação do risco obstétrico e os desfechos da gestação, com seus respectivos critérios de enquadramento. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Indicadores de risco obstétrico	<p>Os indicadores enumerados abaixo foram selecionados a partir das recomendações do Ministério da Saúde para categorização de gestações de alto risco (BRASIL, 2000).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fatores relacionados às condições sócio – demográficas : gestação em idade precoce (inferior a 15 anos), baixa escolaridade (analfabetas ou com ensino fundamental incompleto), baixa renda (até um salário mínimo), fragilidade no apoio da rede familiar (solteira ou separada e paternidade não assumida), ter sofrido violência; consumir substâncias tóxicas; 2. Fatores relacionados ao comportamento sexual: sexarca em idade inferior a 15 anos, idade ginecológica inferior a dois anos, três ou mais parceiros sexuais, não usar método contraceptivo e não ter planejado a gestação; 3. Fatores relacionados ao comportamento reprodutivo: intervalo interpartal inferior a dois anos, não ter planejado a gestação atual, relato de manobras abortivas.
Desfechos da gestação: condições do parto e do recém-nascido	<p>Variáveis adotadas para avaliação dos desfechos da gestação em relação ao parto e recém-nascido.</p> <p>Em relação ao parto foram avaliados: tipo de parto; complicações relacionadas ao parto.</p> <p>Em relação ao recém-nascido (RN) foram avaliados: idade gestacional e peso ao nascer; ocorrência de problemas de saúde no RN.</p>

Quadro 7 Categorização das variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das adolescentes: faixa etária, quesito cor, escolaridade da adolescente e de sua mãe/responsável. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Faixa etária	Idade, em anos, referida pela adolescente e confirmada pela data de nascimento que constar no prontuário no momento da internação, categorizada em faixas dos 10 aos 14 e dos 15 aos 19 anos.
Quesito cor	Categoria que avalia a identidade racial das adolescentes através da autodeclaração da cor, conforme os critérios do IBGE: branca; preta; parda (incluindo a que se diz mulata e morena); indígena; amarela.
Escolaridade da adolescente	Variável avaliada através do nível de escolaridade: analfabeta (sem escolarização); ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto.
Escolarização dos pais	Variável adotada para analisar a correlação do comportamento sexual e reprodutivo da adolescente com a escolarização mãe/responsável pela adolescente: analfabeto (sem escolaridade); ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo.

Quadro 8 Categorização das variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das adolescentes: rede de apoio familiar, condição econômica, acesso a serviços de saúde pública, hábitos e vícios. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Rede de apoio familiar	Variáveis adotadas para análise possibilidade de do apoio recebido pela gestante. Verificou-se: situação conjugal; paternidade assumida.
Condição econômica Familiar	Variável estudada com o objetivo de identificar as desigualdades sociais quanto aos extratos de renda familiar. A renda familiar foi categorizada em dois grupos: renda familiar até um salário mínimo; renda familiar maior que um salário mínimo.
Acesso a serviços de saúde pública	Variável adotada para analisar possíveis desigualdades de acesso a serviços de saúde e o resultado da avaliação das condições do pré-natal e desfechos da gestação: acesso fácil : quando adolescente informou dispor de serviços públicos de atenção ao pré-natal, na sua própria comunidade, não havendo dificuldade para marcação de consulta ou realização de exames laboratoriais); acesso difícil, por qualquer um dos motivos acima citados.

Quadro 9 Categorização das variáveis: exposição a situações de violência e consumo de substâncias tóxicas. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Exposição a violência	Variável adotada para averiguar a exposição das adolescentes a diferentes formas de violência e se há associação com a adequação do pré-natal. Foram categorizadas assim: exposição à violência de um modo geral e quem praticou; Exposição à violência psicológica, manifestada sob a forma de preconceito / discriminação.
Hábitos e vícios	Variável utilizada para analisar o padrão de comportamento de risco da adolescente. Foram analisadas as informações quanto aos hábitos/ vícios de: fumar; ingerir bebida alcoólica; consumir drogas ilícitas. Foi considerado apenas o consumo durante a gestação.

Quadro 10 Categorização das variáveis relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes. Recife, 2006.

Variável	Categorização
Comportamento sexual	<p>Variáveis empregadas com o objetivo de estabelecer a análise de aspectos do comportamento das adolescentes que possam estar associados a condições de maior vulnerabilidade.</p> <p>Foram analisadas: idade da menarca (primeira menstruação); idade da sexarca (primeira relação sexual); número de parceiros sexuais; uso de métodos anticoncepcionais; planejamento da gestação atual.</p>
Comportamento reprodutivo	<p>Variáveis empregadas com o objetivo de estabelecer a análise de aspectos do comportamento das adolescentes que possam estar associados a condições de maior vulnerabilidade e desfechos menos favoráveis da gestação.</p> <p>Foram analisados: idade ginecológica (diferença entre a idade em que a adolescente engravidou na gestação atual e a idade da menarca); número de gestações e abortos; intervalo interpartal.</p>

5.6 Estudo piloto

Foi realizado estudo piloto com o propósito de proceder com a validação semântica e de conteúdo do instrumento elaborado pela autora, desenvolver os procedimentos de aplicação, adequar a linguagem empregada nas questões e avaliar a coerência do critério de classificação por cor. Foi observado que não houve dificuldade para a compreensão dos termos empregados no instrumento de pesquisa e a análise da coerência do recorte por cor (entre a cor autodeclarada e a que foi observada pelo entrevistador) foi positiva para 78% dos casos. O estudo piloto foi desenvolvido com 12% da amostra, o que correspondeu a um quantitativo de 48 sujeitos, sendo oito em cada maternidade selecionada como local de pesquisa.

5.7 Tratamento dos dados

Realizou-se a codificação das informações presentes no instrumento de coleta de dados (Apêndice A). Após a codificação e definição operacional de cada uma das variáveis medidas, elaborou-se um arquivo com a versão eletrônica das informações coletadas, utilizando-se o programa MS EXCEL XP, em seguida, procedeu-se a validação, mediante dupla digitação.

A análise estatística foi realizada após importação da versão Excel no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 13. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais para as variáveis nominais ou categorizadas (Técnicas de estatística descritiva) e foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando as condições para a utilização do Teste de Qui-quadrado não foram verificadas (Técnicas de estatística inferencial). O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0%.

5.8 Aspectos éticos:

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normatizações contidas na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente aos aspectos éticos recomendados quando da realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi cadastrado no SISNEP (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa) e em seguida, encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Pernambuco – CEP / UPE, sob protocolo nº 179 / 06 tendo sido aprovada a sua realização, conforme documentação anexo (A).

Para cada sujeito e seu representante legal (quando menor de 18 anos) foi esclarecido o teor da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato, a privacidade e a desistência a qualquer momento, sem ônus para os mesmos. Após a aceitação livre e esclarecida em participar do estudo, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelo próprio adolescente se maior de 18 anos ou pelo responsável se menor de 18 anos (Apêndice C).

A pesquisadora responsável arcou com todos os encargos para realização da pesquisa, sem nenhum tipo de patrocínio ou convênio com instituições públicas, privadas ou qualquer organização política governamental ou da sociedade civil.

6. RESULTADOS

Nesse estudo foram entrevistadas 392 adolescentes, tendo havido perda amostral de 0,5%, o total efetivo foi de 390 entrevistas analisadas. A perda amostral ocorreu porque dois instrumentos foram descartados em decorrência das entrevistadas terem se autoclassificado como indígena e amarela. Dado ao fato de que a análise dessas categorias de cor não fazia parte do objeto desse estudo, os dois casos foram excluídos da amostra final. Os dados são apresentados a seguir e obedecem a seqüência dos objetivos propostos no estudo.

6.1 Perfil sócio-demográfico das adolescentes

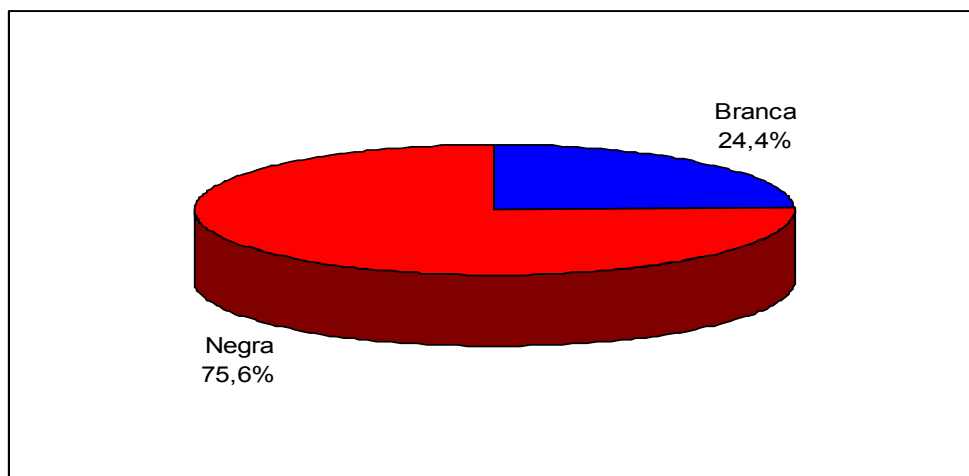


Gráfico 1 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor. Recife, 2006.

Dentre as 390 adolescentes (aqui citadas como mães, puérperas, entrevistadas, respondentes ou sujeitos do estudo), 295 (75,6%) eram negras (pretas ou pardas) e 95 (24,4%) eram brancas. Conforme ilustra o Gráfico 1.

Tabela 1 Distribuição das adolescentes segundo a cor e as características demográficas. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra				
	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária							
10 – 14	3	3,2	26	8,8	29	7,4	p ⁽¹⁾ = 0,048*
15 – 19	92	96,8	269	91,2	361	92,6	
Nível de escolaridade							
Analfabeta	-	-	2	0,7	2	0,5	p ⁽¹⁾ = 0,011*
Fundamental incompleto	52	54,7	181	61,4	233	59,7	
Fundamental completo	33	34,7	105	35,6	138	35,4	
Médio completo	10	10,5	7	2,4	17	4,4	
Escolaridade do responsável							
Analfabeto	18	18,9	76	25,8	94	24,1	p ⁽¹⁾ = 0,204
Fundamental incompleto	42	44,2	144	48,8	186	47,7	
Fundamental completo	28	29,5	62	21,0	90	23,1	
Médio completo	6	6,3	11	3,7	17	4,4	
Superior completo	1	1,1	2	0,7	3	0,8	
Renda familiar							
Até 1 salário mínimo	55	57,9	208	70,5	263	67,4	p ⁽¹⁾ = 0,023*
> 1 salário mínimo	40	42,1	87	29,5	127	32,6	

(*) Associação significativa a 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 1 destaca-se que a maioria (92,6%) das adolescentes tinha de 15 a 19 anos. Entre negras houve predomínio de adolescentes com menos de 15 anos (8,8% x 3,2%), tendo apresentado significado estatístico ($p < 0,05$).

O ensino fundamental incompleto foi o nível escolaridade referido pela maioria das entrevistadas, (59,7%), seguido das que tinham formação fundamental completa, 35,4%. Procedendo-se a análise pelo recorte de cor, associação estatisticamente significativa foi registrada em relação à escolaridade ($p < 0,05$). Nesse caso observa-se que o percentual de adolescentes com escolarização fundamental incompleta foi mais elevado entre as negras do que do que entre as brancas (61,4% x 54,7%), e o contrário ocorreu com as que tinham o ensino médio completo, que teve percentual mais elevado entre brancas do que entre negras (10,5% x 2,4%).

Quanto ao nível de escolaridade da mãe ou responsável pela adolescente, os maiores percentuais foram encontrados entre os que não tinham concluído o ensino fundamental, com 47,7% dos casos. A ocorrência de mães ou outro responsável pela

adolescente ser analfabeto foi registrada em 24,1% da amostra, também nesse caso, embora quantitativamente pouco representativa, a frequência de pais ou responsáveis analfabetos foi maior no grupo formado por negras (25,8% x 18,9%).

Ainda na Tabela 1, é possível destacar que a renda familiar da maior parte das entrevistadas correspondeu à faixa de até um salário mínimo, o qual, por ocasião da coleta de dados correspondia a R\$ 350,00 reais (US\$ 161,29 dólares). Para a variável renda, a associação estatística foi significativa pela análise do recorte de cor ($p < 0,05$), tendo sido verificado que existia uma concentração maior de negras com renda familiar inferior, (70,5% x 57,1% respectivamente).

Tabela 2 Avaliação das adolescentes segundo a cor e as características sociais. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Situação conjugal							
Solteira/separada	22	23,2	111	37,6	133	34,1	$p^{(1)} = 0,010^*$
Casada/união consensual	73	76,8	184	62,4	257	65,9	
Religião							
Católica	25	26,3	89	30,2	114	29,2	$p^{(1)} = 0,815$
Evangélica	15	15,8	51	17,3	66	16,9	
Outras	1	1,1	5	1,7	6	1,5	
Não tem	54	56,8	150	50,8	204	52,3	
Acesso a serviços públicos de assistência							
Fácil	86	90,5	254	86,1	340	87,1	$p^{(1)} = 0,110$
Difícil	9	9,4	41	13,8	50	12,8	
Exposição a violência							
Pelo pai / padrasto	5	5,3	15	5,1	20	5,1	$p^{(1)} = 0,517$
Pelo companheiro	4	4,2	20	6,8	24	6,2	
Por outros	9	9,5	17	5,8	26	6,7	
Não sofreu violência	77	81,1	243	82,4	320	82,1	
Vítima de preconceito							
Racial	-	-	33	11,2	33	8,4	$p^{(1)} = 0,018^*$
Financeiro	2	2,1	9	3,0	11	2,8	
Outros motivos	9	9,5	17	5,8	26	6,7	
Não sofreu preconceito	84	88,4	236	80,0	320	82,0	
Paternidade assumida							
Sim	86	90,5	251	85,1	337	86,4	$p^{(1)} = 0,178$
Não	9	9,5	44	14,9	53	13,6	

(*) Associação significativa a 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Quanto às características sociais, na Tabela 2, destaca-se que a maioria das entrevistadas era casada ou tinha situação de conjugabilidade do tipo união consensual,

65,9% da amostra. Tendo sido verificada associação significativa ($p < 0,05$) quando analisada a variável cor e a situação conjugal. As brancas apresentaram um maior número de relações do tipo conjugal do que as negras (76,8% x 62,4%).

Em relação à prática religiosa, o maior percentual de adolescentes, 52,3%, referiu não praticar nenhuma religião. Entre aquelas que referiram prática religiosa, 29,2% citaram a religião católica e 16,9% citaram a evangélica.

O acesso a serviços públicos de assistência à saúde foi avaliado como sendo fácil para a maior parte das respondentes, 87,1%. Não havendo associação estatística significativa quando comparados os dois grupos de cor. No entanto, entre as negras houve uma quantidade maior de relatos de dificuldade de acesso do que entre as brancas (13,8% x 9,4%).

As adolescentes que afirmaram ter dificuldade de acesso aos serviços de assistência à saúde (12,8%), justificaram através das seguintes alegações (dados não apresentados graficamente): dificuldade para realização de exames laboratoriais e para marcação de consultas em unidades de atendimento especializado, exemplo, serviços de assistência ao pré-natal de alto risco.

Em relação à violência, quando analisado o grupo como um todo, 18% das adolescentes responderam já ter sido vítima de alguma forma de agressão física, sexual ou psicológica. Analisando-se brancas e negras em separado, verifica-se que o percentual de vítimas entre as brancas foi pouco maior do que de negras, (19% x 17,7%), muito embora que não tenha sido identificada associação estatística entre os grupos de cor. Os agressores próximos ao convívio familiar da adolescente apareceram em maior número do que os estranhos (apresentados na Tabela 2 como outros).

Quando especificamente questionadas sobre a violência psicológica, associada ao preconceito ou qualquer outra forma de discriminação, 17,9% apresentaram respostas afirmativas. Houve associação estatística quando comparados os grupo de cor. A Tabela 2 mostra que, entre as vítimas de preconceito, as negras foram mais atingidas do que as brancas (20,0% x 11,6%).

