



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA PAULA VIDAL DOS SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E
EVENTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES CADASTRADAS
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador
2010

ANA PAULA VIDAL DOS SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E
EVENTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES CADASTRADAS
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em saúde.

Orientadora

Prof^ª. Dr.^ª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Salvador
2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca das Escolas de Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA. Bibliotecária Flavia Ferreira.

S237a Santos, Ana Paula Vidal dos
Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família / Ana Paula Vidal dos Santos._ Salvador, 2010.
78 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010.

1. Família - Programas de saúde. 2. Mulheres – Saúde e higiene. 3. Saúde reprodutiva. I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 613.99

ANA PAULA VIDAL DOS SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E EVENTOS
REPRODUTIVOS DE MULHERES CADASTRADAS NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 26 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Greice Maria Souza Menezes _____

Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Igor Gomes Menezes _____

Doutor em Psicologia. Professor da Universidade Federal da Bahia.

Sílvia Lúcia Ferreira _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

AGRADECIMENTOS

A Jeová, que me presenteou com mais uma vitória.

Aos meus pais Aremiltom e Profira pelo amor e dedicação.

À minha filha Alana e ao meu marido Alan que dividiram minha atenção

Ao meu irmão Marinho e sua família pelo amor e companheirismo.

À Universidade Federal da Bahia, à Escola de Enfermagem, aos funcionários e professoras, que me propiciaram a oportunidade de amadurecimento e aprendizagem no mestrado.

À minha querida orientadora Prof^a Edméia Almeida Cardoso Coelho pela paciência e competência em me conduzir nesse processo.

À Diorlene Oliveira pela sua dedicação, disponibilidade e competente assessoria estatística.

À Professora Enoy Gusmão pela atenção, apoio e criterioso olhar epidemiológico ao avaliar esta pesquisa.

Às Professoras Silvia Lucia Ferreira e Greice Menezes, e ao professor Igor Menezes por aceitarem fazer parte da banca examinadora.

Ao apoio financeiro da CAPES, através da aquisição de uma bolsa de estudos.

Às minhas novas amigas Larissa e Ana Luiza, pelo carinho e companheirismo.

Ao amigo Deybson, por sempre me incentivar.

Ao GEM (Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher) pelo apoio e incentivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em especial aos ACS e aos demais funcionários da Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela pelo apoio em todas as etapas do meu estudo.

Às colegas da turma de mestrado pela convivência, carinho e troca de conhecimento.

'O amor persevera em todas as coisas. O amor nunca falha'.

1 COR.13:7,8.

RESUMO

SANTOS, Ana Paula Vidal dos. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

A saúde reprodutiva é influenciada por uma interação de fatores, entre eles os de ordem social e econômica aos quais se somam os problemas oriundos da atenção oferecida à saúde das mulheres que não tem atendido adequadamente às demandas, comprometendo assim sua qualidade de vida. O Programa Saúde da Família (PSF) por apresenta-se como possibilidade de se obter respostas mais efetivas, desenvolveu-se um estudo que teve como objetivos descrever as características das mulheres cadastradas em uma unidade de PSF com ênfase em eventos reprodutivos e verificar associações entre os fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos. Trata-se de pesquisa de corte transversal, exploratória, realizada em uma área circunscrita a uma Unidade de Saúde da Família, no Subúrbio Ferroviário de Salvador-Ba. Os dados foram obtidos no período de maio a julho de 2009 por meio de questionário estruturado, aplicado face a face em domicílio a 376 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos cadastradas no PSF. O estudo teve como variáveis: os fatores sociodemográficos, fatores relacionados às experiências reprodutivas. Foram selecionadas como variáveis indicadoras à idade da iniciação sexual, idade da primeira gravidez e relato de aborto provocado. Utilizou-se para verificar diferenças entre as proporções os testes estatísticos χ^2 de Pearson e Exato de Fischer ao nível de 5% de significância ($\alpha \leq 0,05$) e a Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% para estimar a magnitude das associações. A base de dados, foi constituída utilizando o Microsoft Access versão 2002, para análise dos dados utilizou-se o Software STATA versão 8.0. Verificou-se uma associação positiva entre a idade da iniciação sexual e as variáveis escolaridade e situação ocupacional. A associação foi positiva entre primeira gravidez antes dos 20 anos e religião, escolaridade e situação ocupacional. Não houve associação entre os fatores sociodemográficos e o aborto provocado, entretanto, a maior prevalência foi entre as mulheres com melhores níveis de renda e escolaridade. O estudo revelou que mulheres com iniciação sexual antes dos 20 anos têm 4,4 vezes mais chance em realizar aborto provocado, quando comparadas com aquelas que não tiveram a iniciação sexual antes dos 20 anos. Não houve associação entre o relato de aborto provocado e as mulheres com primeira gravidez antes ou após os 20 anos. Diante dos resultados cabe ao poder público promover ações intersetoriais principalmente entre saúde e educação objetivando desenvolver ações que promovam desde a adolescência orientações que diminuam os riscos de gravidez não planejada e de IST/HIV garantindo-se os direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Reprodutiva, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

SANTOS, Ana Paula Vidal dos. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

Reproductive health is influenced by an interaction of factors, among them some from social and economic order to which are added problems emerged from the health care offered to women who has not adequately answered the demands, thus, it compromises their quality of life. The Family Health Program (FHP) is presented as a possibility of getting more effective, we have developed a study which has as objective describing the characteristics of women indexed in a PSF unit with emphasis on reproductive events and verifying associations between sociodemographic factors and reproductive events. This is a cross-sectional and exploratory research conducted in an area restricted to a unit of Family Health in the Suburbs Rail of Salvador-Ba. Data were collected from May to July 2009 using a structured questionnaire, administered face to face to 376 women aged 15 to 49 years enrolled in the PSF. The study variables: sociodemographic factors, factors related to reproductive experiences. Variables indicating the age of sexual debut, age at first pregnancy and report of induced abortion were selected. The statistical tests Pearson's χ^2 and Fischer's at 5% significance level ($\alpha \leq 0.05$) were used to investigate differences in the proportions, and the odds ratio (OR) and respective confidence intervals at 95% was used to estimate the magnitude of the associations. The database was created using Microsoft Access version 2002, to data analysis the STATA software version 8.0 was used. There was a positive association between age at sexual initiation and the variables education and occupational status. The association was positive between first pregnancy before age 20 and religion, education and occupational status. There was no association between the sociodemographic factors and provoked abortion, however, the highest prevalence was among women with higher levels of income and education. The study revealed that women with sexual initiation before age 20 are 4.4 times more likely to perform abortion, compared with those who did not have sexual initiation before age 20. There was no association between the reporting of induced abortion and women with first pregnancy before or after age 20. The government should promote intersectoral actions between health and education mainly aiming at developing activities that promote since adolescence with less risk of unplanned pregnancy and STI / HIV by ensuring the sexual and reproductive rights.