Entre as negras, o preconceito racial foi o principal motivo alegado como fator desencadeante da discriminação, estando o fator econômico em segundo lugar. Entre as brancas, outros foram os motivos alegados para explicar a discriminação, entre eles, as questões relacionadas à condição financeira ("ser pobre"), à estética ("ser gorda", "usar óculos") e à sexualidade ("ser jovem e mãe de dois filhos", " ser homossexual") (dados não apresentados graficamente).

O apoio do pai do seu filho durante a gravidez e o parto, variável apresentada na Tabela 2 como paternidade assumida, foi respondido afirmativamente pela maioria das entrevistadas, 86,4%. Embora não tenha ocorrido associação estatística positiva entre as variáveis cor e paternidade assumida, verifica-se que entre as negras, o percentual de paternidade que não foi assumida foi discretamente mais elevado que entre as brancas (14,9% x 9,5%).

Tabela 3 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e o consumo de substâncias tóxicas. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra				
	n	%	n	%	n	%	
Fuma							
Sim	11	11,5	36	12,2	47	12,0	p ⁽¹⁾ = 0,884
Não	84	88,4	259	87,8	53	88,0	
Ingere bebidas alcoólicas							
Sim	29	30,5	80	27,1	109	27,9	p ⁽¹⁾ = 0,520
Não	66	69,5	215	72,9	281	72,1	
Consome drogas ilícitas							
Sim	3	3,1	23	7,7	26	6,6	p ⁽¹⁾ = 0,046*
Não	92	96,8	272	92,2	364	93,3	

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Analisando-se a Tabela 3 é possível perceber que o consumo de substâncias tóxicas foi negado pela maioria das entrevistadas. Contudo, 12,0% das mães adolescentes referiram ter fumado durante a gestação, 27,9% relataram ter ingerido bebida alcoólica e 6,6% informou ter consumido maconha, cheirado "cola de sapateiro" ou outros inalantes tóxicos como a "loló". Houve associação estatística entre a cor da adolescente e o consumo de drogas na gestação, com predominância para a população negra (7,7% x 3,1%).

6.2 Comportamento sexual e reprodutivo das mães adolescentes

Tabela 4 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e as condições de saúde relacionadas ao comportamento sexual. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Idade da Menarca							
< 10 anos	3	3,2	6	2,0	9	2,3	p ⁽¹⁾ = 0,764
10 a 12 anos	55	57,9	179	60,7	234	60,0	
> 12 anos	37	38,9	110	37,3	147	37,7	
Idade da sexarca							
< 10 anos	5	5,2	19	6,4	24,0	6,1	p ⁽¹⁾ = 0,612
10 - 14 anos	57	60,0	194	65,7	251	64,3	
> ou = 15 anos	33	34,8	82	27,9	115	29,4	
Idade da ginecológica							
< 2 anos	4	4,2	32	10,8	36	9,2	p ⁽¹⁾ = 0,052
> 2 anos	91	95,8	263	89,2	354	90,8	
Número de parceiros sexuais							
Um	44	46,3	143	48,5	187	47,9	p ⁽¹⁾ = 0,505
Dois	27	28,4	67	22,7	94	24,1	
Três ou mais	24	25,3	85	28,8	109	27,9	
Métodos anticoncepcionais							
Barreira	33	34,7	68	23,1	101	25,9	p ⁽¹⁾ = 0,130
Hormonal	15	15,8	54	18,3	69	17,7	
Barreira e hormônios	1	1,1	8	2,7	9	2,3	
Não usa	46	48,4	165	55,9	211	54,1	

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A maioria das entrevistadas, conforme destacado na Tabela 4, teve a menarca na faixa etária dos 10 aos 12 anos, 60,0%. Para a maioria das entrevistadas, 70,4%, a sexarca foi inferior a 15 anos e a idade ginecológica foi superior a 2 anos (90,8%). Entre as negras, embora não tenha ocorrido associação estatística positiva com a cor, destaca-se o número discretamente maior de adolescentes negras com idades ginecológicas inferiores a dois anos (10,8% x 4,2%).

Quanto ao número de parceiros sexuais, 47,9% teve parceiro único e 27,9% teve três ou mais. Em relação ao emprego de métodos anticoncepcionais, a maioria das puérperas referiu não usá-los. Dentre as usuárias desses métodos, o preservativo (denominado como variável barreira) foi o que apareceu como o maior número de citações, 28,2%, seguido por 20,0% que referiram fazer uso de pílulas ou injeções de hormônio (denominado como a variável hormonal). O uso de preservativo (método de barreira) foi

negado por 71,8% das negras e por 64,2% das adolescentes que se autocalificaram como brancas. A maioria das respondentes relatou não ter planejado a gestação, 73,1%.

Tabela 5 Avaliação das condições de saúde relacionadas ao comportamento reprodutivo segundo a cor das adolescentes. Recife, 2006.

Variável	COR						Valor de p
	Branca		Negra		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	
Número de gestações							
Uma	67	70,5	201	68,1	268	68,7	p ⁽¹⁾ = 0,532
Duas	19	20,0	73	24,7	92	23,6	
Três ou mais	9	9,5	21	7,1	30	7,7	
Antecedente de abortamento							
Nenhum	75	78,9	258	87,5	333	85,4	p ⁽²⁾ = 0,031*
Um	15	15,8	32	10,8	47	12,1	
Dois	5	5,3	3	1,0	8	2,1	
Três ou mais	-	-	2	0,7	2	0,5	
Gestação planejada							
Sim	26	27,4	79	26,8	105	26,9	p ⁽¹⁾ = 0,910
Não	69	72,6	216	73,2	285	73,1	
Intervalo interpartal							
< 2 anos	21	22,1	61	20,7	82	21,0	p ⁽¹⁾ = 0,563
> 2 anos	7	7,4	33	11,2	40	10,3	
Primeira gestação	67	70,5	201	68,1	268	68,7	

(*) Associação significante a 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Em relação ao comportamento reprodutivo, percebe-se, pela análise apresentada na Tabela 5, que a maioria das adolescentes entrevistadas estava vivenciando a maternidade pela primeira vez (68,7%). A recorrência de gravidez na adolescência foi de 31,3% na população estudada e para 21% das adolescentes que engravidaram duas ou mais vezes, o intervalo entre os partos foi inferior a dois anos.

O antecedente de abortamentos foi citado por 14,7% das entrevistadas. Procedendo-se o recorte de cor houve associação estatística com a variável antecedente de abortamento, tendo sido verificada citação maior de ocorrências entre brancas (21,1% x 12,5%).

6.3 Classificação do pré-natal e caracterização dos desfechos da gestação.

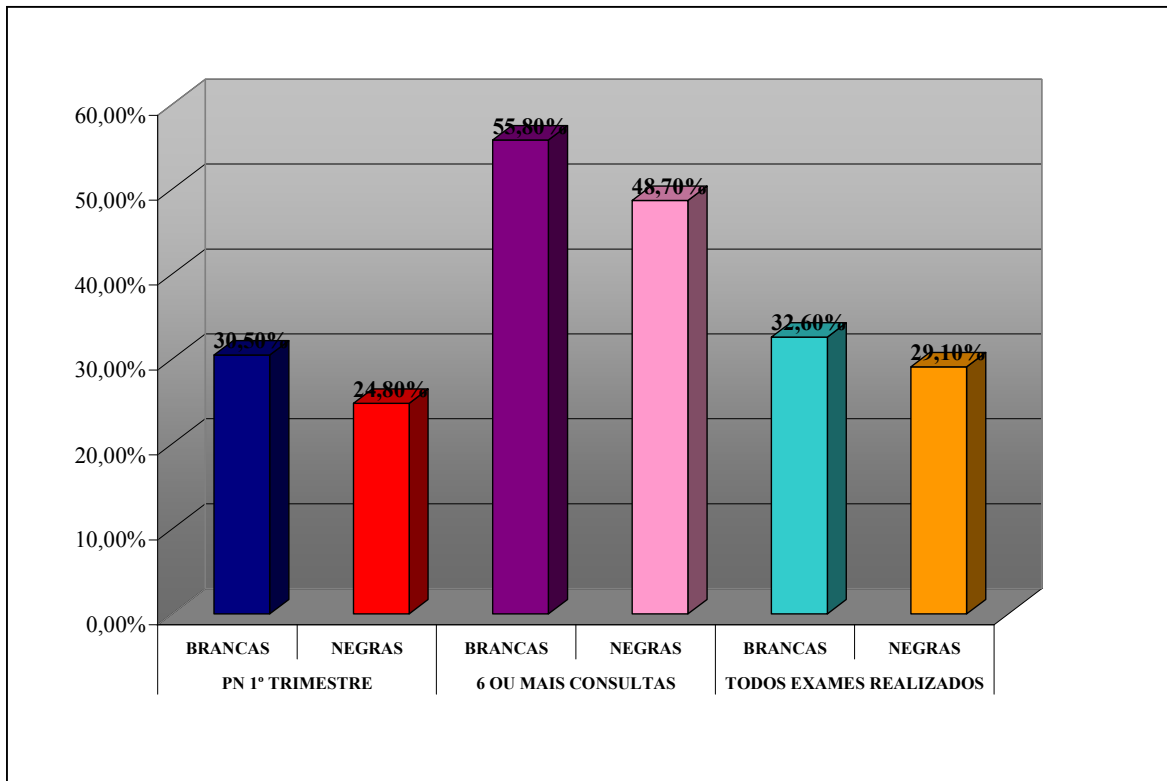


Gráfico 2 Distribuição do primeiro grupo de variáveis de avaliação do pré-natal segundo a cor. Recife, 2006.

A análise do Gráfico 2 mostra que apenas 30,5% das adolescentes brancas e 24,8% das negras iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. As adolescentes brancas, cuja gestação foi à termo, em sua maioria, realizaram mais de seis consultas ao pré-natal, 55,8%, enquanto que das adolescentes negras, nas mesmas condições, 48,7% atingiu esse número de atendimentos. Apenas 29,1% das negras e 32,6% das brancas realizaram todos os exames laboratoriais que devem ser realizados ao longo da assistência ao pré-natal.

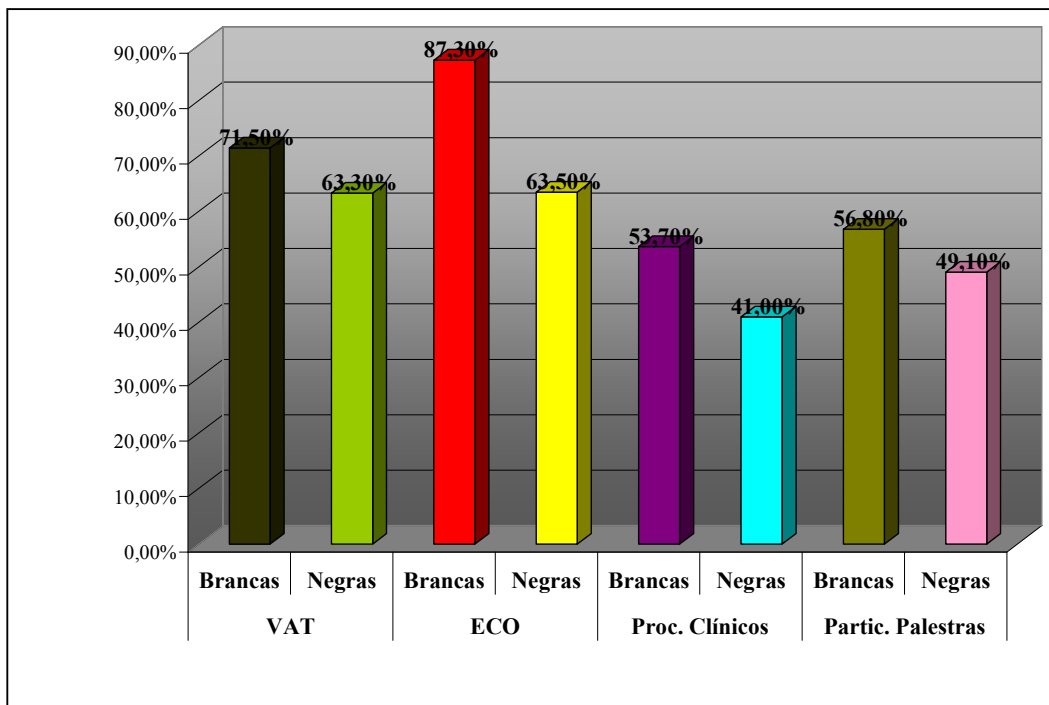


Gráfico 3 Distribuição do segundo grupo de variáveis de avaliação do pré-natal , segundo a cor. Recife, 2006.

Pela análise do Gráfico 3 é possível verificar que a maior parte das adolescentes foram submetidas ao esquema completo de vacinação anti-tetânica (VAT), 71,5% das brancas e 63,3% das negras. Quanto à realização de ecografia (ECO), a maior parte apresentou registro de pelo menos um exame desse tipo, 87,3% das adolescentes brancas e 63,5% das negras.

A maioria das adolescentes brancas foi submetida a, no mínimo, cinco procedimentos clínicos durante a consulta de pré-natal, 53,7%. Entre as negras, a análise dessa variável mostrou que apenas 41% das adolescentes apresentou registro de cinco ou mais procedimentos na consulta. O item relacionado a palestras revela que 56,8% das negras e 49,1% das brancas participou de alguma atividade educativa ao longo de todas as consultas do pré-natal.

Cabe salientar que em todos os itens utilizados como subsídios para classificação da qualidade do pré-natal, apresentados nos gráficos 2 e 3, a população formada por negras teve indicadores com percentuais inferiores àqueles das adolescentes brancas.

Tabela 6 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor, a classificação da adequação assistência e a avaliação da usuária. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Classificação assistência pré-natal							
Adequado superior	19	20,0	23	7,8	42	10,8	p ⁽¹⁾ = 0,041*
Adequado	46	48,4	124	42,0	170	43,6	
Qualidade intermediária	24	25,2	118	40,0	142	36,4	
Inadequado	6	6,4	30	10,2	36	9,2	
Avaliação do pré-natal pela usuária							
Pré-natal bom ou ótimo	84	84,4	252	85,4	336	86,1	p ⁽¹⁾ = 0,628
Pré-natal regular a péssimo	11	11,6	43	14,6	54	13,8	

(*) Associação significativa a 5,0%.

(1) Através do teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Os resultados apresentados na Tabela 6 mostram que para a maioria (54,4%) das adolescentes envolvidas nesse estudo, a qualidade do pré-natal foi considerada adequada (43,6%) ou adequada superior (10,8%). Por outro lado, para 9,2% das adolescentes, o pré-natal foi classificado como inadequado. A avaliação da assistência prestada a essas adolescentes apresentou associação estatística significativa quando relacionada com o quesito cor ($p < 0,05$). Mediante essa análise foi possível verificar que para as adolescentes brancas houve uma frequência maior de ocorrências de pré-natal adequado ou adequado superior em relação às adolescentes negras (68,4% x 49,8%). E mais, entre as que tiveram pré-natal inadequado, 10,2% eram negras e 6,4% eram brancas.

O resultado da classificação do pré-natal apresentado na Tabela 6, foi elaborado a partir das variáveis expostas nos Gráficos 2 e 3. Sendo assim, é possível analisar os índices que mais prejudicaram os resultados da qualidade do pré-natal. Esses corresponderam ao baixo número de adolescentes que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e o número de registros de exames laboratoriais inferior ao estipulado como rotina do pré-natal.

A maioria das adolescentes avaliou a assistência prestada durante o seu pré-natal, como tendo sido boa ou ótima (86,2%). Contudo, 11,6% das brancas e 14,6% das negras classificaram a assistência como regular ou péssima.

Tabela 7 Distribuição das adolescentes segundo a cor e a ocorrência de morbidades durante o pré-natal. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra				
	n	%	n	%	n	%	
Morbidades na gestação							
Hipertensão arterial							
Sim	20	21,1	93	31,5	113	21,9	p ⁽²⁾ = 0,023*
Não	75	78,9	202	68,5	277	71,0	
Ameaça de parto prematuro							
Sim	21	22,1	49	16,6	70	17,9	p ⁽²⁾ = 0,225
Não	74	77,9	246	83,4	320	82,1	
Diabete gestacional							
Sim	4	4,2	5	1,7	9	2,3	p ⁽¹⁾ = 0,230
Não	91	95,8	290	98,3	381	97,7	
Anemia							
Sim	58	61,1	164	55,6	222	56,9	p ⁽²⁾ = 0,350
Não	37	38,9	131	44,4	168	43,1	
Doenças sexualmente transmissíveis (DST)							
Sim	40	42,1	119	41,0	159	40,7	p ⁽¹⁾ = 0,050
Não	55	57,9	171	58,9	258	59,3	
Infecção urinária							
Sim	42	44,2	107	36,3	149	38,2	p ⁽¹⁾ = 0,166
Não	53	55,8	188	63,7	241	61,8	

(*) Associação significativa a 5,0%.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Observa-se na Tabela 7 que entre as condições patológicas (morbidades) registradas na gestação atual, a anemia foi a mais freqüente, tendo acometido 56,9% das gestantes. A segunda morbidade mais freqüente foi a infecção urinária, com uma prevalência de 38,2% na amostra estudada. Foi registrada ocorrência de 159 casos de DST, que representou 33,8% de prevalência no grupo.

Procedendo-se a análise pelo recorte de cor, foi possível perceber que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de cor, quando considerada a ocorrência de anemia, infecção urinária e DST. Por outro lado, a hipertensão acometeu 21,5% das adolescentes, tendo sido verificada prevalência maior entre negras ($p < 0,05$), (31,5% x 21,1%). A ameaça de parto prematuro ocorreu em 17,9% das entrevistadas e o diabetes gestacional foi a morbidade encontrada com menor freqüência no grupo estudado, tendo acometido 2,3% da amostra.

Tabela 8 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e os desfechos da gestação em relação ao parto. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra				
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto							
Normal	55	57,9	162	54,9	217	55,6	p ⁽¹⁾ = 0,802
Cesárea	37	38,9	120	40,7	157	40,3	
Fórceps	3	3,2	13	4,4	16	4,1	
Complicações no parto							
Sim	38	40,0	124	42,0	162	41,5	p ⁽¹⁾ = 0,726
Não	57	60,0	171	58,0	228	58,5	

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Os dados apresentados na Tabela 8 demonstram que a maioria das adolescentes teve parto normal, 55,6% e o percentual de cesáreas correspondeu a 40,3% no grupo estudado. As complicações estiveram presentes em 41,5% dos partos das entrevistadas. Entre as negras, 40,7% teve parto cirúrgico e para as brancas esse tipo de parto ocorreu em 38,9% dos casos. As complicações mais freqüentemente associadas ao trabalho de parto, registradas como motivos para a indicação de cesárea, foram: síndromes hipertensivas, ruptura prematura das membranas amnióticas, distócias de progressão fetal e o sofrimento fetal agudo (dados não apresentados graficamente).

Tabela 9 Distribuição das mães adolescentes segundo a cor e os desfechos da gestação em relação ao recém-nascido. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total		Valor de p
	Branca		Negra				
	n	%	n	%	n	%	
Idade gestacional do recém-nascido (RN)							
22 a 31 semanas e 6 dias	9	9,5	27	9,2	36	9,2	p ⁽¹⁾ = 0,157
32 a 36 semanas e 6 dias	18	18,9	82	27,7	100	25,6	
> ou igual a 37 semanas	68	71,5	186	63,0	254	65,2	
Peso do recém-nascido							
< 2500g	14	14,7	88	29,8	102	26,2	p ⁽¹⁾ = 0,608
> ou igual a 2500g	81	85,2	207	70,1	288	73,8	
Recém-nascido com problemas de saúde							
Sim	29	30,5	94	31,8	123	31,5	p ⁽¹⁾ = 0,183
Não	66	69,4	201	68,1	267	68,4	

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 9 verifica-se que 34,8% das adolescentes tiveram recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas. A ocorrência de baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g) foi constatado em 26,2% dos recém-nascidos. Entre as negras houve ocorrência maior de baixo peso (29,8% x 14,7%) e de prematuros (36,9% x 28,4%).

Complicações relacionadas à condição de saúde dos recém-nascidos, foram registradas em 31,5% dos casos. Entre as complicações mais freqüentes, o desconforto respiratório e a infecção perinatal (pneumonia por aspiração de líquido amniótico e sífilis congênita) foram as patologias mais encontradas (dados não apresentados graficamente).

Tabela 10 Distribuição das adolescentes segundo a cor e os indicadores de risco obstétrico relacionados às condições sócio - demográficas. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total	
	Branca		Negra		n	%
	n	%	n	%	n	%
Condições sócio-demográficas						
Idade						
10 a 14 anos	3	3,2	26	8,8	29	7,4
15 ou mais	92	96,8	269	91,2	361	92,6
Escolaridade						
Até Fundamental incompleto	52	54,7	183	62,0	235	60,3
Fundamental completo ou mais	43	45,3	112	38,0	155	39,7
Renda						
Até 1 salário	55	57,9	208	70,5	263	67,4
> 1 salário	40	42,1	87	29,5	127	32,6
Consumo de substâncias tóxicas						
Sim	40	42,1	100	33,9	140	35,9
Não	55	57,9	195	66,1	250	64,1
Fragilidade de apoio familiar						
Sim	9	9,4	44	14,9	53	13,5
Não	86	90,5	251	85,0	337	86,4
Exposição à violência						
Sim	18	18,9	52	17,6	70	17,9
Não	77	81,0	243	82,3	320	82,0

Os indicadores de risco apresentados na Tabela 10, relacionados à condições sócio-demográficas, revelam que a baixa escolaridade e a baixa renda são os fatores que atingem a maioria das adolescentes envolvidas nessa pesquisa (60,3% e 67,4%, respectivamente). No entanto, configuram-se de maneira mais expressiva entre as adolescentes negras.

O consumo de substâncias tóxicas, como cigarro, álcool ou drogas (maconha e inalantes) também se observa na exposição dos dados da Tabela 10. Tendo sido o terceiro indicador desfavorável, de caráter sócio-demográfico, com maior prevalência entre as entrevistadas, 35,9%. Da análise combinada desses hábitos: hábito de fumar ou ingerir bebida alcoólica ou usar drogas, verificou-se que entre adolescentes brancas esses hábitos eram mais freqüentes, (42,1% x 33,9%).

Tabela 11 Distribuição das adolescentes segundo a cor e os indicadores de risco obstétrico relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo. Recife, 2006.

Variável	COR				Grupo Total	
	Branca		Negra		n	%
	n	%	n	%	n	%
Comportamento sexual						
Idade da sexarca						
Menor que 15 anos	62	65,2	213	72,2	275	70,5
Maior ou igual a 15 anos	33	34,7	82	27,7	115	29,4
Idade ginecológica						
< 2 anos	4	4,2	32	10,8	36	9,2
> ou = 2 anos	91	95,7	263	89,1	354	90,7
Parceiros sexuais						
1 ou 2	71	74,7	210	71,1	281	72,0
3 ou mais	24	25,2	85	28,8	109	27,9
Planejamento da gestação						
Sim	26	27,3	74	26,7	105	26,9
Não	69	72,6	216	73,2	285	73,0
Comportamento reprodutivo						
Intervalo interpartal						
< 2 anos	21	22,1	61	20,6	82	21,0
> ou = a 2 anos	74	77,8	234	79,3	308	78,9
Ocorrência de morbidades						
Sim	70	73,6	192	65,0	262	67,1
Não	25	26,3	103	34,9	128	32,8

Quanto aos indicadores relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo, os indicadores de risco que apareceram com maior freqüência entre as adolescentes foram: idade da sexarca inferior a 15 anos (70,5%), ausência de planejamento da gestação atual (73,0%) e ocorrência de morbidades na gravidez (67,1%). Esses três indicadores apresentaram maior freqüência entre negras, assim como idade ginecológica

inferior a dois anos. Entre as brancas, foi mais freqüente o número maior de parceiros sexuais e o intervalo interpartal inferior a dois anos.

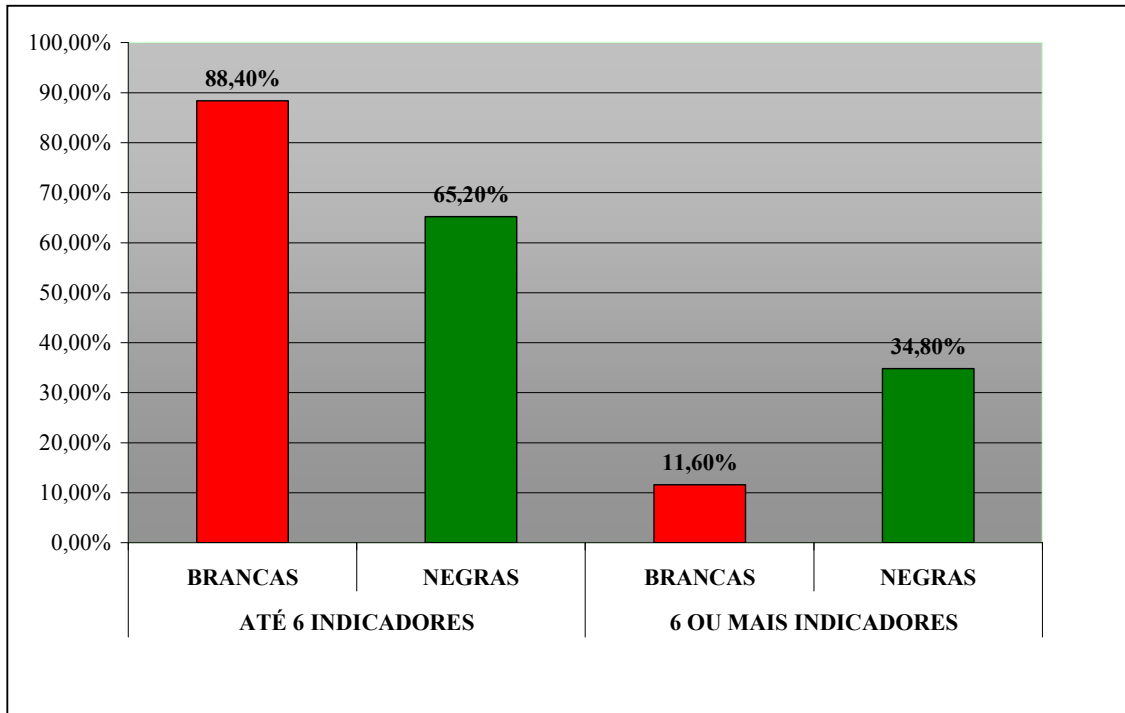


Gráfico 4 Distribuição das adolescentes segundo a cor e a combinação de indicadores de risco obstétrico. Recife, 2006.

O Gráfico 4 apresenta a combinação de todos os indicadores de risco obstétrico analisados no presente estudo. Diante da apresentação gráfica dos resultados é possível perceber que as adolescentes negras tiveram uma combinação maior de indicadores de risco (mais de seis indicadores associados) do que as brancas, (34,8% x 11,6%). Quando procedida análise estatística dos dados, foi verificado que o somatório de riscos obstétricos apresentou associação significativa com a cor da adolescente ($p = 0,033$) mediante aplicação do Teste de Qui-quadrado de Pearson.

7. DISCUSSÃO

7.1 Reflexão sobre questões metodológicas do estudo

A análise dos resultados apresentados nesse estudo, obedece à lógica do método epidemiológico, a partir do qual buscou-se tornar visível o perfil sócio-demográfico e as condições relacionadas à assistência ao pré-natal e desfechos da gestação de adolescentes recifenses, pertencentes a diferentes grupos de cor. A opção pela metodologia quantitativa permitiu aplicar instrumento pré-estabelecido para levantamento de variáveis, apresentação de resultados numéricos e testes de significância estatística. Dessa maneira procurou-se minimizar interferências subjetivas do autor, na coleta e apresentação das informações.

Entretanto, como ressalta Torres e Czeresnia (2003), o desenvolvimento dos métodos estatísticos e da capacidade de processar e analisar informações proporcionadas pelas ciências da computação, aliados ao aprofundamento do conhecimento biológico dos organismos, aumentaram muito o poder analítico da epidemiologia mas dificultou a integração de conceitos das ciências humanas e sociais. Nesse sentido, o grande desafio desse estudo consistiu em fazer a ponte entre os dados numéricos e suas interpretações sócio-culturais.

Por não se tratar de um estudo com abordagem compreensiva (qualitativa), houve limitações para análise de questões relacionadas ao caráter identitário racial e de pertencimento social dos sujeitos envolvidos, que não puderam ser profundamente exploradas. Mesmo assim, a aplicação do método epidemiológico permitiu mostrar como os indicadores sociais, demográficos e biológicos se apresentavam em grupos populacionais diferentes, onde se encontravam as suas semelhanças e as suas singularidades. Avaliar a interpenetração dos condicionantes sócio-econômicos, históricos e culturais relacionando-os aos resultados desse estudo é tarefa que não se esgotará nessa análise.

7.2 O perfil sócio-demográfico das mães adolescentes do Recife

A análise das características sócio-demográficas da amostra estudada revelou que o grupo pertencia, em sua maioria, à população negra, com faixa etária dos 15 aos 19 anos, baixa escolaridade e economicamente desfavorecida. Segundo a literatura, todas essas características se inter-relacionam com o perfil da ampla maioria das mães adolescentes brasileiras. O predomínio da população negra explica-se pelo fato da pesquisa ter sido realizada na Região Nordeste do país, na qual a população negra constitui maioria.

Segundo o relatório dos indicadores sociais do IBGE (2005), o Nordeste possui cerca de 64% da sua população composta por pessoas que se declaram pardos ou pretos. Os dados revelaram concordância com estudo realizado por Aquino *et al* (2003), em três capitais brasileiras, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, onde foi constatado maior prevalência de gravidez na adolescência entre homens e mulheres que se declararam negros ou indígenas, em comparação aos que se declararam brancos.

A predominância de gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos é justificada porque 70% das adolescentes engravidam entre 18 meses a três anos após a menarca e um ano após a iniciação sexual. (COATES, SANT'ANNA, 2001; MELO, 2001; TEIXEIRA *et al*, 2006). Dessa maneira, levando em consideração que a maioria das adolescentes brasileiras têm menarca por volta dos 12 anos e sexarca em média aos 15/16 anos (TRABALLI *et al*, 2002), estaria explicada a frequência de eventos gestacionais nessa faixa etária.

A situação econômica desfavorável foi evidenciada no grupo de adolescentes entrevistadas como um todo. A aparente homogeneidade do perfil econômico das entrevistadas se explica pela coleta de dados ter sido efetuada em instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde a maioria dos usuários apresenta situação econômica de baixa renda. Contudo, chamou atenção o fato de que as adolescentes negras sobressaíram no estrato de menor renda (até um salário mínimo). Essa informação encontra consonância com o Relatório de Indicadores Sociais do IBGE (2005), segundo o qual, os negros representavam 69,3% da camada formada pelos 10% mais pobres do país.

Estudos realizados Vitale e Amâncio (2006) apresentaram os maiores índices de fecundidade de adolescentes entre os estratos mais pobres da população. Esses pesquisadores salientaram, após apanhado bibliográfico, que das adolescentes brasileiras com renda familiar inferior a um salário mínimo e com idades entre 15 e 19 anos, cerca de 26% já era mãe no ano 2000. Alertaram para o fato de que os números apresentavam uma tendência crescente.

O baixo nível de escolaridade também predominou no grupo estudado, assim como em diversas outras pesquisas que demonstraram associação entre fecundidade de adolescentes e menores níveis de instrução (GAMA *et al*, 2001; COUTINHO *et al*, 2003; BRANDÃO, HEILBORN, 2006). No entanto, a trajetória escolar dessas jovens não foi objeto de análise do presente estudo e por isso não foi possível assegurar quantas mães adolescentes ainda mantinha o vínculo com a escola, quantas já havia abandonado os estudos antes da gestação e quantas só o fizeram após a descoberta da gravidez.