Key Word: Nursing, Reproductive Health, Family Health Program

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Distribuição da População em cada estrato.....	29
Quadro 2	Distribuição da amostra em cada estrato.....	30
Figura 1	Idade média da menarca, iniciação sexual e primeira gravidez das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográficas das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	36
Tabela 2 Eventos sexuais e reprodutivos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	38
Tabela 3 Média e Desvio Padrão de eventos sexuais e reprodutivos das mulheres segundo idade da primeira gravidez, em área de cobertura do Programa Saúde da Família de Ilha Amarela. Salvador-Ba, julho de 2009.....	40
Tabela 4 Associação entre fatores sociodemográficos e a iniciação sexual antes dos 20 anos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela. Salvador-Ba, julho de 2009.....	42
Tabela 5 Associação entre fatores sociodemográficos e a primeira gravidez antes dos 20 anos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	44
Tabela 6 Associação entre fatores sociodemográficos e o relato de aborto provocado das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	45
Tabela 7 Associação entre relato de aborto provocado e idade da iniciação sexual das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	46
Tabela 8 Associação entre relato de aborto provocado e idade da primeira gravidez das mulheres cadastrada no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGI	Instituto Alan Guttmacher
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DS	Distritos Sanitários
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS	17
2.1	EVENTOS REPRODUTIVOS E SAÚDE DAS MULHERES	19
2.1.1	Iniciação sexual e primeira gravidez	19
2.2.2	Abortamento inseguro e mortalidade materna como problemas de saúde pública	23
3	MATERIAIS E METODOS	26
3.1	TIPO DE ESTUDO	26
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	26
3.3	POPULAÇÃO - ALVO DO ESTUDO	27
3.4	PLANO AMOSTRAL	27
3.5	DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA	28
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	30
3.7	ESTRUTURA E TREINAMENTO DA EQUIPE DE COLETA DE DADOS	31
3.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO	32
3.9	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	32
3.10	ASPECTOS ÉTICOS	34
4	RESULTADOS	35
5	DISCUSSÃO	48
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES	48
5.2	ASSOCIAÇÕES DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E EVENTOS REPRODUTIVOS	51
5.2.1	Iniciação sexual	51
5.2.2	Primeira gravidez antes dos 20 anos	53
5.2.3	Aborto provocado	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	67
	APÊNDICE A - INFORMAÇÕES AO COLABORADOR	68
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
	APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL	70
	APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO	71
	ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva é influenciada por uma interação de fatores, entre os quais os de ordem social e econômica que determinam maiores limitações para as mulheres inseridas nas camadas sociais desfavorecidas, contribuindo significativamente na falta de conhecimento do próprio corpo, no uso inadequado de métodos contraceptivos e interferindo na tomada de decisões. As escolhas reprodutivas, portanto, ocorrem de modo diferente entre as mulheres, havendo mais dificuldades entre as que apresentam menor escolaridade, as negras e as residentes nas regiões mais pobres do país (BRASIL, 2009).

Nas últimas décadas, diversos estudos no campo da saúde da mulher têm confirmado que estas não recebem a atenção necessária nos serviços públicos de saúde. Aliadas aos problemas oriundos do modelo fragmentário da atenção à saúde, encontram-se as difíceis condições sociais e econômicas a que são submetidas um grande número de mulheres que utilizam a rede pública de saúde o que compromete sua qualidade de vida. Essa inclui, conforme Oliveira (1999), condições dignas de educação, moradia, saneamento, emprego, salário, atenção à saúde, bem estar social, sexualidade, lazer e dignidade na vida e na morte.

Desse modo, os problemas de saúde distribuem-se de maneira desigual entre pessoas socialmente distintas e são maiores nos grupos menos privilegiados, sendo determinados por fatores individuais e sociais, como a cor/raça, escolaridade, renda. No tocante à saúde das mulheres, estudos têm mostrado que fatores sociodemográficos têm sido descritos como associados a eventos sexuais e reprodutivos (RODRIGUES, 2009).

O nível educacional constitui um determinante importante do comportamento sexual e reprodutivo. As adolescentes que frequentaram a escola durante cinco ou mais anos, são menos propensas à iniciação sexual, mais propensas ao uso de contraceptivos na primeira relação e apresentam menores possibilidades de ter filho(a)s nessa etapa de vida, quando comparados(as) aos adolescentes com até quatro anos de estudos (LEITE, RODRIGUES, FONSECA, 2004). Os maiores índices de gestação na adolescência se encontram principalmente entre as jovens negras, com baixa escolaridade e de baixo nível socioeconômico (LEAL, GAMA, CUNHA, 2005; CHALEM, 2007).

Waissman (2006), ao pesquisar a recorrência da gravidez constatou que adolescentes com repetição da gravidez, tinham em geral baixo nível de escolaridade, um grande percentual já

havia abandonado a escola, viviam em sua maioria em união conjugal estável e dependiam freqüentemente de seus companheiros.

Dados do IBGE (2004), informados na pesquisa GRAVAD, revelam que de cada cinco crianças nascidas no país, uma é filha de jovens entre 15 e 19 anos. Os resultados também mostram que a maior parte das gestações não foi planejada, sendo 85,6% dos homens e 70,3% das mulheres, as autoras atribuem à liberdade sexual contemporânea, sem orientação familiar e sem diálogo. Das (os) jovens entrevistadas (os), 36% tinham renda familiar *per capita* menor ou igual a um salário mínimo (HEIBORN et al, 2006).

Em todo o Brasil, ainda persistem problemas graves na saúde reprodutiva das mulheres expressos em indicadores da baixa qualidade da atenção. Em 2001, foram registradas no país 74,5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos tendo como principais causas, a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2004 a). Em Salvador, desde o início da década de 90 do século XX, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais (BAHIA, 2002; BRASIL, 2005). Na Bahia, entre 2000 e 2006 foram internadas por gravidez que terminaram em aborto, 205.462 mulheres (COSTA, 2007).

No tocante às responsabilidades que tem a rede pública em reverter a situação apontada, o Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como possibilidade de se obter respostas mais efetivas. Esse constitui uma estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua proposta é construída segundo os princípios constitucionais de integralidade, qualidade, equidade da atenção e participação social (COSTA NETO, 2000; ALVES, 2005). Distancia-se dos programas verticalizados e se apresenta coerente com os princípios que fortalecem o SUS com qualidade e sustentabilidade (SANTOS, 2004).

Criado em 1990 segundo os pressupostos do SUS, o PSF é considerado estratégia de mudança do modelo assistencial, devendo abarcar gradualmente a rede de serviços básicos e contribuir para a consolidação desse Sistema. Propõe-se também a incorporar ações coletivas de promoção e prevenção à saúde substituindo progressivamente o atendimento individualizado, curativo de alto custo e de baixo impacto. Para sua efetivação é imprescindível o estabelecimento de parcerias intersetoriais com outras instâncias governamentais e com a sociedade civil (BRASIL, 1998).

O PSF constitui assim estratégia fundamental para a reorganização das unidades básicas de saúde como porta de entrada do SUS em sua área de abrangência. A implantação do Programa pleiteou assim alcançar a redução da morbi-mortalidade, produzir impacto sobre a saúde da população, por meio de ações de promoção, prevenção, assistência, vigilância e recuperação da saúde (SALVADOR, 2001). Do mesmo modo, busca melhoria da qualidade de vida das comunidades e áreas adscritas, por desenvolver ações que extrapolam os muros das unidades de saúde, dando ênfase às atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, através de ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2002).

Para que tal perspectiva se concretize, as equipes são inseridas em processos de sensibilização de modo a estabelecer vínculo com a comunidade a ser cuidada, analisar na sua área de abrangência, os aspectos sociodemográficos, ambientais e sanitários e identificar os problemas e as potencialidades existentes para sua atuação. Isso possibilita compromisso e coresponsabilidade do(a)s profissionais com a comunidade, tendo como desafio ampliar as fronteiras de atuação e construir condições objetivas para ampliar as respostas às demandas por cuidado à saúde (COSTA NETO, 2000).

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada pela reorganização da atenção à saúde na rede básica e serviços complementares nos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (GOMES, PINHEIRO, 2005).

O Município de Salvador, buscando reorganizar a atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS, decidiu pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todos os distritos sanitários, tendo suas atividades iniciadas em outubro de 1998. A implantação do Programa Saúde da Família ocorreu dois anos após, com 11 equipes distribuídas em áreas consideradas prioritárias. Entre os 12 Distritos Sanitários existentes em Salvador identificou-se o Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase do PSF devido ao perfil epidemiológico da população desse Distrito caracterizado por uma complexidade de problemas de saúde e risco social.

Na condição de enfermeira, atuei durante quatro anos, na Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela, bairro pobre localizado no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador - BA e pude conviver com essa realidade em uma área em que a população apresenta grande vulnerabilidade social com conseqüente dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas. Faz parte do cotidiano profissional histórias de pré-

natal tardio ou não realizado, baixa cobertura de consulta de puerpério, descontinuidade no uso de métodos contraceptivos, gravidez não planejada na adolescência e em outras faixas etárias, tentativa e prática de abortamento provocado, apesar da realização de ações clínicas e preventivas no campo da saúde da mulher, desenvolvidas pelas equipes.

Embora na atualidade haja uma ampla produção de estudos no campo da saúde sexual e reprodutiva, muitos ainda se concentram na adolescência. Em relação ao Subúrbio Ferroviário, Salvador- BA, a produção científica é escassa e está sempre voltada às questões de avaliação e na abordagem com profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas diretas com a população, principalmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, pois, as especificidades do grupo populacional em foco, com contingente expressivo de mulheres em idade reprodutiva demandam investigações que subsidiem as práticas profissionais.

Assim, conhecer o contexto sociodemográficos e sua associação com eventos reprodutivos das mulheres permitirá uma maior aproximação com o contexto em que se inserem suas demandas oferecendo às equipes subsídios para ampliação das possibilidades de oferecer ações de maior alcance resolutivo em consonância com as demandas reprodutivas das mulheres. Reconhecendo que diferentes fatores interagem na ocorrência dos eventos reprodutivos e entendendo que a iniciação sexual, a primeira gravidez e a ocorrência de aborto provocado constituem importantes marcadores da qualidade de vida e da atenção à saúde das mulheres selecionamos tais eventos para um estudo que buscou responder à questão: Quais os fatores sociodemográficos que estão associados a eventos reprodutivos das mulheres cadastradas no PSF de Ilha Amarela?

Para responder à questão foram traçados como objetivos:

- Descrever as características das mulheres cadastradas no PSF de Ilha Amarela com ênfase em eventos reprodutivos.
- Analisar a associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos das mulheres cadastradas no PSF.

Esta pesquisa busca contribuir com a atenção prestada pelas equipes de saúde de Ilha Amarela e ampliar o campo de estudos no campo da saúde sexual e reprodutiva bem como fortalecer a linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA e do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS

No Brasil, a atenção à saúde das mulheres passou a ser valorizada pelo poder público nas primeiras décadas do século XX. Os primeiros programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 eram baseados no papel biológico e social da mulher como mãe. Eram programas verticalizados que não se integravam com outros e preconizavam ações estratégicas de proteção a grupos vulneráveis como gestantes e crianças. Tinham, portanto, uma visão reducionista em que a mulher só era cuidada no período gravídico-puerperal, caracterizando uma assistência fragmentada e de baixo impacto sobre os indicadores de saúde.

No final dos anos 1960 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), pautado na intervenção prioritariamente a grupos de risco ou em situações de vulnerabilidade. Os recursos financeiros destinados ao PSMI eram vinculados ao cumprimento de metas, não sendo permitida aos gestores locais a programação de ações mais adequadas a sua realidade. O PSMI coexistia com outros programas do Ministério da Saúde que mesmo oferecendo ações de atenção à saúde da mulher, não se articulavam entre si (COSTA, 1999). Essa perspectiva foi duramente criticada pelo movimento feminista, pois reduzia a mulher à sua função procriadora em detrimento da atenção a outras fases de sua vida (BRASIL, 2004 a).

Nos anos 1980, a luta pela liberdade reprodutiva passou a expressar-se através da formulação do conceito de direitos reprodutivos com ênfase na autonomia e na liberdade reprodutiva das mulheres. Nessa mesma década, os movimentos sociais de diversos países trouxeram para o debate público temas referentes à saúde e direitos reprodutivos, sendo o aborto um dos que integraram a agenda política feminista já nos anos 80.

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente e apesar de suas ações estarem destinadas a homens e mulheres o foco desse atendimento sempre está na mulher devido à diferença que se estabelece no papel biológico no processo de reprodução entre ambos (RAMOS, 2008). A saúde reprodutiva é entendida como

a habilidade das pessoas em reproduzir-se assim como de regular a fertilidade com o maior conhecimento possível das conseqüências pessoais e sociais de suas decisões, e com acesso aos meios para implementá-las; que as mulheres possam ter acesso a maternidade segura; que a gravidez seja bem-sucedida quanto ao bem-estar e da sobrevivência materna e da criança. Além disso, que os casais sejam capazes de ter relações sexuais sem medo de gestações indesejadas e de contrair doenças e de regular a fertilidade sem risco de efeitos

colaterais perigosos ou não desejados (FATHALA, 1988 apud GALVÃO, 1999, p.165).

Reconhecendo as mulheres como sujeitos de direitos e com necessidades que extrapolam aquelas específicas do ciclo gravídico-puerperal, o movimento feminista passou a reivindicar políticas públicas que proporcionassem atenção à saúde em todos os ciclos da vida. Essa mobilização levou o Ministério da Saúde a formular, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção em consonância com a perspectiva da Reforma Sanitária, que culminou com a formulação do SUS (BRASIL, 2004 a).