Sabe-se, no entanto, que um dos maiores determinantes associados ao comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes é o nível de escolaridade. Segundo Leite *et al* (2004), o risco de uma adolescente com até cinco anos ou mais de escolaridade ter um filho é 58% menor do que entre as de menor escolaridade. Por outro lado, Dias e Aquino (2006) observaram o fato de que, sobretudo em camadas populares, onde as condições materiais de existência determinam restrições e impõem outras prioridades aos sujeitos, o nascimento de uma criança, muitas vezes, configura-se em mais um motivo de interrupção dos estudos, dentro de um itinerário escolar já entrecortado. Sendo assim, a associação entre a trajetória escolar da mãe adolescente de baixa renda merece uma investigação mais detalhada, envolvendo a perspectiva da adolescente quanto aos seus projetos educacionais.

Para Belo e Silva (2004), a juventude atual é fortemente afetada pelas mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre escola e mercado de trabalho. Para esses autores, a maternidade na adolescência repercute na perda da liberdade, adiamento ou comprometimento dos estudos, limitando as perspectivas de inserção no mercado de trabalho e de aproveitamento pleno das oportunidades de desenvolvimento pessoal.

Cabe ressaltar que entre as adolescentes envolvidas nessa pesquisa, o contingente em maior desvantagem econômica e de escolaridade eram as negras, vindas de famílias cuja mãe também apresentava baixa escolaridade. Esses dados condizem com as indicações do IBGE (2005) no que refere se à população negra. Segundo esse relatório, a população negra recebe, em média, metade do salário dos brancos, tem as maiores taxas de desemprego e com maior inserção em atividades de baixo rendimento salarial. O relatório indicou também que, no Brasil, uma criança ou adolescente negro tem duas vezes mais chance de ser pobre que uma branca.

Heringer (2002) afirmou que a situação educacional dos negros representa uma das maiores dificuldades para a conquista da igualdade de oportunidades entre brancos e negros no Brasil. Afirmou que desvantagens para a população negra, acumuladas através da história brasileira, refletem em menores oportunidades educacionais, menores oportunidades

no mercado de trabalho e conseqüentemente, menores rendimentos salariais, dificultando a mobilidade social dos indivíduos.

Dados semelhantes foram relatados por Teixeira (2003) em seus estudos sobre as trajetórias de ascensão social do negro através da educação. Esse autor afirmou que no Brasil, uma das grandes dificuldades para a mobilização social do negro é a dificuldade em prosseguir nos diversos níveis de escolarização. Ressaltou que os negros, na sua maioria pobres e filhos de pais pouco escolarizados, não dispõem da rede de apoio necessária à sua manutenção nas instituições de ensino que alicerçam a ascensão educacional.

Diante desse cenário é preciso refletir que a gravidez na adolescência de negras brasileiras, à semelhança do que ocorre em outros países, acontece num contexto de desvantagem social e econômica. Para alguns autores, esse cenário reflete exclusão social que não se limita a privações de natureza financeira, mas que pode estar associada a fatores sociais, políticos e simbólicos que determinam a exclusão de categorias da população (GUIMARÃES *et al*, 2002).

Nesse contexto, é válido salientar o que referiu Pantoja (2003), quando mencionou que, num ambiente pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida e marcado por interrupções na trajetória escolar, a maternidade pode adquirir centralidade, impondo-se como uma alternativa de vida para as adolescentes que já não percebem na escolarização um mecanismo de ascensão econômico-social. Lopes (2005) complementou que em qualquer sociedade, o sistema educacional pode se constituir em poderoso agente de inclusão social e de promoção de igualdade. No Brasil, porém, a negligência do ensino diante das iniquidades geradas por séculos de escravidão potencializa a manutenção e ampliação das disparidades sociais.

Assim sendo, adolescentes podem encontrar na maternidade um passo importante na sua hierarquia social local. Para essas jovens, a gravidez pode representar uma condição de tratamento especial pela sociedade, embora que temporária, estando associada a uma possibilidade de ingresso na vida adulta, de afirmação social, de construção do seu próprio núcleo familiar, cumprindo o papel social que lhe foi repassado, de mãe e dona de casa, reproduzindo as relações desiguais de raça e de gênero.

Analisando-se a situação conjugal das adolescentes, foi verificado que a maioria referiu se encontrar numa relação de casamento com seus parceiros, não tendo sido investigado se existiu relação entre a opção pela conjugalidade e a ocorrência da gestação. Entre as jovens que se mantinham solteiras ou que estavam separadas, houve predominância de negras. Essa informação pareceu importante porque segundo explicaram Gonçalves e

Gigante (2006) no contexto das relações afetivas e sexuais dos adolescentes, a ocorrência da gestação mobiliza papéis de gênero, valores do segmento social e familiar, ocasionando interação de tradições, modernismos e preceitos geracionais. Assim sendo, muitas jovens adolescentes são levadas a decidir sobre o seu futuro relacional com o co-responsável pela gestação, pressionadas pelas expectativas do grupo social, especialmente pela família.

Pires (2002) chamou atenção para o fato de que muitas adolescentes, especialmente aquelas que se encontravam em situação de desvantagem social e econômica, sem grandes perspectivas de futuro, são socializadas para o casamento e maternidade como forma de resgate da cidadania, repetindo muitas vezes em sua vida, o modelo de sua mãe.

Sabroza *et al* (2004) ressaltaram que a vida conjugal influencia o modo como a gestação é percebida e aceita pela adolescente e sua família, podendo influenciar no comportamento da gestante e interferir nos resultados da gestação. Sendo assim, as solteiras ou separadas, na maioria negras, se encontravam em condição de maior susceptibilidade a não dispor da rede de apoio conjugal e familiar. Por outro lado, é importante salientar que numa sociedade onde as relações de gênero desfavorecem a mulher, o fato de estar vivendo uma relação conjugal não oferece garantia da existência de um apoio social efetivo para essa adolescente. Assim, mesmo que a paternidade assumida tenha sido relato proferido pela maioria das entrevistadas, a investigação não permitiu aprofundar o entendimento que essas adolescentes possuíam sobre a paternidade e até onde se estendeu o apoio do parceiro.

A questão da paternidade foi trabalhada nesse estudo com o intuito de saber se a adolescente contou com o apoio do pai de seu filho durante a gravidez. Isto porque, segundo alguns estudiosos da gravidez na adolescência, o apoio do parceiro é elemento de grande influência na evolução favorável da gravidez, contribuindo para diminuir os riscos que os efeitos psicológicos desfavoráveis acarretam sobre a adolescente e seu filho (COATES, SANT'ANNA, 2001). Não foi possível analisar detalhadamente o significado da paternidade assumida para a própria adolescente, mas os dados revelaram que a maioria das entrevistadas contou com a presença do marido, companheiro, namorado ou parceiro durante esse período.

Pantoja (2003) mostrou que para muitos jovens pais, assumir a paternidade, do ponto de vista social e material, indica maturidade e responsabilidade, "atitude de macho". E foi nessa perspectiva que os pais adolescentes se viram e foram vistos pelo seu grupo, persistindo a lógica tradicional de gênero que indica o homem no papel provedor da família.

Por outro lado, Dias e Aquino (2006) ressaltaram que a maternidade na adolescência ainda circunscreve-se ao universo feminino. Os pais, co-responsáveis pela gestação, na maioria das vezes também são adolescentes, têm baixa escolaridade e iniciam

atividade remunerada por volta dos 14 anos. Essa perspectiva não representa uma divisão sexual de trabalho mais igualitária em termos de responsabilidade com a criança, pelo contrário, segundo esses autores ainda são as mulheres que pagam os mais elevados ônus das restrições sociais e econômicas impostas pela maternidade.

A maioria das entrevistadas não adotava prática religiosa. Essa informação adquire relevância na análise do perfil dos sujeitos do estudo quando confrontada com os achados de Vitale e Amâncio (2006). Segundo esses autores, a postura religiosa adotada pelo indivíduo adolescente relaciona-se com o comportamento sexual, estabelecendo normas a serem seguidas nas atitudes sexuais. A prática religiosa apresentaria um sistema de valores que encorajaria os adolescentes a desenvolverem comportamento sexual responsável e a iniciar práticas sexuais mais tardiamente. Distanciados de uma prática religiosa, teoricamente, esses jovens poderiam estar mais vulneráveis a iniciar atividade sexual precoce e insegura, expondo-se a ocorrência de gestações e doenças sexualmente transmissíveis.

É válido considerar, no entanto que, por uma limitação da metodologia adotada no estudo, não é possível explorar de modo consistente, como a religiosidade poderia estar interferindo no comportamento sexual desses adolescentes, interagindo com outros fenômenos sócio-culturais e econômicos.

Pela avaliação da maioria das entrevistadas, não ocorreu dificuldade de acesso aos serviços de assistência à saúde. No entanto, é válido analisar que, para cerca de 12,8% da amostra, o acesso foi considerado difícil. Tratando-se de um estudo realizado numa capital do país, com 49% de cobertura pela rede atenção básica em saúde da família (RECIFE, 2006), esse contingente que relatou dificuldade de acesso pode ser considerado pequeno. Entretanto se, por outro lado, o acesso é considerado fácil para a maioria, a preocupação será a oferta de serviços de qualidade. Restaria saber se o acolhimento, a qualidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo da adolescente com o serviço de saúde, correspondiam às suas expectativas.

Na opinião das entrevistadas, a marcação de consultas na rede especializada e a realização dos exames laboratoriais constituíram as principais dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde. De posse dessas informações caberá avaliar como está ocorrendo a organização da referência das adolescentes grávidas atendidas no SUS e de que modo será possível rever rotinas, fluxos de encaminhamentos para exames e consultas. Ressalto que o ordenamento desse fluxo não poderá ser realizado no campo das unidades básicas de saúde mas, num plano mais amplo de discussão, no contexto do sistema municipal de saúde, envolvendo gestores e usuários.

Uma forma de encontrar soluções para essa problemática é mencionada por Lamare (2005), o qual recomenda que ao invés de preconizar a criação de centros especializados na assistência a adolescentes e jovens, seria preferível fortalecer os serviços de atenção básica. Sendo assim, não se trata apenas de garantir o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS mas ir além, qualificando os serviços para que ofereçam uma atenção resolutiva e de qualidade às pessoas jovens, respeitando as suas características biopsicossociais. Essa qualificação pode ser sintetizada como a adoção de um olhar diferenciado dirigido à população jovem. Esse olhar, segundo o autor acima, implica em fazer o melhor acolhimento possível, ter sensibilidade para com as demandas e necessidades do adolescente, contemplando suas heterogêneas realidades epidemiológicas e sócio-culturais.

Dentre as entrevistadas que alegaram acesso difícil aos serviços de saúde, ocorreu maior frequência de relatos de adolescentes que se declararam negras. Esse dado apresenta semelhança com outros estudos realizados no Brasil, como o de Simão *et al* (2004) que encontraram entre as mulheres negras uma maior frequência de desigualdade de acesso a serviços de saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2004c) revelou que disparidades sociais e econômicas, bem como o preconceito racial, contribuíam para a ausência de democracia no acesso de negros aos serviços de saúde. Corroborando com essa informação, Simão *et al* (2004) constataram diferenças relacionadas com o número de consultas ginecológicas, de consultas ao pré-natal e até mesmo com a proporção de parturientes que receberam anestesia, com nítida desvantagem para as mulheres negras.

Perpétuo (2000) afirmou que a existência da discriminação no acesso às ações de saúde no Brasil, estaria associada à pobreza e não à cor da pele do usuário. Mas, fez a seguinte ressalva, a pobreza é um elemento de discriminação do negro no Brasil. Assim, o fato do poder aquisitivo ter funcionado como desencadeador das desigualdades de acesso não invalidaria a análise da discriminação conforme a cor do indivíduo. Do mesmo modo, Oliveira (2006) relatou que pessoas de baixa escolaridade e que estão em condições econômicas precárias encontraram dificuldades para serem atendidas pelo sistema de saúde pública no Brasil. Assim, se as negras estão entre os mais pobres e entre as de menor escolaridade não seria possível negar a existência de um diferencial de acesso aos serviços de saúde, segundo o critério da cor do cidadão.

A exposição à violência chamou atenção na caracterização social das adolescentes estudadas. Praticada principalmente pelos pais, padrastos e companheiros, a

agressão física e a violência sexual atingiram brancas e negras, e, a violência psicológica, sob a forma de discriminação e preconceito, vitimou especialmente as adolescentes negras.

Segundo Frota e Russo (2003), jovens e adolescentes encontram-se vulneráveis a toda forma de violência. A violência praticada por eles e contra eles se localiza nos mais diferentes espaços da sociedade, seja na rua, nas suas casas, atrás das grades, nas escolas e nos diferentes grupos em que eles se inserem. Um desses espaços de violência é a família, que não ficou imune às transformações ocorridas ao longo da história da sociedade humana e incorporou conflitos por vezes expressos em ações violentas contra mulheres, crianças e adolescentes.

A violência representa hoje uma das principais causas de adoecimento e morte entre jovens adolescentes. Entre as mulheres, os maus-tratos físicos e o abuso sexual caminham juntos. Conforme Sullca e Schirmer (2006) milhões de meninas e mulheres estão em situação de violência, devido às desigualdades nas relações de gênero. A situação da violência contra mulheres, crianças e adolescentes caracteriza-se pela prevalência dentro da família, pela complacência da sociedade e pelo grave impacto sobre a saúde das mulheres. Destacaram que uma em cada três mulheres sofre alguma forma de violência durante a vida, podendo esta violência iniciar na concepção e perdurar até à velhice. As formas mais comuns são os abusos sexuais, emocionais e físicos. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), 83,6% das crianças agredidas sexualmente, são vítimas de seus pais ou padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos.

A violência em seus diversos tipos, imprime inúmeras seqüelas, inclusive na auto-estima das crianças e adolescentes. Segundo Burrows *et al* (1998) uma adolescente com baixa auto-estima, carente de apoio e afeto familiar, pode sentir-se motivada a procurar na maternidade precoce o meio para conseguir afeto incondicional e libertação de um ambiente familiar hostil.

Verificar a articulação entre a ocorrência de violência e a gestação atual não foi objeto de investigação desse estudo. Sabe-se que essa associação existe e que em muitos casos, jovens engravidam como conseqüência de violência sexual. A minoria registra ocorrência em delegacias especializadas e busca serviço de saúde para atendimento adequado. Muitas, por medo ou vergonha, deixam de receber assistência adequada que poderia minimizar as conseqüências do ato violento. Gestações que resultam dessas agressões poderiam ser interrompidas, se esta fosse a vontade expressa da adolescente, de maneira segura, em serviços de atenção à vítima de violência sexual. Quando deixam de procurar os serviços especializados, as vítimas grávidas podem recorrer a abortamentos em situação de

clandestinidade, o que se configura em outros atos de atentado contra a sua integridade física e emocional.

A ocorrência de violência psicológica foi evidenciada nesse estudo pelo relato das vítimas. Segundo Assis *et al* (2004) a violência psicológica refere-se a um comportamento considerado psicologicamente abusivo, que transmite uma mensagem culturalmente específica de rejeição ou prejudica um processo psicológico, resultando em danos psicossociais e biológicos.

Segundo o UNICEF (2003) o preconceito se estende nas questões econômicas (se o indivíduo é pobre ou rico), nas relações étnico e raciais (se é negro, branco ou índio), nas relações de gênero (se é homem ou mulher). Essas discriminações geralmente oprimem de maneira marcante, a mulher negra e pobre.

Lopes (2005) afirmou que a sobre-representação do negro na pobreza, com especial destaque para a mulher, restringe suas possibilidades de consumo, de acesso aos bens sociais potencialmente disponíveis e, por conseqüência, suas liberdades individuais. Por outro lado, Santos (2004) ressaltou que a dinâmica da discriminação na sociedade brasileira opera gerando seres que não podem reconhecer, ou seja, o discriminador não reconhece que discrimina e o discriminado não percebe que foi discriminado e como auxilia na manutenção das estruturas de discriminação. Do mesmo modo, Oliveira e Barreto (2003) encontraram em suas pesquisas sobre o racismo no Brasil, que os brasileiros se consideram isentos de preconceito racial mas, afirmam a existência de racismo na sociedade.