O reconhecimento internacional dos direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e, no Brasil, a existência de um programa que propunha atenção ampla à saúde das mulheres não foram suficientes para mudar qualitativamente a atenção à saúde. O PAISM deveria ser entendido como uma política para assistência às mulheres no contexto do SUS e sua implementação resultaria na qualificação da assistência melhorando os níveis de saúde das mulheres consolidando a saúde como direito de cidadania (COSTA, 1999).

Dentre as ações que foram o foco das ações no PAISM, o planejamento reprodutivo mantém-se como prioridade, uma vez que atividades educativas e clínicas, nestas incluídas a garantia de informação e acesso a métodos contraceptivos, têm influência direta no processo de escolha reprodutiva. As ações nesse campo são regulamentadas pela lei Nº. 9.263 /96 de forma a garantir às mulheres e aos homens atividades educativas e clínicas que possibilitem informação e acesso a meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, sejam para limitar ou para aumentar a prole. Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos métodos de contracepção ou de concepção nos serviços de saúde (BRASIL, 1996).

Todavia, por questões de ordem estrutural que envolve a organização do sistema público nos três níveis de gestão e o compromisso político com a saúde da população e das mulheres o PAISM não foi implementado conforme sua proposição teórica. Embora incorporação do planejamento familiar na atenção básica à saúde destaque-se entre as mudanças mais significativas, a exemplo de outras ações, ainda hoje é oferecido às mulheres de modo fragmentado sem garantia de acesso à informação e aos métodos contraceptivos (COELHO; FONSECA, 2004). As condições sociais e econômicas desprivilegiadas a que são submetidas um

grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde colaboram para que a tomada de decisão sobre seu corpo e sobre a sua vida seja dificultada.

Na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) formulada em 2004 pelo Ministério da Saúde, tenta resgatar os princípios do PAISM, preencher as lacunas existentes e mudar os indicadores da saúde das mulheres, mas continuam contemporâneos muitos problemas que envolvem não somente a ampliação da cobertura da atenção, mas a qualidade do que é oferecido às mulheres.

Mantém-se atual, a afirmação de Elisabeth Jelin (1994, p. 143) referente aos aspectos que obstaculizam a conquista e o exercício dos direitos reprodutivos, ao considerar que há uma barreira cultural, referente à socialização de gênero, em que a identidade feminina continua muito direcionada à maternidade e ao controle da sexualidade por parte de outrem e uma barreira material e instrumental, representada pela baixa qualidade de vida. Assim, mudanças estruturais precisam manter-se na agenda política feminista de modo que se vislumbre no horizonte o empoderamento das mulheres.

2.1 EVENTOS REPRODUTIVOS E SAÚDE DAS MULHERES

2.1.1 Iniciação sexual e primeira gravidez

Entre as experiências emocionais, afetivas e corporais vividas pelas mulheres, a primeira relação sexual é um marco em que, ao mesmo tempo em que se configura numa transição para a vida adulta, também torna a mulher vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS, a gestações não planejadas e ao aborto (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007). Para Taquette e Vilhena (2008), o início da atividade sexual com envolvimento genital tem ocorrido mais freqüentemente na adolescência e em idades mais precoces.

Borges, Latorre e Schor (2007) acrescentam ainda, que a iniciação sexual não tem ocorrido de forma homogênea entre homens e mulheres, grupos sociais ou entre gerações, sugerindo que alguns fatores individuais, tais como idade, cor, religião, sexo, escolaridade, ocupação ou fatores relacionados ao relacionamento e à estrutura familiar podem estar determinando a decisão de iniciar ou adiar a vida sexual.

Estudos de Longo (2002); Borges; Schor (2005) e Heilborn et al (2006). Borges; Latorre; Schor (2007) verificaram que a iniciação sexual na adolescência, dá-se por um processo gradual, que inclui a experimentação física, relacional e pessoal, bem como a incorporação de uma cultura sexual do grupo social a que a adolescente pertence, de modo que a relação sexual propriamente dita ocorre mais próxima do fim da adolescência.

Para Godinho et al (2000) a adolescente ainda não é capaz de racionalizar as conseqüências futuras decorrentes do seu comportamento sexual, podendo deparar-se com situações de risco, como gravidez indesejada ou não planejada. Além disso, a falta de lazer, exemplos familiares, curiosidade natural, necessidade de expressar amor e confiança, solidão, carência afetiva e necessidade de afirmação, são também elementos que podem levar a adolescente a iniciar sua vida sexual precocemente, com risco de uma gravidez não planejada. Ao mesmo tempo, emerge o interesse de quebrar tabus impostos pela sociedade, levando as jovens a contestar, mantendo relações sexuais na busca da libertação da tutela paterna.

A atividade sexual na adolescência por acontecer geralmente de maneira eventual, leva ao uso indevido ou irregular de anticoncepcionais e quanto menor for sua idade, maior será a tendência de negar a possibilidade de gravidez. Por acreditar que mãe e pai não estão preparados para ouvi-las, acabam por não falar sobre seu relacionamento sexual e contracepção. Comumente, fazem o caminho inverso, iniciam o relacionamento sexual para depois se preocuparem com a anticoncepção (LUZ; BERNI, 2000).

Vieira et al. (2006, p. 136) comentam em estudo que:

além do início da atividade sexual precoce, os jovens, na maioria das vezes, iniciam a vida sexual sem proteger-se, expondo-se a gravidez indesejada e não planejada. Estudos realizados na América Latina têm mostrado que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação sexual.

Pesquisa realizada por Cabral (2003) junto a homens adolescentes revela precariedade de informações e conhecimento pouco consistente sobre anticoncepção. Foi verificado também que entre as adolescentes havia uma prevalência do uso de contraceptivo sempre posterior ao início do relacionamento sexual, não havendo nenhum caso de uso anterior ao intercursos sexual, além de haver as situações em que nenhuma medida contraceptiva foi adotada apesar de sucessivas relações sexuais. Nos depoimentos masculinos, observou-se juízo de valor sobre as mulheres

responsabilizando-as pelo cuidado com a contracepção, mantendo a responsabilização unilateral, ou seja, somente pelas mulheres.

Para Melo (2007), a sexualidade de adolescentes difere da sexualidade dos adultos apenas nos aspectos psicossociais, pois ambos podem desempenhar o mesmo papel biológico à resposta sexual e à função reprodutiva. No tocante ao exercício da sexualidade pelos rapazes, socialmente há permissão e incentivo ao passo que para as meninas há restrições, proibições, cobranças e culpa, fazendo com que ela viva o conflito entre o querer e o não poder iniciar sua vida sexual. Quando inicia sem uma formação adequada para tal, pode ser surpreendida por uma gravidez ficando expostas a julgamentos morais.

A primeira gravidez, cuja ocorrência guarda relação com a iniciação sexual, sobretudo entre adolescentes de classes sociais menos favorecidas representa na atualidade motivo de preocupação dos organismos oficiais, pois, embora desejada por uma parcela das mulheres também gera conflitos e com frequência tem como desfecho o aborto. Por outro lado, conforme afirma Tedesco (1999), representa para muitas mulheres afirmação e/ou o desenvolvimento da identidade sexual, da feminilidade e da auto-estima, onde a mulher passa da condição de filha para a condição de mãe, sendo então um evento sociocultural e não apenas biológico. Nesse processo, o estado emocional das gestantes, além de outras modalidades relacionais e de comportamento é condicionado pela estrutura social a que a pessoa pertence.

A partir de dados do Ministério da Saúde, Waissman (2006) informa que da população de adolescentes, 49,6 % são do sexo feminino, tendo ocorrido 681.290 partos em jovens entre os 10 e 19 anos no ano 2000 o que representou 27,1% do total de partos. Ressalta uma maior ocorrência desses partos na faixa etária de 10 a 14 anos, o que representa um aumento de 22% na última década. Daí a importância de uma atenção especial às adolescentes, pois quanto mais jovem a menina engravidar pela primeira vez, maiores são as probabilidades de uma nova gestação ainda na adolescência.

A gravidez precoce é um tema polêmico e quase sempre é vista como um problema social, recebendo uma classificação de alto-risco tanto em seus aspectos sociais quanto biológico. Encontra-se comumente na literatura obstétrica a associação do alto-risco, pela maior incidência de anemia, toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, além de baixa cobertura pré-natal na gravidez na adolescência e altos índices de morbidade materno-fetal. Contudo, muitos desses agravos estão mais associados com as condições socioeconômicas e com a qualidade da atenção pré-natal do que com a idade isoladamente (MELO, 2007).

Em 2001, foram registrados 3.106.525 nascidos vivos declarados no Brasil, havendo entre o grupo das mães adolescentes, 10 a 19 anos de idade, maior proporção de partos vaginais. Entre as mulheres com 20 a 34 anos de idade, o parto vaginal representou 59%; e entre as mulheres com 35 anos e mais a distribuição dos partos foi equilibrada: 50,9% foram vaginais e 49,1% foram cesáreos (BRASIL, 2004 b).

Quanto aos aspectos sociais, a gravidez precoce poderá trazer alguns efeitos negativos, como: perda de oportunidades educacionais e de trabalho. Estudo de Almeida, Aquino e Barros (2006) com 4.634 jovens com idade entre 18 e 24 anos, revela que quase metade das jovens que interrompeu os estudos pelo menos uma vez, relatou uma gravidez na adolescência. O motivo principal para interrupção dos estudos foi a gravidez e filhos para as mulheres e o trabalho para os homens. O abandono escolar na ocasião da gravidez na adolescência foi referido por 40,1% das moças cuja gravidez terminou em filho(a). Contudo, 20,5% já tinham evadido antes de engravidar.

Em pesquisa de Belo e Silva (2004) com 156 adolescentes grávidas foi verificado que 51,9% não freqüentavam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 44% estavam no primeiro grau e 54,7% cursavam o segundo grau. Das adolescentes que abandonaram a escola, 65,4% interromperam os estudos no primeiro grau e o principal motivo alegado para o abandono escolar foi a gravidez (30,9%).

Ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional frente à situação da maternidade. É comum a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, causando a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social: é freqüente a gestante não ter nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família, sofrendo críticas, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Sentem-se envergonhadas, culpadas e têm dúvidas quanto ao seu futuro e ao de seu/sua filho(a) (GODINHO et al 2000).

Todavia, há de se relativizar tais repercussões da gravidez sobre a vida de adolescentes de modo a não adotar posição normatizadora e reducionista. Embora a gravidez na adolescência encontre-se, com freqüência, relacionada a um contexto social desfavorável, é necessário considerar que comumente já ocorre em um espaço de oportunidades limitadas e marcado por interrupções escolares (PANTOJA, 2003). Nesses cenários, a ocorrência da gravidez pode representar para a adolescente alternativa de vida, algo positivo e nem sempre equivocado, pode ser fruto de um planejamento prévio consciente e decorrente da vida afetiva estável (BELO; SILVA, 2004).

Por outro lado, sendo a adolescência um período de importantes alterações biopsicossociais, sexualidade, anticoncepção, gravidez, IST/HIV não podem ser abordados como temas isolados e descontextualizados. Cabe aos sistemas de educação e de saúde desenvolver de modo regular ações que valorizem as especificidades desse grupo populacional e a construção da identidade de mulheres e homens ainda permeada pela naturalização dos atributos de gênero que dificulta às mulheres o domínio sobre o seu corpo e sobre a sua vida.

2.2.2 Abortamento inseguro e mortalidade materna como problemas de saúde pública

A problemática do aborto constitui uma questão de saúde pública e importante questão de gênero já que são as mulheres, muitas vezes, solitariamente, que vivenciam os conflitos e as conseqüências do abortamento. As mulheres pobres são as que mais sofrem, pois são as que têm maior dificuldade de acesso à informação e aos métodos contraceptivos no sistema público de saúde, além de ter na vida privada menor poder de negociação com os parceiros. A trajetória dessas mulheres na busca pelo aborto é, na maioria das vezes, longa e solitária, vivenciando sofrimento que se amplia nas maternidades ao receberem atendimentos com preconceitos e maus tratos. A internação por abortamento é, no entanto uma realidade na rede pública e o comprometimento da saúde que as mulheres apresentam nessas situações denunciam as condições insalubres e os riscos a que se submetem.

No Brasil, estima-se que ocorra anualmente 1.443.350 abortamentos, com taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores encontrados em países da Europa ocidental, onde a prática do aborto é legal (BRASIL, 2005). O cálculo da sua magnitude é subestimado devido aos aspectos culturais, religiosos e legais que inibem as mulheres a declará-los (BRASIL, 2005). Em 1994, o Instituto Alan Guttmacher estimou a ocorrência de cerca de 4 milhões de abortos clandestinos ao ano para a América Latina e Caribe, sendo que o Brasil colaboraria com de 750 mil a 1,5 milhões desses (AGI, 1994).

A importância do abortamento inseguro no país é incontestável. Em municípios da região metropolitana do Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o abortamento ocupou, respectivamente, o primeiro e segundo lugar como causa de mortalidade materna, decrescendo nos anos seguintes. Na Bahia, essa realidade não difere e o aborto se mantém em segundo lugar

no total das internações obstétricas, sendo superado, assim como no Brasil, apenas pelo parto normal; representava durante toda a década de 90 principal causa de morte materna (BAHIA, 2002).