Kilsztajn *et al* (2005) ressaltaram, em seus inquéritos sobre preconceitos raciais, que os brancos entrevistados não se julgam racistas, mas dizem conhecer pessoas próximas que têm preconceito. Da mesma forma, entrevistados negros negam ter sido vítima de discriminação, mas confirmam casos de racismo envolvendo familiares e conhecidos próximos. Neste sentido, segundo esses autores, no Brasil a vítima do racismo é sempre o outro.

Esse dado reforça a dificuldade de pesquisas científicas que levantam dados sobre os estigmas a que estão sujeitos os brasileiros de ascendência africana, processos que não se deixam identificar facilmente através de entrevistas estruturadas, que são os instrumentos mais largamente empregados. Isto ocorre porque os brasileiros evitam expressar verbalmente a ocorrência do preconceito racial.

Segundo Guimarães (1999), nas sociedades modernas, o racismo manifesta-se por meio de duas situações: a pobreza e a não-cidadania. Assim, a aparente inconsistência numérica de relatos de preconceito, não é suficiente para julgá-lo como fenômeno de menor

importância no perfil das adolescentes estudadas. A concentração de adolescentes negras no grupo de menor renda, menor escolaridade e com indicativo maior de dificuldade de acesso a serviços de saúde, pode ser analisada como situação de não-cidadania constituída e gerada pela discriminação social.

Apesar da discussão feminista sobre o racismo e suas conseqüências perversas sobre a vida e saúde das adolescentes negras não constituírem objeto de análise desse estudo, saliento que os estudos sobre a juventude no Brasil precisam dar conta da presença da diversidade racial na trajetória de vida e saúde das jovens do nosso país.

O álcool e o tabaco foram as duas substâncias tóxicas mais consumidas pelas adolescentes envolvidas nesse estudo. A prevalência de uso álcool foi de 27,9%, índice superior ao encontrado por Silber e Souza (1998) que informaram uma prevalência de consumo dessa substância em torno de 18% dos jovens brasileiros.

Noto e Galduróz (1999) alertaram sobre os malefícios físicos e os problemas de natureza social que geralmente se associam ao consumidores dessas substâncias. Geradoras de violência, inclusive no ambiente familiar, expõem também os adolescentes a DST, acidentes e até a gestação indesejada. Silber e Souza (1998) acrescentaram ainda que essas substâncias precedem o consumo de substâncias ilícitas como a maconha, os psicotrópicos e os inalantes.

A maioria das adolescentes referiu ter diminuído o consumo de substâncias tóxicas durante a gestação devido ao receio de provocar prejuízos à saúde do concepto. Essa preocupação tem razão de existir porque, além de todos os prejuízos que o uso dessas substâncias podem provocar no usuário, quando se trata do consumo na gestação, elas aumentam a ocorrência ruptura prematura das membranas, abortamentos espontâneos, placenta prévia, prematuridade, recém-nascidos com retardo de crescimento intra-uterino e com baixo peso ao nascer (SILBER, SOUZA, 1998).

Adolescentes tornam-se mais vulneráveis a envolvimento com drogas, segundo Kroeff *et al* (2004), quando expostos à violência, quando vivenciam estados depressivos, devido à baixa auto-estima e por pressão de companheiros. Leal *et al* (2005) chamaram atenção também para o fato de que a maior prevalência de comportamentos de risco associado ao uso de drogas ilícitas em gestantes negras pode ser a expressão do estresse pela vivência do preconceito.

Desse modo, a exposição maior de adolescentes negras às drogas ilícitas requer uma investigação mais aprofundada, onde essas experiências sejam confrontadas com a realidade psicossocial das jovens, levantando-se motivos que possam explicar a sua maior

exposição ao consumo de tóxicos e aquilo que pode ser realizado para favorecer o abandono das práticas que constituem em comportamentos de risco.

7.3 O comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes

A maioria das adolescentes participantes desse estudo teve menarca entre os 10 aos 12 anos, iniciou vida sexual antes dos 15 anos e teve parceiro sexual único. Não utilizava métodos anticoncepcionais, estava vivenciando a maternidade pela primeira vez e a idade ginecológica relacionada a gestação atual foi superior a dois anos.

Em relação à menarca os dados confirmam uma tendência à diminuição da faixa etária em que ela vem ocorrendo nas adolescentes brasileiras. Poit (2001), Belo e Silva (2004) afirmaram que a menarca pode ocorrer entre nove aos dezesseis anos de idade, tendo revelado uma idade média de menarca semelhante à encontrada nesse estudo, em torno de 12,3 anos. Vitalle e Amâncio (2006) justificaram que a idade da menarca está sendo adiantada em torno de quatro meses por década e que atualmente 95% das suas ocorrências se dão nos limites dos 11 aos 15 anos.

Sendo a menarca a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precoce ocorrer a menarca, mais exposta estará a adolescente, do ponto de vista biológico, à gestação. Coates e Sant'Anna (2001), Carvalho *et al* (2002) salientaram que idades de menarca precoce poderiam influenciar na iniciação sexual. Contudo é importante ressaltar que a iniciação sexual precoce também resulta de estímulos externos, como o ambiente social e a mídia.

Quanto à sexarca, os achados dessa pesquisa correspondem a uma iniciação sexual em idades mais precoces do que aquelas que foram encontradas em outros estudos sobre o comportamento sexual de adolescentes brasileiras. Souza (2002) e Yazlle *et al* (2002) citaram que a sexarca das brasileiras ocorria em média aos 16 anos. Traballi *et al* (2002), Gonçalves e Gigante (2006) encontraram idade média de sexarca em torno de 15 anos.

Segundo Carvalho *et al* (2002), a iniciação sexual antes dos 15 anos é considerada precoce e ocorre mais em adolescentes de baixa renda. Ressaltou que esse dado é de extrema importância porque a maioria das gestantes adolescentes de baixa renda também tem baixa escolarização, sugerindo uma pérfida associação entre processo educativo atrasado ou interrompido, precocidade de iniciação sexual e gravidez.

Gonçalves e Gigante (2006) observaram atenção para o fato de que o início cada vez mais precoce da vida sexual e o sexo fora do casamento favorecem a discursos moralistas que agrupam os adolescentes como portadores de comportamento inconseqüente. Alertaram para o perigo de interpretações e julgamentos com base no enfoque do erro ou prejuízo. Recomendaram que as análises sobre os comportamentos sexuais e reprodutivos dos jovens adolescentes devem considerar os efeitos cumulativos da exclusão social e econômica sobre a condição de saúde desses indivíduos, ressaltando que a gravidez imprime um novo modo de ser jovem e deixa de ser um fenômeno que diga respeito somente àquelas que engravidam.

A multiplicidade de parceiros sexuais não foi evidenciada nos relatos das adolescentes. Essa informação, segundo Taquette *et al* (2004) vai contra os dados apresentados em literaturas médicas e informações veiculadas nos meios de comunicação leiga, segundo os quais, adolescentes possuem múltiplos parceiros porque nessa fase ocorre a a experimentação sexual.

Em relação à idade ginecológica, dados semelhantes foram encontrados por Chemello (1999), Traballi *et al* (2002) e Azevedo *et al* (2003). Coates e Sant'Anna (2001) enfatizaram que as complicações biológicas para mãe e filho seriam mais freqüentes e de maior gravidade quando a adolescente possuía idade ginecológica inferior a dois anos. Esse fator de risco apresentou-se pouco mais expressivo entre negras do que as brancas participantes desse estudo.

Os riscos associados à imaturidade biológica e psicossocial da adolescente, com baixa idade ginecológica, são valorizados especialmente quando outros fatores de risco associam-se a esse quadro, como a idade inferior aos 15 anos, a baixa renda, a baixa escolaridade e o acesso difícil a serviços de saúde. Elementos que se associam promovendo piores desfechos da gestação para mãe e concepto.

Chamou atenção o fato da maioria das adolescentes ter relatado não fazer uso de nenhum método contraceptivo. Os estudos demonstram que os jovens sabem a respeito dos métodos e ainda assim não se utilizam dos mesmos de maneira efetiva e consistente. Segundo alguns autores, os jovens não se preocupam com a contracepção em função de serem movidos pelo pensamento mágico de que "isso não acontecerá comigo" e porque se consideram pouco vulneráveis a adquirir DST ou à ocorrência de gestação.

Coates e Sant'Anna (2001) salientaram o importante papel do desconhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva, tanto por falta de orientação da família, como da escola ou do serviço de saúde, provocando a exposição do

adolescente à gestação e a doenças de transmissão sexual. Esses pesquisadores encontraram baixa adesão ao uso de contraceptivos, em torno de 52%, dado semelhante ao apresentado no presente estudo. Esse quantitativo foi pouco abaixo da média nordestina de não-usuárias de métodos contraceptivos, que segundo IBGE (2000), atingia 59% dos adolescentes, valor que correspondia a mais que o dobro das não-usuárias da região Sudeste, que correspondia a 23%.

Teixeira *et ai* (2006) mostraram que inúmeros são os fatores associados ao uso de métodos contraceptivos e/ou a proteção pessoal durante os relacionamentos afetivo-sexuais. Entre eles citaram o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, o tipo de envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e autonomia alcançada nessa fase da vida.

Especificidades relacionadas ao gênero são merecedoras de análise também porque, segundo Oliveira (2006) ressaltou, o engajamento de mulheres na utilização de contraceptivos sofre influência de pessoas com poder normativo (homem-parceiro) e o papel social secundário da mulher pode impedir a sua utilização quando não houver disposição do companheiro ou quando a opinião dele for contrária ao uso.

A escolaridade também aparece como forte indicador na utilização de métodos contraceptivos. Leite *et al* (2004) encontraram associação entre o número de anos de escolarização e o número de adolescentes que indicaram o uso de contraceptivos. Porém, Brandão e Heilborn (2006) advertiram que o aprendizado e o domínio da contracepção na adolescência é um processo gradual, salientaram que esperar do adolescente escolarizado a incorporação de um postura contraceptiva automática seria dificilmente compatível com o domínio dos "primeiros passos" da sexualidade adolescente.

É importante salientar também que o uso de métodos contraceptivos é condicionado pela pobreza e falta de acesso a condições dignas de cidadania. A contracepção, para a maioria da população carente de recursos financeiros, está na dependência de serviços públicos que, nem sempre assumem a sua responsabilidade em orientar e acompanhar os usuários, provendo métodos mais adequados a cada faixa etária. Investigação sobre práticas contraceptivas em mulheres de baixa renda, realizada por Giffin (2002), demonstrou que muitas utilizam pílula de forma irregular ou incorreta, compradas em farmácias sem receitas médicas, em dosagens inadequadas.

Um outro dado que corrobora com a não utilização de métodos contraceptivos é a sexarca em idades mais precoces, abaixo de 15 anos, fenômeno presente nas experiências sexuais das adolescentes desse estudo. Segundo Almeida (2006) e Teixeira *et*

al (2006) mulheres com iniciação sexual mais tardia utilizaram mais métodos contraceptivos do que aquelas com sexarca antes dos 15 anos. Em alguns casos, a falta de orientação, aliada ao medo que os pais descubram que a filha já mantém relações sexuais, justifica a não utilização de contraceptivos.

Destaque também deve ser dado ao fato de que jovens adolescentes nem sempre se percebem como sexualmente ativas e têm medo de negociar o uso de contraceptivos, temendo serem interpretadas como promíscuas. Para algumas jovens ainda é importante conservar, perante os namorados, certa "ingenuidade" como sinônimo de pureza sexual e assim preferem não falar sobre esse assunto com seus parceiros.

A situação de conjugabilidade, segundo Brandão e Heilborn (2006) favorece a utilização de métodos contraceptivos, pois a proporção de uso entre jovens unidas é substancialmente maior que entre todas as jovens adolescentes. Esse dado não confere com os observados nesse estudo uma vez que, apesar da maioria ter relacionamentos conjugais, a adesão ao uso de métodos contraceptivos permaneceu baixo. No entanto, como já discutido anteriormente, a conjugabilidade nessa faixa etária é, em muitos casos, motivada pela ocorrência da gestação. Então, para aprofundar essa análise seria importante verificar quantas daquelas que já tinham união conjugal antes da gestação atual, usavam contraceptivos.

Quanto ao comportamento reprodutivo chamou atenção o fato de que, apesar da maioria estar experimentando a primeira gestação, cerca de um terço já havia engravidado anteriormente, tendo sido identificada uma prevalência de recorrência de gestação na adolescência de 31,3%. Dentre essas, 21% teve intervalo interpartal inferior a dois anos. Os dados são semelhantes às prevalências mencionadas em estudos brasileiros, nos quais foram mencionadas taxas que oscilaram entre 10% e 45%, com intervalos interpartais que variaram de 12 a 24 meses (CARVALHO *et al*, 2002; YAZLLE *et al*, 2002; BELO, SILVA, 2004; PERSONA *et al*, 2004).

Mandú (2000) ressaltou que a primeira gravidez indesejada não é um recurso suficientemente forte para prevenir a ocorrência de novas gestações, especialmente quando são adolescentes de baixa renda, com limitada escolarização e que convivem com os companheiros.

A pesquisa de abortamentos em gestações anteriores demonstrou uma ocorrência de 14,7% na amostra estudada. Não foi investigado se os antecedentes de abortamentos foram naturais ou provocados, ficando tais questionamentos para estudos posteriores. Sabe-se, no entanto, que muitas adolescentes preferem não assumir a adoção de manobras abortivas, especialmente para profissionais de saúde, temendo qualquer forma de

discriminação. Além disso, os índices apresentados podem estar subnotificados porque muitas adolescentes, que se submeteram a abortamentos realizados na clandestinidade, têm receio de se manifestar no momento da entrevista, já que o aborto nesse caso é uma prática ilegal no Brasil.

Conforme Peres e Heilborn (2006), a realização do aborto, para muitas adolescentes, seria uma alternativa constituída pela sua condição social, visão de mundo e biografia individual. Assim, o fato dos antecedentes de abortamento terem sido mais freqüentes entre brancas pode ser explicado à luz das questões sociais e demográficas, já que brancas e negras possuíam desigualdades de renda e escolarização. Segundo esses pesquisadores, as jovens sujeitas à maior exclusão social são justamente as que recorrem mais freqüentemente aos hospitais públicos em busca de procedimentos como a curetagem pós-aborto e declaram gestações não planejadas.

Carvalho *et al* (2002), por outro lado explicaram que para as adolescentes que têm uma condição financeira melhor podem ter mais facilidade para resolver o problema da gravidez não planejada através do aborto, comprando medicações abortivas ou até mesmo obtendo a interrupção em consultórios e clínicas particulares. Já as mais pobres, grupo formado na sua maioria por negras, a falta de acesso a recursos para abortar, pode gerar acomodação com o prosseguimento da gestação. Tais adolescentes podem também optar por submeter-se a abortamentos na clandestinidade, em piores condições de segurança e com muito maior risco.

Nessa pesquisa foi investigado o planejamento da gestação, não tendo sido explorado se, após a ocorrência da mesma, a chegada do filho passou a ser desejada. Mesmo não havendo planejamento, a gestação pode passar a ser desejada, principalmente quando a adolescente conta com apoio do parceiro, suporte afetivo da família, orientação e recursos financeiros.

7.4 Avaliação da assistência pré-natal

A avaliação da assistência foi realizada com base em relatos das adolescentes e nos registros efetuados no cartão da gestante. Dessa maneira, para efeito de análise, procedimentos não registrados não foram computados. Foram adotadas as recomendações do Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco gestacional. As gestantes que foram acompanhadas no alto risco tiveram seus cartões analisados conforme os

padrões considerados mínimos para o atendimento de baixa complexidade. As particularidades da assistência requerida por adolescentes atendidas nos serviços de alto risco não constituíram objeto de análise.

O número de consultas da adolescente no pré-natal foi ajustada em relação à idade gestacional, calculada por ocasião do parto e em função das características do recém-nascido. Essa correção foi considerada fundamental, conforme Almeida e Barros (2005), para eliminar possíveis vieses, uma vez que mães de recém-nascidos prematuros realizam um número menor de consultas pré-natais, havendo possibilidade de superestimar a associação entre ocorrência de prematuridade e o pré-natal inadequado.

A qualidade do pré-natal foi considerada como adequada ou adequada superior para a maioria das adolescentes envolvidas na pesquisa. Em torno 54% das adolescentes tiveram pré-natal adequado, índice um pouco abaixo do recomendado pelo ministério da saúde que recomenda um índice superior a 70% (BRASIL, 2000b).

Os indicadores que apresentaram os melhores resultados foram: número de consultas, igual ou superior a seis, para aquelas que chegaram ao termo do período gestacional; esquema completo de imunização antitetânica e realização de pelo menos uma ecografia. Os indicadores que comprometeram a avaliação final do pré-natal foram: a idade gestacional de início do pré-natal, realização de todos os exames laboratoriais de rotina e número de procedimentos clínico-obstétricos realizados por consulta .

Este estudo mostrou que a maioria das adolescentes iniciou o pré-natal no segundo trimestre da gestação. Fato semelhante ao encontrado em outras pesquisas que avaliaram a assistência à gestante adolescente. Porém desvia do padrão de qualidade recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o qual recomenda a iniciação do acompanhamento da gestante no primeiro trimestre da gravidez.

Gama et al (2001) ressaltaram que a iniciação precoce do pré-natal possibilita o diagnóstico e tratamento precoce de doenças e outras intercorrências que trariam conseqüências adversas à saúde da gestante e do bebê. Essa recomendação ganha importância ainda maior quando se trata do pré-natal da adolescente que tem grande risco de evoluir com complicações, cujos indicadores serão analisados a seguir.

Costa e Formigli (2001) e Gama *et al* (2001) relataram que a experiência com serviços de assistência ao pré-natal de adolescentes tem demonstrado altos índices de procura no segundo trimestre, indicando que essa população apresenta pouca conscientização quanto ao significado dos cuidados pré-natais para a sua própria saúde e a do seu filho,

necessitando de um investimento mais intenso da equipe de saúde no estímulo ao ingresso precoce da adolescente no serviço.

O grande número de adolescentes que disseram não ter planejado a gestação pode ter sido um fator contribuinte para a sua entrada tardia no pré-natal. Segundo Coutinho *et al* (2003), Almeida e Barros (2005) a procura espontânea pelo serviço de assistência pré-natal pode ser alterada pela confirmação tardia da gestação, pela maior resistência em aceitar a gravidez, pelo medo da pressão familiar e pela falta de captação pelas unidades de saúde. Costa e Formigli (2001) atentaram também para o fato de que a gravidez não planejada poderia provocar depressão, baixa auto-estima e falta de motivação para cuidar da saúde.

Os problemas relacionados à dificuldade de gestantes em realizar os exames laboratoriais de rotina no pré-natal indicam a possibilidade de que tais exames não estejam sendo solicitados pelos profissionais de saúde ou sua realização não esteja adequadamente viabilizada pelos laboratórios do SUS. Contudo, é preciso considerar a possibilidade de que as adolescentes tenham realizado tais exames mas o registro dos mesmos, no cartão da gestante, não tenha sido efetuado. Segundo Costa e Formigli (2001) seria necessário avaliar que muitas adolescentes descuidam de sua saúde no pré-natal e isso poderia também motivar a não realização de exames no pré-natal.

A irregularidade no registro dos procedimentos clínicos e obstétricos da consulta pré-natal foi o terceiro elemento que mais prejudicou a avaliação da qualidade do serviço. Esses procedimentos devem ser realizados e registrados a cada consulta. Os principais procedimentos incluem o exame físico da gestante, com aferição da pressão arterial, do peso, do estado nutricional da gestante e preenchimento da curva de ganho ponderal materno. Além cuidados maternos, a consulta deve contemplar a mensuração da altura uterina, ausculta cardíco-fetal, manobras de palpação e registro nas curvas de avaliação da altura uterina em relação à idade gestacional.

Conforme salientaram Coutinho *et al* (2003), os registros da prática clínica no cartão da gestante influenciam o processo de cuidado e faz com que auditorias possam refletir a qualidade da atenção prestada. No entanto, a rotina de preenchimento do cartão da gestante nem sempre é valorizada durante as consultas. Conforme esses autores, a adequação dos registros das consultas tem sido apontada como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência ao pré-natal.

Nesse estudo foram observadas desigualdades na avaliação da qualidade do pré-natal de adolescentes negras e brancas. Em todos os índices analisados houve uma menor frequência de padrões de adequação para o grupo formado por adolescentes negras. Dados

semelhantes foram encontrados em avaliações realizadas em outras regiões do país. Almeida e Barros (2005) encontraram piores indicadores de qualidade em gestantes de baixa renda, salientaram que entre essas predominaram as adolescentes e negras.

Alguns estudos explicam a ocorrência de maior inadequação do pré-natal de entre mulheres de baixa renda. Neumann *et al* (2003) justificaram esse fato pela frequência com a qual mulheres de baixa renda iniciaram o pré-natal tardiamente, em função de dificuldade de acesso ou porque receberam atendimento com menor qualidade técnica. Outros, como Gama *et al* (2001) afirmaram que a inadequação do pré-natal da adolescente decorria da maioria delas buscava atendimento em serviços públicos, provinha de grupos sociais excluídos, carentes de recursos financeiros, com pouco acesso a informação em saúde e sem apoio da família e do companheiro.

A análise dos casos de inadequação do pré-natal, pelo enfoque da pobreza, encontra fundamento no presente estudo, uma vez que as participantes, em sua maioria, foram de baixa renda. Contudo, no grupo onde houve maior registro de inadequação do pré-natal, a situação de pobreza não se limitava à insuficiência de rendimentos familiares. O desfavorecimento social, predominou entre as negras, que também tiveram menores índices de escolarização, sofreram mais violência psicológica, ingeriram mais drogas ilícitas, tiveram mais relatos de dificuldade de acesso a serviços de saúde e foram também as que mais apresentaram avaliações negativas a respeito da assistência. A análise dos motivos que justificaram as desigualdades na qualidade do pré-natal entre os grupos de cor, deverá contemplar as dimensões sócio-culturais que possam estar repercutindo em desvantagens para a mulher negra.

Uma grande limitação desse estudo, percebida também em outras investigações sobre a adequação do pré-natal, referiu-se a exploração da qualidade do cuidado. Para esse indicador não existe consenso ou padrão de performance que permita a sua avaliação. A maioria das puérperas considerou satisfatória a atenção dada a elas durante o pré-natal porém, é necessário considerar que o julgamento dessas usuárias pode apresentar viés. A baixa instrução e inabilidade para analisar como deveria ser a abordagem clínica e o acolhimento exercido pela equipe de saúde, poderia conduzir a avaliações equivocadas.

Simão *et al* (2004) ressaltaram que a qualidade do atendimento é geralmente sofrível, para aqueles que dependem da rede pública de saúde no Brasil. Giffin (2002) alertou também para a relação do usuário com o profissional de saúde, ressaltando que ela ainda é alvo de preocupação e que pode comprometer a qualidade do atendimento às mulheres. Problemas na relação com o profissional de saúde nem sempre são percebidos ou criticados

pelos usuários, especialmente por aqueles que se colocam em posição de submissão. Como afirmou Lopes (2005), aos pobres é oferecida uma cidadania abstrata, que não cabe em qualquer tempo ou lugar e que, na maioria das vezes, não pode se quer ser questionada.

No caso da mulher adolescente negra, é importante salientar que embora a sociedade brasileira não conviva com o ódio racial, com a segregação legal ou explícita, a atribuição de um significado social negativo a determinados padrões fenotípicos justifica tratamentos desiguais. Segundo Lopes (2005), a mulher é quem mais sofre com as barreiras sociais impostas ao negro no Brasil, impondo-lhes restrições de consumo e de acesso a bens sociais. Só que estes aspectos da sociedade brasileira não têm visibilidade e nem costumam a constituir alvo de crítica nos estudos de avaliação da qualidade dos serviços.

A avaliação do conteúdo de qualidade de atendimento não pode ser aprofundada em pesquisas de natureza quantitativa mas, requerem abordagens em outros estudos, com metodologias compreensivas, que permitam a análise de linguagem e interpretação de simbolismos, que indiquem a verdadeira concepção que os adolescentes têm a respeito dos serviços e da qualidade da atenção que tem sido oferecida.

7.5 Morbidades e desfechos da gestação

O estudo das morbidades que incidem na gestação reveste-se de importância como indicadores de eficácia de programas de assistência à maternidade. Segundo Martins (2006) aproximadamente 40% das mulheres experimentam algum tipo de morbidade na gestação, sendo que o alto risco materno atinge cerca de 15% das mulheres adultas. Quanto às adolescentes, esse percentual tende a ser maior por conta da associação com outros fatores de natureza psico-social que acompanham a maior parte das gestações na adolescência.

A investigação sobre a ocorrência de patologias na gravidez das adolescentes demonstrou que 67,1% teve algum processo mórbido durante a evolução da gestação. As patologias mais frequentes foram a anemia, a infecção urinária e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ocorreram também, em menor frequência, a hipertensão, a ameaça de parto prematuro e o diabetes gestacional.

Todas essas patologias foram indicadas, em diversos estudos, como as mais prevalentes na gestação de adolescentes. Pesquisadores salientaram que a grande maioria dessas condições é prevenível e passível de controle através de uma assistência pré-natal adequada. Existe consenso também a respeito de que condições sociais desfavoráveis, como a

pobreza, a marginalização social, combinados com o estilo de vida da adolescente têm papel preponderante na cadeia causal dessas doenças (COSTA, FOMIGLI, 2001; YAZLLE *et al*, 2002; VITALLE, AMANCIO, 2006).

No presente estudo não foram encontrados registros de patologias de natureza psíquica, como a depressão. No entanto, estudos mostraram o aumento da prevalência dessas condições na gestação da adolescente. Segundo autores como Gama *et al* (2001), a propensão à baixa auto-estima e à depressão vem sendo citada como contribuintes para resultados adversos na gravidez da adolescente. O fato de não ter ocorrido registro dessas alterações psicológicas não significa que elas não estivessem presentes mas, que talvez os profissionais não estivessem devidamente treinados para fazer o diagnóstico dessas alterações.

Os dados deste estudo corroboram os da literatura sobre a prevalência da hipertensão e demais doenças cardíacas em pessoas da população negra (CRUZ, 1996). Oliveira (2006) relatou que a incidência de hipertensão é maior em negros do que em qualquer outro grupo racial, aparecendo em jovens com maior severidade e elevados índices de morbi-mortalidade. No grupo feminino, segundo essa autora, a hipertensão chega a provocar uma mortalidade de 12,3% para negras, enquanto que para não-negras esse percentual declina para 0,8%. Esses dados indicam a necessidade de estudos que articulem a pressão arterial com outras variáveis que ajudem a traçar um perfil cultural e étnico da doença.

A avaliação das condições que predisõem à ocorrência da hipertensão arterial, a sua prevenção e adequado manejo no pré-natal tem importância fundamental para a saúde reprodutiva das mulheres porque, no Brasil, a hipertensão responde como a primeira causa de morte materna, especialmente quando as mulheres apresentam dificuldade de acesso ao pré-natal ou não têm uma adequada assistência.

Segundo Martins (2006) os dados oficiais do Brasil sobre a mortalidade materna evidenciam que as doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas, são as principais causas de mortalidade materna no país. Ambas mantêm-se, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas por infecções puerperais e o abortamento, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular, complicadas pela gravidez, parto ou puerpério.

A análise dos desfechos em relação ao parto das adolescentes mostrou uma maior ocorrência de partos normais do que de cesáreas (55,6 % x 40,3%, respectivamente). O número de cesáreas ainda pode ser considerado como alto conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde, a qual estabelece limites para taxas de cesáreas entre 10% a

15% dos partos (BRASIL, 2003). As atuais taxas brasileiras de cesáreas variam entre 16% a 40% (CARVALHO *et al*, 2002).

O elevado número de cesáreas encontrados nesse estudo pode ser conseqüente à coleta de dados ter sido, em parte, realizada nos hospitais de referência para gestantes de alto risco obstétrico, os quais apresentam elevadas taxas de cesáreas devido à grande demanda de pacientes com complicações clínico-obstétricas. No entanto, o modelo de parto tecnológico ainda permanece no país que, até pouco tempo, ocupava a posição de campeão de cesáreas no mundo.

Se, por um lado, a cesárea realizada por indicação obstétrica tem um grande potencial para reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro, o exagero de sua prática tem efeito oposto. Essa profunda distorção da prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores relacionados à forma como a sociedade e a medicina encara a mulher. Ehrenreich e English (1973) abordaram o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças, medicalizando o corpo feminino. Conforme estes autores, esta é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura.

As elevadas taxas de cesáreas fizeram com que o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2816 de 29/05/2000, estabelecesse o limite de 40% de cesarianas para partos realizados pelo SUS. Tais ações incluem também por exemplo, melhoria no pagamento aos hospitais que conseguissem reduzir o número de cesáreas.

A limitação das cesáreas nos serviços públicos não alterou a ocorrência desses procedimentos nos hospitais particulares. Estudos mostraram que mulheres de família com nível mais alto de renda e de escolaridade apresentam maior proporção de cesárea. O parto vaginal, realizado pelos médicos de plantão, e a não escolha do hospital pela gestante predominaram nos grupos de renda mais baixas (ALMEIDA, BARROS, 2005). Dessa maneira criou-se a idéia errônea de que a cesárea é o parto para ricos e o parto normal, para pobres.

Entre as entrevistas, 38,9% apresentou complicações que justificaram a indicação das cesáreas. Os estados hipertensivos, ruptura prematura das membranas amnióticas, distócias de progressão e sofrimento fetal agudo foram as complicações registradas. Essas também apareceram em outros estudos que analisaram as condições de partos de adolescentes (YU-TANG, 2000; COATES, SANT'ANNA, 2001; ALMEIDA, BARROS, 2005).

A análise das condições dos recém-nascidos demonstrou ocorrência de 34,8% de RN prematuros, 26,2% de RN com baixo peso ao nascer. Entre outras complicações

associadas aos recém-nascidos, foram registrados casos de desconfortos respiratórios e infecções, incluindo a sífilis congênita. A grande maioria dessas complicações tem mecanismos explicativos relacionados à condição de vida e saúde das adolescentes.

Conforme Gama *et al* (2001), a imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado na gestação, fatores sócio-culturais como a pobreza, hábitos e estilos de vida da adolescente podem favorecer a maior morbi-mortalidade nesse grupo, especialmente entre menores de 15 anos.

No entanto, essas complicações materno-fetais podem ser prevenidas através de adequada assistência na gestação, alimentação adequada durante o pré-natal, orientação para a correção de hábitos nocivos, acompanhados de suporte familiar e social. Medidas para diagnóstico precoce e tratamento adequado também devem constituir preocupação no pré-natal, incluindo o controle dos quadros hipertensivos e o tratamento das infecções antes que possam evoluir para quadros mais complicados ou que culminem com trabalho de parto prematuro e ruptura prematura das membranas (PIERRE *et al*, 2003). Todas essas medidas devem se associar a uma boa acolhida e boa qualidade de assistência ao parto e nascimento.

7.6 Análise dos indicadores de risco obstétrico

A classificação de uma gestação de risco não é uma tarefa simples, requer o conhecimento da fisiologia obstétrica, dos processos patológicos que podem intervir nesse ciclo e das condições sócio-demográficas das gestantes. Essa caracterização serve para identificar as gestantes que apresentam maior potencial para complicações no ciclo gravídico-puerperal para que assim possam receber atendimento diferenciado no sistema hierarquizado de saúde.

Os indicadores de risco obstétrico, apresentados pelas adolescentes participantes desse estudo, demonstraram predominância de riscos sociais e demográficos. Entre esses, principalmente a baixa renda, baixa escolarização e o consumo de substâncias tóxicas. Dentre os indicadores de risco relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo, a sexarca precoce, a ausência de planejamento da gestação e a ocorrência de morbidades no período da gravidez, foram os que mais se fizeram presentes.

Os resultados apresentados corroboram com a literatura quando inserem a gravidez na adolescência como condição de risco social. Segundo Gomes *et al* (2001) esses riscos são mais complexos e menos precisos que os riscos biológicos, mas podem

potencializar, em muito, os demais riscos que estejam incidindo na gravidez da adolescente. Assim, nas estimativas de risco, é fundamental transcender aspectos biológicos e levar em consideração as dimensões culturais e políticas que contextualizam a situação sócio-familiar das adolescentes. Nessa abordagem, a análise do componente emocional que norteia a dimensão humana do cuidar, não deverá ser esquecida.