As mortes maternas no Brasil atingem, sobretudo mulheres jovens e pobres segundo dados dos comitês de mortalidade materna. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério, sendo que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas se as condições de saúde fossem semelhantes às de países desenvolvidos. A mortalidade materna constitui um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população (LAURENTI et al, 2004; BRASIL, 2007), bem como da qualidade da atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Riquinho e Correia (2006), em estudo sobre a morte materna no estado de Porto Alegre, constataram que as causas mais freqüentes dos óbitos maternos, foram infecção pós-aborto (15%) e distúrbio hipertensivo da gestação (15%), seguidos de doença do aparelho circulatório/infarto agudo do miocárdio (13%) e septicemia (10%). Além disso, 8% foram relacionados a causas vinculadas à Aids e 3%, registrados como outras causas, totalizando 36% no período do estudo. Destacam ainda que a doença hipertensiva da gestação e a infecção pós-aborto são as causas mais freqüentes de óbito materno no Brasil e na América Latina. As mulheres que morreram por essa causa tinham entre 30 a 39 anos (46,2%), e 20 a 29 anos de idade (43,6%), com maior risco de morte materna em mulheres muito jovens ou com idade mais avançada (menores de 15 anos ou maiores de 35 anos), sendo as mais velhas mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação.

Para os autores, o perfil sociodemográfico é um fator que pode revelar o grau de vulnerabilidade, sendo necessário pensar ações que reduzam a mortalidade materna principalmente, na população menos favorecida economicamente. A implementação do planejamento familiar, com atenção interdisciplinar, que inclua orientações e acesso a métodos contraceptivos para todas as mulheres que necessitarem, certamente diminuirá o número de gravidez indesejada e, conseqüentemente, a prática de aborto (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2000, promoveu um encontro entre os líderes das maiores potências mundiais e os chefes de Estado de 186 Países, onde foi discutida a gravidade social dos indicadores de abortamento e mortalidade materna e lançados oito objetivos conhecidos como *Objetivos do Milênio* que apresentam ações prioritárias para superação da pobreza, tendo dentre essas metas a redução da mortalidade materna. As metas do milênio devem ser alcançadas até 2015. Para que essas metas referentes à mortalidade materna sejam alcançadas é necessário que haja intervenção direta nos cuidados à saúde sexual e

reprodutiva feminina, no que se refere à ampliação do acesso ao atendimento nos serviços de saúde (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

As altas taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil são um desafio para os serviços de saúde e a sociedade configurando-se como um grave problema de saúde pública que atinge desigualmente as classes sociais menos favorecidas violando assim os direitos humanos. A implantação dos comitês de morte materna é identificada como uma das ações estratégicas capazes de favorecer políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, nos casos de aborto, durante a gravidez, no parto e no puerpério, a partir de suas informações (BRASIL, 2007).

Se o Brasil quiser elevar a qualidade de vida da população e cumprir com as metas estabelecidas e assumidas pelo governo nos Objetivos do Milênio terá, entre outras medidas, que diminuir a incidência da gravidez não planejada/indesejada, para tanto, é preciso que o Estado viabilize os meios para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como sejam reduzidas as desigualdades resultantes das relações de gênero. Em condições ideais, homens e mulheres poderão usufruir de uma sexualidade sem riscos.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal de abordagem quantitativa que foi desenvolvido no período de março de 2009 a dezembro de 2009.

A pesquisa exploratória é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado (TOBAR; YALOUR, 2001). Tendo ainda conforme Marconi e Lakatos (2006), o objetivo de subsidiar informações para a construção de hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou ainda, modificar e clarificar conceitos.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma área circunscrita à uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, na cidade do Salvador-BA. O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km². A sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Segundo dados do IBGE (2000) a população estimada para o município foi de 2.443.107 habitantes dentre os quais 53% são mulheres, 1.150.288 hab. (SALVADOR, 2006).

O Subúrbio Ferroviário é uma região da cidade de Salvador constituída por diversos bairros, com uma população de 324.931 habitantes, sendo a atenção à saúde oferecida por Unidades de Saúde da Família, onde atuam 42 equipes de saúde; 5 Unidades Básicas de Saúde; 1 Hospital Estadual e 1 Pronto-Atendimento Municipal. A área é uma das mais carentes da cidade do Salvador-BA, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SALVADOR, 2006).

O Município de Salvador, buscando reorganizar a atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS, decidiu pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) em todos os distritos sanitários, tendo suas atividades iniciadas em outubro de 1998. A implantação do Programa Saúde da Família ocorreu dois anos após, com 11 equipes distribuídas em áreas consideradas prioritárias. Entre os 12 Distritos Sanitários existentes em Salvador identificou-se o Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase do PSF devido ao perfil epidemiológico da população desse Distrito caracterizado por uma complexidade de problemas de saúde e risco social.

A Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela é integrante do Subúrbio Ferroviário, sendo composta por uma população de aproximadamente 13.292 pessoas, tendo um total de 3.568 famílias, 100% cadastradas e assistidas por quatro equipes de Saúde, que desde 2003 desenvolvem as ações de atenção à saúde que são propostas pelo Ministério da Saúde para esse nível de atenção.

3.3 POPULAÇÃO - ALVO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por 380 mulheres em idade reprodutiva, entre 15 a 49 anos de idade, residentes nos domicílios cadastrados pelo PSF de Ilha Amarela, consideradas elegíveis para o estudo.

Para identificação das mulheres elegíveis, foram consultadas as fichas A de cadastramento das famílias residentes na área de atuação do programa, que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação territorializado, que permite a desagregação dos indicadores em microáreas e possibilita a microlocalização dos problemas de saúde, representando uma importante ferramenta para a gestão de sistemas locais de saúde.

A ficha A, utilizada pelos ACS para o cadastramento das pessoas do território, facilitou o acesso à busca das mulheres em idade fértil e o cadastramento dessas mulheres em um banco de dados criado para a pesquisa. Esse cadastro possibilitou a seleção dos domicílios (unidades amostrais) no distrito sanitário, em quatro áreas de cobertura delimitadas operacionalmente pelo programa. O número de mulheres (unidade elementar) que foram entrevistadas foi obtido a partir do número total de mulheres em idade fértil cadastradas pela USF no ano de referência 2009.

3.4 PLANO AMOSTRAL

Como a população encontrava-se desagregada por domicílios, optou-se pela técnica de amostragem estratificada por área, delimitadas operacionalmente pelas equipes do PSF, perfazendo um total de 4 estratos com alocação proporcional ao número de mulheres de 15 - 49 anos em cada área.

Visando garantir representatividade e viabilidade do trabalho (custos e pessoal disponível para trabalho de campo), decidiu-se o sorteio por unidade amostral (domicílio). No primeiro estágio, foram sorteados os domicílios elegíveis (com pelo menos uma mulher de 15 a 49 anos de idade). No segundo estágio, dentro do domicílio, foi sorteada uma mulher em idade fértil, cujo dia e mês do aniversário fosse o primeiro do ano cívil, desconsiderando-se o ano de nascimento. O sorteio das entrevistas em cada área foi obtido de forma aleatória e proporcional ao número de mulheres em idade fértil na área.

Foram excluídos da constituição da base de dados, domicílios que não possuíam mulheres em idade fértil, tomando-se como referência as informações dos domicílios cadastrados no Programa de Saúde da Família. Para o cálculo da amostra e sorteio das unidades amostrais, utilizamos o software STATA versão 8.0 e para a constituição da entrada de dados o Programa Microsoft Access versão 2002.