A análise da combinação dos indicadores demonstrou uma prevalência maior de riscos entre adolescentes negras. Essa constatação aponta para o fato de que essas adolescentes se encontram em situação de maior vulnerabilidade, seja pelo seu baixo padrão de consumo, pela limitada escolarização ou pelo menor acesso a serviços de qualidade. Tais aspectos não podem ser banalizados porque revelam iniquidades que já vêm sendo demonstradas nas pesquisas na área de saúde do país.

O Relatório da Situação da Infância e Adolescência Brasileiras (UNICEF, 2003) apontou iniquidades nas relações étnico-raciais no país, demonstrando que não havia tratamento igual nos serviços de saúde entre mulheres negras e brancas. Naquela ocasião ficou comprovado que um número muito maior de mulheres brancas foi orientado durante o pré-natal sobre sinais de parto e recebeu informações sobre alimentação adequada durante a gravidez. Para as mulheres negras, este número foi 20% menor.

É difícil lidar com os determinantes das iniquidades aqui analisadas. A tendência de reduzir a análise de problemas sociais é grande, mas é de fundamental importância aprofundar o entendimento dos determinantes das iniquidades que põem as adolescentes negras em situação de desvantagem na sociedade. O conhecimento desses determinantes e principalmente, a correção das iniquidades, deverá significar a distribuição justa de oportunidades, assistência e condições para o desenvolvimento do potencial de toda a população adolescente, independente de sua cor.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo mostraram que as mães adolescentes do Recife estavam, em sua maioria, entre os 15 aos 19 anos de idade, eram negras, com rendimento familiar de até um salário mínimo, viviam em situação de conjugalidade e tinham nível de escolarização inferior ao esperado para a sua faixa etária. A presença marcante de condições sócio-demográficas desfavoráveis, demonstrou que essas adolescentes estavam inseridas num contexto de vulnerabilidade social.

Os dados revelaram concentração maior de negras entre aquelas que tinham as idades mais precoces, eram solteiras ou separadas, tinham os mais baixos graus de escolaridade e renda familiar. Essas desvantagens reforçam a vulnerabilidade dessas adolescentes, especialmente porque interagem com outras questões, como as relações desiguais de gênero, que alavancam as desigualdades. Outras situações também apresentaram diferenças, embora que menos marcantes, reveladas no predomínio de negras entre aquelas que relataram dificuldades de acesso a serviços de saúde, em particular para as que necessitaram de atendimento na rede de atendimento especializado.

No tocante ao comportamento social das adolescentes chamou atenção o número elevado de adolescentes, no grupo como um todo, que referiu ingestão de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar durante a gestação. A exposição a essas substâncias potencializa riscos pré-existentes e reúne riscos adicionais à condição de vida e saúde da mãe e seu filho. Quando considerada exposição a drogas ilícitas, houve predomínio do relato de negras entre as adolescentes que se declararam usuárias. Nesse contexto é preciso focalizar a exposição do adolescente aos vícios como problema de saúde pública, decorrente de tensões sociais, da fragilidade das relações familiares e de situações de não-cidadania que são constituídas e geradas numa sociedade marcada pela desigualdade.

Atos de violência contra as adolescentes foram registrados, tendo sido praticados principalmente pelos pais, padrastos e companheiros. A agressão física e a violência sexual atingiram brancas e negras, e, a violência psicológica, sob a forma de discriminação e preconceito, vitimou especialmente a adolescente negra. Os relatos sobre a existência do preconceito, apesar do número reduzido de registros, ressaltaram a necessidade de reflexão porque aqui no Brasil o preconceito não ganha visibilidade nas análises dos indicadores das condições de vida e saúde. No entanto, discriminações se estendem nas relações econômicas, raciais e de gênero. Essas discriminações atingem, de maneira marcante, a mulher, pobre e negra, impondo-lhes condições mais perversas de existência. Essas desigualdades alertam para o fato de que o desfavorecimento de adolescentes negras não se

limita a privações de natureza econômica mas envolvem também injunções no campo social, político e simbólico.

As diferenças observadas na condição de vida entre os dois grupos de cor, não se reproduziram com a mesma intensidade nas variáveis relacionadas ao comportamento sexual. O estudo mostrou que a maioria das adolescentes apresentou menarca por volta dos 10 aos 12 anos, iniciou atividade sexual precocemente, antes dos 15 anos de idade, relatou parceria sexual única e não utilização de métodos contraceptivos. Esse comportamento aponta para a significativa vulnerabilidade do grupo estudado para a ocorrência de gestações e exposição a DST e o abortamento.

Quanto ao comportamento reprodutivo, a maioria havia vivenciado a primeira gestação, ocorrida numa situação de não planejamento. A recorrência de gestação configurou-se como elemento preocupante no comportamento reprodutivo das adolescentes, tendo atingido quase um terço das respondentes, muitas também com antecedentes de abortamento. A ocorrência e reincidência da gestação não planejada, em pleno processo de formação, num grupo que já apresenta condições sociais e econômicas desfavoráveis, se tornam ainda mais preocupante porque amplia o potencial de exclusão social, gerando o que se denomina de ciclo de pobreza.

Dos problemas envolvidos na gestação da adolescente, o aspecto biológico parece o mais contornável, especialmente quando oferecida assistência pré-natal de qualidade. Quanto a esse aspecto, a maioria das adolescentes contou com assistência classificada como adequada, com 54% das avaliações entre adequada e adequada superior, índice ainda pouco abaixo do recomendado pelo ministério da saúde que parâmetro de adequação acima de 70%.

Os indicadores de avaliação do pré-natal que apresentaram os melhores resultados foram: número de consultas, esquema completo de imunização antitetânica e realização de pelo menos uma ecografia. Os indicadores que comprometeram a avaliação final do serviço foram: idade gestacional de início do pré-natal, realização de todos os exames laboratoriais de rotina e número de procedimentos clínico-obstétricos realizados por consulta .

Nesse estudo foram observadas desigualdades na avaliação da qualidade do pré-natal de adolescentes negras e brancas. Em todos os índices analisados houve uma menor frequência de padrões de adequação para o grupo formado por adolescentes negras. Esses dados revelaram que as desvantagens apresentadas pelas adolescentes negras extrapolaram os indicadores sócio-demográficos e se estenderam para a assistência. Esse dado confirmou o que referido pela literatura, quando relata que a mulher é quem mais sofre com as barreiras sociais impostas ao negro no Brasil, impondo-lhe restrições de consumo e de acesso a bens

sociais. O estudo revela a necessidade de investimento mais intenso na captação precoce da adolescente, na melhoria da viabilização de exames pelos laboratórios do SUS, no estímulo à equipe de saúde quanto ao registro adequado das atividades no cartão da gestante e, em especial, avaliação aprofundada e correção de iniquidades na atenção ao pré-natal de adolescentes negras.

Uma limitação desse estudo referiu-se a avaliação qualidade do cuidado. Para esse indicador não existe consenso ou padrão de performance que permita a sua avaliação. Tomando por base a avaliação das usuárias, a maioria considerou satisfatória a assistência. Contudo, deve-se considerar que baixa instrução e inabilidade para analisar como deveria ser a abordagem clínica e o acolhimento exercido pela equipe de saúde, poderia conduzir a avaliações equivocadas.

A investigação sobre a ocorrência de patologias na gravidez das adolescentes demonstrou que 67,1% teve algum processo mórbido. As patologias mais frequentes foram a anemia, a infecção urinária e as DST. Ocorreram também, em menor frequência, a hipertensão, a ameaça de parto prematuro e o diabetes gestacional. Não foram encontrados registros de patologias de natureza psíquica, como por exemplo, a depressão, o que levanta a hipótese relacionada a sensibilização e capacitação de profissionais para fazer a suspeita clínica dessas alterações.

Todas essas patologias foram indicadas, em diversos estudos, como as mais prevalentes na gestação de adolescentes, havendo também consenso a respeito de que as condições sociais desfavoráveis, como pobreza e marginalização social, combinados com o estilo de vida da adolescente, têm papel preponderante na cadeia causal dessas doenças.

No presente estudo foi evidenciada a associação positiva entre a ocorrência da hipertensão e o grupo de adolescentes negras. Os dados desse estudo corroboram os da literatura sobre a elevada prevalência da hipertensão e demais doenças cardíacas em pessoas da população negra. Esses dados indicam a necessidade de estudos que articulem a pressão arterial com outras variáveis que ajudem a traçar um perfil cultural e étnico da doença. Ressalta-se também a importância da avaliação das condições que predispõem à ocorrência da hipertensão arterial para a saúde reprodutiva das mulheres porque, em nosso meio a hipertensão responde como a primeira causa de morte materna, especialmente quando as mulheres apresentam dificuldade de acesso ao pré-natal ou não têm uma adequada assistência.

A análise das variáveis em relação ao parto das adolescentes mostrou uma maior ocorrência de partos normais do que de cesáreas, muito embora o número de cesáreas ainda tenha sido considerado alto, de acordo com as recomendações da Organização Mundial

de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. As complicações associadas ao trabalho de parto e parto das adolescentes estudadas foram, os estados hipertensivos, a ruptura prematura das membranas amnióticas, as distócias de progressão e o sofrimento fetal agudo.

A análise das condições dos recém-nascidos demonstrou elevada ocorrência de RN prematuros e com baixo peso ao nascer. Entre outras complicações associadas aos recém-nascidos, foram registrados casos de desconfortos respiratórios e infecções, incluindo a sífilis congênita.

Os indicadores de risco obstétrico, apresentados pelas adolescentes participantes desse estudo, demonstraram predominância de riscos sociais e demográficos. Entre esses, principalmente a baixa renda, baixa escolarização e o consumo de substâncias tóxicas. Dentre os indicadores de risco relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo, a sexarca precoce, a ausência de planejamento da gestação e a ocorrência de morbidades no período da gravidez, foram os que mais se fizeram presentes.

A análise da combinação dos indicadores demonstrou uma prevalência maior de riscos entre adolescentes negras. Essa constatação aponta para o fato de que essas adolescentes se encontram em situação de maior vulnerabilidade, seja pelo seu baixo padrão de consumo, pela limitada escolarização, pelo menor acesso a serviços de qualidade ou pelo acesso desigual a oportunidades, benefícios e direitos que limitam seu alcance à qualidade de vida na sociedade.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 6.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988. p. 9-10.

ADORNO, R.C.F. *et al.* Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.18, n. 50, p. 119-23, 2004.

ALMEIDA, M.C.C. *et al.* Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.1397-1409, 2006.

ALMEIDA, S.M.D.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. São Paulo, v. 17, n. 1, p.15-25, 2005.

ALVES, A.M.P.M. **Partos em adolescentes**: um perfil epidemiológico no município de João Pessoa- PB. 2001. 132p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ALVES, P.C. A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso édico sul-riograndense nas primeiras décadas do século XX. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan 2007.

AQUINO, E.M.L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.1, Sup.2, p.377-388, 2003.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981. 279p.

ASSIS, S. *et al.* Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. Washington, v.16, n.1, jul 2004.

AZEVEDO, D.V. Fatores de risco associados à gestação na adolescência. **Femina**. Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.457-463, jun, 2003.

BANDINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BASTOS, A.C. Prefácio. **Ginecologia infanto juvenil**. São Paulo: Rocca, 1998.

BATISTA, L.E.; KALCKMANN, S. (org.) **Saúde da população negra-seminários**. São Paulo: Instituto de saúde; 2005.

BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.4, p. 479-487, 2004.

BERTHOUD, R. Teenage births to ethnic minority women. **Popul. Trends**. British, n.104, p.12-17, 2001.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. **Da Seguridade Social** – Artigo 227. Disponível na internet em: < <http://www.senado.gov.br>. > Acessado em: 19 ago. 2005.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1999. **Estatuto da criança e do adolescente**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/eca01.htm>> Acessado em: 20 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da mulher negra** - perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do sistema nacional de nascidos vivos (SINASC)**. [CD ROM]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análises de situação em Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde** – um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Secretaria Executiva, 2005b. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Preconceito racial e desigualdade econômica prejudicam a saúde dos negros**. Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa do adolescente**: bases programáticas. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. 2ed. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas; 1999. 64p.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: Unesco, 2004. 406p.

COATES, V.; SANT'ANNA, M.J.C. Gravidez na adolescência. In: FRANÇOSO, L.A.; GEJER, D.; REATO, L.F.N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu. 2001. p.70-85.

COSTA, M. Desenvolvimento da sexualidade na adolescência. In: FRANÇOSO, L.A.; GEJER, D.; REATO, L.F.N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu. 2001. p.1-10.

COSTA, M.C.D.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação da qualidade de serviços de saúde para adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.177-184, 2001.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde de Juiz de Fora – MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.717-724, 2003.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1586-1594, 2005.

CRUZ, I.C.F. Saúde pública e discriminação étnica. In: MUNANGA, K.(org). **Estratégias e políticas de combate à discriminação racial**. São Paulo: EDUSP. 1996. p. 261-264.

CUNHA, R.R.S. **Racismo e desigualdades sociais**. Disponível em: <<http://www2.uerj.br/~pangea>> Acesso em: 11 dez.2007

DIAS, A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22,n.6, jun.p.1447-145, 2006.

DIXON, A.C. A journey toward womanhood: effects of Afrocentric approach to pregnancy prevention among African-American adolescent females. **Adolescence**. Estados Unidos, v. 35, n. 139, p.425-429, 2000.

DOURADO, A. *et al* Crianças e adolescentes nos canaviais de Pernambuco. In: PRIORE, M. (org). **História das crianças no Brasil**. 4ed. São Paulo:Contexto, 1996. p.406-437.

DOURADO, A.; FERNANDEZ, C. **Uma história da criança brasileira**. Recife (PE):Centro Dom Hélder Câmara de Estudos e Ação Social. Pernambuco; Palco, 1999. 86p.

DREZETT, J. **Conduta sexual dos adolescentes e suas repercussões individuais e sociais**. Disponível em : <<http://www.ipas.org.br/revista/index.html>> Acesso em:11 out. 2006

DUARTE, A. **Problemática de los adolescentes em América Latina**. In: CONGRESSO VENEZOLANO DE SALUD DEL ADOLESCENTE, 2,1988,Venezuela. p.131-134.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Complains and disorders: the sexual politics of sickness**. London: writers and Readers Pub Coop., 1973. 22p.

ESTRELLA, M. V. La feminización de la pobreza. Un problema global. **Mujer Salud**. Cuba, v.4, p.72- 80, 2005.

FACHIN, O. **Os fundamentos de metodologia**. 3ed.São Paulo: Saraiva, 2001, 195p.

FROTA, T.L.L.; RUSSO, G.H.A. Cultura da violência e os espetáculos dos meninos de Pitimbú. In: ZALUAR, A. (org.). **Violência e sociedade**: textos do Encontro das Comunidades do Natal. São Paulo: Letras e Letras, 2003.p.155-10.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 16ed.São Paulo:Grael; 2005.152p.

GAMA, S.G.N et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GARCIA, T.R. *et al.* **Gravidez pré-conjugal em mulheres adolescentes**. João Pessoa: Idéia, 2000.139p.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, supl, p.103-112, 2002.

GOLD, R. et al. Ecological analysis of teen birth rates: association with community income and income inequality. **Matern Child Health**. Estados Unidos, v.5, n.3, p.161-167, sep., 2001.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.62-67, 2001.

GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma corte de nascimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p.1459-1469, jul. 2006.

GUIMARÃES, A.S.A. Combatendo o racismo: Brasil, África da Sul e Estados Unidos. **Rev. Brás. Ci. Soc**. Rio de Janeiro, v.14, n.39, p.103-115, fev.1999.

GUIMARÃES, A.A. *et al.* A propósito do debate sobre exclusão social: aportes teórico, escala local e indicadores sociais. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 8, 2002, João Pessoa. Disponível em: < <http://www2.prudente.unesp.br/simespp/prodcient.asp> > Acessado em: 16 dez. 2006.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad Saúde Pública**, v. 18, supl.1, p.57-65, 2002.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **Atlas racial brasileiro** 2004. Rio de Janeiro: 2004.

_____. **Dados Populacionais do Censo IBGE**. Rio de Janeiro: 2000.

_____. **Síntese de indicadores sociais** confirma desigualdades da sociedade brasileira. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 19 ago. 2005.

JIMENEZ, M.A. *et al.* Comparing psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. **Eur. J. Epidemiol.** Estados Unidos, v.16, n.6, p.527-532, jun. 2000.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1408-1415, set/out, 2005.

KROEFF, L.R.*et al.* Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.3, n.2, p.261-267, abr. 2004.

LAMARE, T. Ministério da Saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1, 2005, São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acessado em: 14 jan.2007.

LEAL, M.C. *et al.* Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. **Rev.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.100 -107, 2005.

LEITE, I.C.*et al.* Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.474-481, 2004.

LOPES, F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.

LOW, L.K et al. Adolescent's experiences of childbirth: contrastes with adults. **J. Midwifery Womens Health. Estados Unidos**, v.48, n.3, p.192-198, may, 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, M.E. **Técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas. 2002

MAIO, M.C et al. Cor/raça no estudo pró-saúde: resultados de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan/fev. 2005.

MANDÚ, E.N.T. Gravidez na adolescência: um problema social? In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem 2000.p.94-97.

MARTINEZ, I.; SCRIMSHAW, S.C. The changing makeup of America's adolescents: implications for health. **Adolesc. Med. Estados Unidos**, v. 12, n.3, p. 427-444, 2000.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil: desafios da raça e pobreza. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2473-2479, nov. 2006.

MELO, F.R. **Gravidez adolescente e vulnerabilidade social nas grandes metrópoles**: o caso das comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia. 2001.144p. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz – Saúde Pública, Rio de Janeiro.

MENEZES, W.N. A barriga cresceu... **Adeus meninas!!!**: exclusão social: o real e o simbólico na gravidez adolescente. João Pessoa: Fafica Edições, 2002. 78p.

MEYER, D.F.E. et al. Você aprende: A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.22, n.6, jun. 2006. p.611-620.

MISKOLCI, R. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan. 2006.

NEUMANN, N.A.*et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.6, n.4, p.307-318, 2003.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C. Uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.145-151, 1999.

OLIVEIRA, C.L.P.; BARRETO, P.C.daS. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. **Estudos Afro-Asiáticos.** v.25, n.2, p. 183-213,2003.

OLIVEIRA, F. **Mulher, saúde, recorte racial/étnico:** uma articulação necessária. Disponível em:<<http://www.mulheresnegras.org>> Acessado em: 04 nov. 2006

OLIVEIRA, M. **Saúde e contexto racial.** Disponível em: <<http://www.reddesalud.org/espanol/datos/ftp/deoliveira.doc>> Acessado em: 14 out. 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Subsídios para o debate:** política nacional de saúde para a população negra- uma questão de equidade. Brasília: 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD . ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OPAS / OMS. **Lãs condiciones de la salud em las Américas.** Washington: 1994.

PANTOJA, A.L.N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez / maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**Rio de Janeiro, v.1, supl.2, p.335-343, 2003.

PASSETTI, E. **Crianças carentes e políticas públicas.** In: PRIORI, M.(org). **História das crianças no Brasil.** 4.ed. São Paulo: Contexto, 1996. p.347-375.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995. 596p.

PERES, S.O.; HEILBORN, M.L. Cogitação e prática de aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.22, n., p.1411-1420, jul.2006.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso a ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**. n.22, nov. 2000.

PERSONA et al. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.12, n.5, p.745-750, set/out.2004.

PIERRE, A.M.M.A *et al.* Repercussões materno fetais da ruptura prematura das membranas até a 26^a. Semana gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.109-114, mar.2003.

PIRES, M.G.V.B. **Gravidez na adolescência e o mito de Cinderela**. Recife: Edições Bagaço, 2002. 77p.

PIROTTA, W.R.B.; PIROTTA, K.C.M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR; N.; M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (org). **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 1999. p.30-40.

PITANGUY, J. Sexo e sexualidade. **Cadernos CEPIA**. Rio de Janeiro, n.4, 1998.

POIT, M.L. Desenvolvimento puberal. In: FRANÇOSO, L.A.; GEJER,D.; REATO, L.F.N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu. 2001. p.21-32.

RAMOS, F.R.S. *et al.* Viver e adolescer com qualidade. In: RAMOS, F.R.S.(org.) **Adolescer**:compreender, atuar , acolher. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2001. p.19-32.

RAMOS, S. (org.). **Mídia e racismo**. Rio de Janeiro: Pallas, Afirma ; CESEC. 2002.177p.

RAOSOFT CALCULATOR SIMPLE SIZE. Disponível em: < <http://www.raosoft.com/samplesize.html>> Acesso em: 17 jul. 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano municipal de saúde - Recife saudável**: inclusão social e qualidade no SUS. 2006-2009. Recife, 2006. 81Pp.

RIBEIRO, R. O. *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 36-42, abr. 2000.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708p.

SABROZA, A.R. *et al.* Perfil sócio-demográfico e psico-social de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, supl.1, p. 112-120, 2004.

SAETTA, B.R.P; SOUZA, N.J.C. **História da criança e do adolescente no Brasil**. Centro de Estudos Sociais. Disponível em:< <http://www.ces.uc.pt>> Acesso em: 22 mai. 2005.

SANSONE, L. **Negritude sem etnicidade: o local e o global nas relações raciais e na produção cultural negra no Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. 335p.

SANTANA, J.S.S. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. p.15-35.

SANTOS, G.A. **Mulher negra homem branco: um breve estudo do feminino negro**. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. 96p.

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, fev., 2003.

SCHWARCZ, L.M. Dos males da medida. **Psicologia USP**. São Paulo, v.8, n.1, p.33-55, 1997.

SCHWARCZ, LM. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. 287p.

SILBER, T.J.; SOUZA, R.P.S. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolescência Latinoamericana**. Porto Alegre, v.1, n.3, p.148 -162, out/dez, 1998.

SILVA, K.V.P.S; SILVA, M.H. **Dicionário de conceitos históricos**. Brasil, 2005. 440p.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.14, n.2, mar. 2006.

SIMÃO, A.A. et al. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2004, Caxambu. Disponível em: < <http://www.abep.nepo.unicamp.br>.> Acessado em: 13 dez. 2006.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIMENTOS – SINASC. **Secretaria Municipal de Saúde do Recife**: Departamento de Investigação e Vigilância Epidemiológica. Recife-PE, 2006.

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - SOGIMIG. **Ginecologia e Obstetrícia**. 3ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.853p.

SOUZA, I. F. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Adolesc. Latinoam. Enferm**. Porto Alegre, v. 3, n.2, nov. 2002.

SUDBURY, J. **Outros tipos de sonhos**: organizações de mulheres negras e políticas de transformação. São Paulo: Selo Negro, 2003.342p.

SULLCA, T.F.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno- Peru. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v.14, n.4, p.578-585, jul/ago, 2006.

TAKIUTI, A.D. Atendimento à mulher adolescente no sistema único de saúde de São Paulo. In: PINOTTI, J.A. *et al.* **Tratado de ginecologia**: condutas e rotinas da disciplina de ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ USP. São Paulo: Revinter, 2005. p.81-93.

TEIXEIRA et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1385-1396, jul, 2006.

TORRES, C.H.D.A.; CZERESNIA, D. A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Hist.cienc. saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.525-548, mai-ago.2003.

TRABALLI, A.L.M. *et al.* Gravidez na adolescência: descrição dos aspectos comportamentais e sociais de uma população atendida em assistência primária. **Rev.saúde Dist. Fed.** Brasília, v.13 n.3/4, p.55-62, jul/dez. 2002.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E A JUVENTUDE. **Relatório da situação da infância e adolescência brasileiras**. Brasília: 2003.

VAN ENK, W.J. *et a.* Teenage pregnancy and ethnicity in the Netherlands: frequency and obstetric outcome. **Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care**. Netherland, v.5, n.1, p.77-84, mar., 2000.

VARAS, C; SCHIMIED, W.P. J. Embarazo y parto em adolescentes. **Rev. Child. Obstet. Ginecol.** El Salvador, v. 66, n.3, p.171-174, 2001.

VAZ, M. **A evolução social do adolescente**. Disponível em: <<http://www.cedeca.org.br/pesquisas.php>> Acesso em: 23 ago. 2006.

VITALLE, M.S.S.; AMANCIO, O.M.S. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br>> Acessado em: 22 out. 2006.

VOLPI, M. Adolescência como oportunidade. In: Saber viiver: adolescência e AIDS – experiências e reflexões sobre o tema. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS / SVS – Ministério da Saúde. 2004. p. 8-10.

VUNDULE, C. *et al.* Risk factores for teenage pregnancy among active black adolescents in Cape Town. A case control study. **S. Afr. Med. J. África do Sul**, v.91, n.1, p.73-80, jan. 2001.

WERNECK, J.(org.). **Desigualdade racial em números 1**. Coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2001. 39p.

WERNECK, J.(org.) *et al.* **O livro da saúde das mulheres negras- nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Criola: Pallas, 2000.256p.

YAZLLE, M.E.H.D.*et al.* A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.24, n.9, 2002.

YU-TANG, J. Complicaciones perinatales y via de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías, 1995 – 1997. **Na. Fac. Méd Peru. Peru**, v.61, n.1, p.46-50- 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Local de Coleta de Dados – Maternidade

Nº do Formulário

Informações Sócio-demográficas

1- Idade:

(1) 10 a 14 anos

(2) 15 a 19 anos

2- Cor

(1) Branca

(2) Parda

(3) Preta

(4) Amarela

(5) Indígena

3- Nível de escolaridade:

(1) Sem escolarização

(2) Fundamental Incompleta

(3) Fundamental Completa

(4) Ensino Médio Incompleto

(5) Ensino Médio Completo

(6) Superior Incompleto

4- Escolaridade da mãe ou responsável:

(1) Analfabeta

(2) Fundamental Incompleta

(3) Fundamental Completa

(4) Ensino Médio Incompleto

(5) Ensino Médio Completo

(6) Superior Incompleto

(7) Superior Completo

5- Pratica alguma religião?

(1) Sim. Qual? _____

(2) Não

6- Renda Familiar:

(1) Até 1 salário mínimo

(2) > 1 salário mínimo

7- Situação conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada

(3) União Consensual

(4) Separada

8- Acesso a serviços públicos de assistência à saúde:

(1) Fácil

(2) Difícil. Motivos: _____

9- Exposta a alguma forma de violência?

(1) Não

(2) Sim, provocada por estranho

(3) Sim, provocada pelo pai ou padrasto

(4) Sim, pelo marido, companheiro, ou afim

Caso sim, tipo: _____

Informações Sócio-demográficas – continuação

10- Já sofreu alguma forma de discriminação ou preconceito?

(1) Não

(2) Sim. Por qual motivo? _____

11- Paternidade assumida?

(1) Sim

(2) Não

12 – Fuma?

(1) Sim

(2) Não

13- Ingere bebidas alcoólicas?

(1) Sim

(2) Não

14 – Usa drogas?

(1) Sim

(2) Não

Informações relacionadas ao comportamento sexual

15– Idade da menarca:

(1) < 10 anos

(2) 10 a 12 anos

(3) > 12 anos

16– Idade da sexarca (em anos): _____

17– Número de parceiros sexuais:

(1) 1

(2) 2

(3) 3 ou mais

18– Usava algum tipo de método anticoncepcional?

(1) Sim. Tipo: _____

(2) Não.

19– A sua gestação foi planejada?

(1) Sim

(2) Não

Informações relacionadas ao comportamento reprodutivo

20-Idade em que engravidou (gestação atual): _____

Idade Ginecológica calculada:

(1) < 2 anos

(3) > 2 anos

21 Número de gestações:

(1) 1

(2) 2

(3) 3 ou mais

22 Número de abortos:

(1) Nenhum

(2) 1

(3) 2

(4) 3 ou mais

23- Intervalo interpartal:

(1) < 2 anos

(2) > ou = 2 anos

(3) Não se aplica

Informações relacionadas ao comportamento reprodutivo: dados sobre o pré-natal

24- Idade gestacional em que iniciou o pré-natal:

(1) 1º trimestre = até 14 semanas

(2) 2º trimestre = 15 a 27 semanas

(3) 3º trimestre = 28 semanas ou mais

25- Número de consultas: _____

26- Realização dos exames de rotina do pré-natal:

(1) 1 a 8 = parcial

(2) 9 ou mais = todos os exames

(3) Nenhum

27-Participação em atividades educativas:

(1) Sim

(2) Não

28- Número de procedimentos clínico-obstétricos realizados em cada consulta.

(1) 1 a 4 procedimentos

(2) 5 ou mais

29- Número de ecografias realizadas:

(1) Nenhuma

(2) 1 ou mais

Informações relacionadas ao comportamento reprodutivo: dados sobre o pré-natal
Continuação

30- Teste Anti-HIV:

- (1) Sim
- (2) Não

31- Profilaxia para o tétano:

- (1) Sim, esquema completo ou imune.
- (2) Sim, mas esquema incompleto.
- (3) Não

32 – Opinião da assistência pré-natal pela usuária:

- (1) Bom a ótimo
- (2) Regular a péssimo.

33 - Morbidades incidentes na gestação:

- (1) Não.
- (2) Sim. Especifique: _____

Informações relacionadas ao comportamento reprodutivo: dados sobre o parto

34- Tipo de parto:

- (1) Normal
- (2) Cesárea
- (3) Fórceps

35- Complicações relacionadas ao parto?

- (1) Sim. Especifique: _____
- (2) Não

Informações relacionadas ao comportamento reprodutivo: dados sobre o recém-nascido

36- Idade gestacional do RN:

- (1) IG > ou = 37 semanas
- (2) IG entre 32 e 36 semanas
- (3) IG entre 22 e 32 semanas

37- Peso do recém-nascido:

- (1) < 2.500g
- (2) > ou = 2.500g

38- Recém-nascido com problema de saúde?

- (1) Sim, especifique: _____
- (2) Não.

**APÊNDICE B -
TERMO DE CONSENTIMENTO - (PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO, PARTO E RECÉM-NASCIDO DE
MÃES ADOLESCENTES DO RECIFE: UM ESTUDO COM RECORTE DE COR**

Eu, _____, abaixo-assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntária do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora: MARIA LÚCIA MENEZES FROTA da Universidade de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente:

- 1) Que o objetivo da pesquisa é analisar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes adolescentes atendidas nas maternidades públicas da cidade do Recife.
- 2) Que o menor, sob minha responsabilidade responderá a entrevista procedida pelo pesquisador e seus colaboradores;
- 3) De todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4) De estar livre para interromper, a qualquer momento, a participação do menor na pesquisa, se assim desejar e que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao seu atendimento;
- 5) De todas as medidas que serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade de seus dados pessoais;
- 6) De que os resultados gerais obtidos através das informações coletadas serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.
- 7) De poder entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 34235414 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Pernambuco, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone – 34267206, o qual tomará todas as medidas cabíveis.

Recife, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO - (PARA MENORES DE 18 ANOS)

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO, PARTO E RECÉM-NASCIDO DE MÃES ADOLESCENTES DO RECIFE: UM ESTUDO COM RECORTE DE COR

Eu, _____, abaixo-assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para que _____, menor sob minha responsabilidade, participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora: MARIA LÚCIA MENEZES FROTA da Universidade de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente:

- 8) Que o objetivo da pesquisa é analisar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes adolescentes atendidas nas maternidades públicas da cidade do Recife.
- 9) Que o menor, sob minha responsabilidade responderá a entrevista procedida pelo pesquisador e seus colaboradores;
- 10) De todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 11) De estar livre para interromper, a qualquer momento, a participação do menor na pesquisa, se assim desejar e que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao seu atendimento;
- 12) De todas as medidas que serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade de seus dados pessoais;
- 13) De que os resultados gerais obtidos através das informações coletadas serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.
- 14) De poder entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 34235414 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Pernambuco, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone – 34267206, o qual tomará todas as medidas cabíveis.

Recife, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora

ANEXO