3.5 DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O dimensionamento da amostra foi realizado para estimar a proporção de mulheres em idade fértil assistidas em uma unidade de Saúde da Família no bairro de Ilha Amarela. Para o cálculo do n em cada estrato, tomou-se em consideração a média (18%) das estimativas da fecundidade por grupo etário obtidas na PNDS de 2006, de 15-19 anos 23%; 30-39 anos 20%; 40-49 anos 11%, sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 3% ($d=0,03$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elementos da população ($N=3.438$) foi obtido com base no número total de domicílios cadastrados e elegíveis no Programa. O n encontrado ($n=380$), foi alocado proporcionalmente ao

número de mulheres em idade fértil em cada área. Ao valor encontrado, acrescentou-se 10% para perdas eventuais (n=38).

Foi recomendado o uso da reposição apenas nos casos em que os domicílios sorteados se encontrassem fechados durante a coleta de dados ou quando houvesse impossibilidade de acesso à mulher cujo nome foi sorteado. Essas situações não ocorreram, houve apenas 4 recusas não sendo usada a amostra de reposição para esse fim.

O tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão²:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h [N_h^2 * P_h * (1 - P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_h N_h * P_h * (1 - P_h)] \text{ onde,}$$

- h total de estratos (H=4)
 N=4.201 número total de mulheres em idade fértil na população-alvo
 N_h total de mulheres em idade fértil no estrato h
 w_h N_h/N – fração de observações alocadas no estrato h
 P_h proporção de mulheres em idade fértil no estrato h
 N tamanho da amostra
 n_h tamanho da sub-mostra no estrato h
 z_{1-α/2}² = 1,96 percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança 1-α, para hipótese bilateral.
 d erro amostral (d=0,03)

Quadro 1. Distribuição da População em cada estrato

Área	Grupo Etário	N
1	15-19	152
	20-39	614
	40-49	223
2	15-19	79
	20-39	374
	40-49	111
3	15-19	107
	20-39	590
	40-49	199
4	15-19	133
	20-39	674
	40-49	182
Total mulheres de idade fértil		3.438*

Fonte dos dados: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), jan/2009.
 Nota: * Foram excluídos 4 registros cuja idade não atendia aos critérios definidos (15-49 anos)

Quadro 2. Distribuição da amostra em cada estrato.

Área	Grupo Etário	n_{amostra}	n_{reposição}
1	15-19	17	2
	20-39	68	7
	40-49	25	2
2	15-19	9	1
	20-39	41	4
	40-49	12	1
3	15-19	12	1
	20-39	65	7
	40-49	22	2
4	15-19	15	1
	20-39	74	7
	40-49	20	2
	Total	380	38

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa ocorreram conversas e encontros com os profissionais que atuam no PSF, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde, que foram convidados a contribuir voluntariamente com a pesquisa, tendo a participação desses se limitados ao acompanhamento da pesquisadora e da equipe aos domicílios das mulheres eleitas para o estudo. Foi esclarecido ainda que, a qualquer tempo e em qualquer etapa da pesquisa, qualquer um dos colaboradores poderia desistir de participar, sem qualquer prejuízo.

A coleta dos dados foi realizada através de questionário com perguntas estruturadas e semi-estruturadas aplicadas face a face às mulheres, contendo questões com resposta única ou múltipla, estimulada ou espontânea. O instrumento continha informações sociodemográficas; informações relacionadas com a contracepção, gravidez, aborto, parto e puerpério; e informações relacionadas à atenção pelo serviço de saúde. Foi elaborado a partir da leitura dos instrumentos da pesquisa GRAVAD (Estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, com 4.634 jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos, no período de 2001-2002, pelo

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Instituto de Medicina Social da UERJ e Universidade Federal do Rio Grande do Sul) (HEILBORN et al, 2006); do questionário da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) realizada em 2006 (BRASIL, 2009); e incorporou questões elaboradas pela pesquisadora a partir do problema de pesquisa e dos objetivos.

Para testagem do instrumento de coleta de dados foi de fundamental importância a realização de um estudo piloto onde foram sorteados 5 domicílios em cada setor, totalizando 20 domicílios, sendo entrevistada uma mulher residente em cada domicílio. Os domicílios selecionados para o teste piloto não compuseram a amostra do estudo, evitando assim uma sobreposição de dados.

A realização do piloto permitiu avaliar os procedimentos que foram elaborados para a pesquisa, desde o treinamento da equipe, a aceitação da mesma pela população até o entendimento das questões elaboradas, permitindo uma readequação das questões não compreendidas.

O controle de qualidade da produção dos dados coletados foi realizado pela pesquisadora responsável pelo projeto, que acompanhou e supervisionou as entrevistadoras no campo e verificou todos os instrumentos coletados. Nos domicílios onde não eram encontradas as mulheres eleitas pelo sorteio uma nova visita era agendada com um dos familiares que informava dia e horário apropriado para encontrá-las. Foi selecionada uma amostra de 20% dos domicílios onde se realizou uma revisita e nova aplicação do questionário para confirmar a fidedignidade das informações obtidas.

3.7 ESTRUTURA E TREINAMENTO DA EQUIPE DE COLETA DE DADOS

A equipe foi composta por 1 pesquisadora orientadora do projeto, 5 entrevistadoras, 1 estatística, 2 digitadores e 1 supervisora de campo, sendo esta, a pesquisadora responsável pelo projeto. Para compor o grupo de entrevistadoras selecionamos estudantes da graduação em Enfermagem, que cursavam a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, através de entrevista realizada pela pesquisadora e pela orientadora do projeto. O treinamento do grupo de entrevistadoras compôs a segunda etapa do projeto, tendo sido realizada uma exposição do estudo, seguidos de uma leitura e discussão do questionário para garantir a padronização, orientação e capacitação das entrevistadoras para o trabalho.

A terceira etapa ocorreu durante estudo piloto que proporcionou às entrevistadoras conhecimento da área, entrosamento com os agentes comunitários de saúde, verificação da aceitação da comunidade e entendimento das questões elaboradas, permitindo assim uma readequação das questões não compreendidas.

3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Segundo Tobar; Yalour (2001), variável é uma característica de interesse para um determinado estudo, podendo ser observada e medida em uma investigação. Neste estudo foram utilizados três grupos de variáveis:

a) Sociodemográficas: grupo etário, estado civil, raça/cor auto declarada, religião praticada, Escolaridade (última série concluída), situação ocupacional e renda familiar total. A situação ocupacional descrita como atividade não remunerada se refere às donas de casa, cuidadoras da casa, do(a)s filho(a)s e de familiares.

b) Relacionadas a eventos sexuais e reprodutivos: idade da primeira menstruação, iniciação sexual, idade da primeira gravidez, relato de aborto, formas de aborto, numero de gestações, numero de filhos vivos.

c) Relacionadas ao atendimento nos serviços de saúde: período de inicio do pré-natal na última gestação, tipos de parto, atendimento em maternidades e número de maternidades que passou antes do último parto, orientação sobre a consulta de puerpério e realização da consulta de puerpério após o último parto. Essa categoria de variáveis foi utilizada apenas para caracterização das mulheres.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi precedida pela descrição das características de interesse do estudo através de tabelas univariadas e bivariadas, gráficos, medianas, médias e desvios padrão. Posteriormente, foram verificadas diferenças entre as proporções visando identificar diferenças entre as experiências reprodutivas das mulheres e os fatores associados por meio dos testes

estatísticos χ^2 de Pearson e Exato de Fischer (quando necessário) ao nível de 5% de significância. ($\alpha \leq 0,05$). Foi indicado o uso do Teste Exato de Fischer nas situações em que a frequência das categorias fossem inferiores a 5.

Para fins de análise e atendendo aos objetivos do estudo, foram utilizadas como indicadoras as variáveis: **idade da iniciação sexual** e **idade da 1ª gravidez que** foram classificadas em duas grandes categorias: antes dos 20 anos (1) e após os 20 anos (0). Tomamos como base a classificação de **adolescência** da OMS adotada também pelo Ministério da Saúde que considera adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2006 a); e o **relato de aborto provocado** que foi dividido em duas categorias: (1) sim (0) não. Essas variáveis são frequentemente encontradas na literatura (Leite; Rodrigues e Fonseca, 2004; Menezes; Aquino; Silva, 2006; HEILBORN et al, 2006; Borges; Latorre; Schor, 2007) e nesse estudo foram determinadas como indicadoras, por serem eventos marcantes e importantes na saúde reprodutiva feminina.

No presente estudo as variáveis utilizadas nas associações da *Odds Ratio*¹ (OR), como categorias ou grupo referência foram: estado civil (solteira), raça/cor (branca), religião (sem religião), última série concluída (superior completo/ incompleto e ensino médio completo), situação ocupacional (atividade remunerada), renda familiar (4 a 5 SM). A escolha das variáveis para compor o grupo referência foi baseada no critério em que “*O grupo referência deverá corresponder ao valor “natural” de comparação que tipicamente é o que representa o menor risco*” (MEDRONHO et al. 2003, p. 116).

Utilizou-se a *Odds Ratio*¹ (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% para estimar a magnitude das associações entre as experiências reprodutivas das mulheres e os fatores sociodemográficos associados. Para a constituição da base de dados, foi utilizado o Microsoft Access versão 2002 e para análise dos dados utilizou-se o Software STATA versão 8.0, sendo o gráfico foi gerado por meio do Harvard Graphics versão 98.

¹ É uma medida de associação utilizada nos estudos transversais para identificar se a chance de desenvolver uma doença e/ou evento em um grupo exposto é maior (ou menor) do que no grupo de não expostos.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa e as entrevistadas devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2006 b).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob Parecer Nº 03/2009, folha de rosto nº 243210 em reunião realizada em 08 de abril de 2009.

As mulheres contatadas foram esclarecidas sobre a pesquisa através da leitura das informações à colaboradora e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por todas que aceitaram participar do estudo. Foram esclarecidas também quanto à divulgação dos resultados em eventos científicos e publicação em periódicos de circulação internacional. As mulheres menores de 18 anos, além da assinatura do TCLE, tiveram a autorização de um dos responsáveis em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) responsável.

Foram respeitadas as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, tendo sido atendidos os princípios éticos fundamentais que incluem: a participação voluntária na pesquisa, assinatura do TCLE, garantia do anonimato e do sigilo das informações, direito de desistir em qualquer momento do processo sem nenhum prejuízo.

Foi garantido à população do estudo o livre acesso às pesquisadoras e aos resultados do estudo. Os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora sendo arquivados por um período de cinco anos. Ao fim desse período serão entregues às colaboradoras ou destruídos após sua autorização.

4 RESULTADOS

A amostra dos domicílios entrevistados consistiu de 380 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. Recusaram-se a participar da pesquisa 4 mulheres (1,1%), sendo obtida uma taxa de resposta de 98,9% que correspondeu a uma população amostrada de 376 mulheres.

A caracterização sociodemográfica das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela descritas na **Tabela 1** apresenta mulheres com idade média de $30,4 \pm 9,3$ (dado não apresentado), sendo 13,8% adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, 49,5% com idade entre 20 a 34 anos e 36,7% na faixa etária de 35 a 49 anos.

Em relação ao estado civil a maior proporção de mulheres (61,7%) tinha vínculo conjugal. As solteiras corresponderam a 35,9% das entrevistadas, 2,4% eram divorciadas/viúva/separadas. No que se refere à escolaridade verificou-se que a maior proporção das mulheres, 54,3%, tinham o ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, 37,9% concluíram o ensino médio e 7% concluíram a alfabetização ou o ensino fundamental incompleto e apenas 0,8% ingressou no ensino superior.

No que diz respeito à variável raça/cor a maioria das mulheres do estudo, 93,4%, declararam-se negras (pretas e pardas), 5,9% brancas e 0,5% indígenas. Apenas 3,2% não declararam a sua raça/cor. Com relação à religião que pratica a maior parte das mulheres do estudo (42,3%) se declarou católica e 37,2% eram evangélicas ou protestantes e apenas 1,1% pertenciam a outras religiões. Uma proporção de 19,4% declarou não ter religião.

Quanto à situação ocupacional, o maior percentual das mulheres (47,1%) correspondeu às donas de casa, cuidadoras da casa, dos filhos e de familiares, que nesse estudo foram consideradas como exercendo atividades não remuneradas; 25,8% referiram estar com emprego formal, 15,2% estavam desempregadas à procura de emprego no período da pesquisa e 12% eram estudantes. No que se refere à renda familiar constatou-se que o maior percentual 51,6%, das mulheres tinham uma renda mensal familiar entre 2 a 3 salários mínimos (SM), 42,5% até 1 SM e 5,9% de 4 a 5 SM.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Variável	n (n = 376)	(%)
Grupo etário		
15 - 19 anos	52	13,8
20 - 34 anos	186	49,5
35 - 49 anos	138	36,7
Estado civil		
Solteira	135	35,9
Casada /Unida	232	61,7
Divorciada /Viúva /Separada	9	2,4
Raça/cor		
Branca	22	5,9
Preta/ Parda	340	93,4
Indígena	2	0,5
Nenhuma das respostas anteriores	12	3,2
Religião praticada		
Católica	159	42,3
Protestante/Evangélica	140	37,2
Sem religião	73	19,4
Outras religiões	4	1,1
Escolaridade (n=372)		
Alfabetização/Fundamental incompleto	26	7,0
Fundamental completo/Ensino médio incompleto	202	54,3
Ensino médio completo	141	37,9
Ensino superior completo/Incompleto	3	0,8
Situação ocupacional		
Atividade remunerada	97	25,8
Desempregada	57	15,2
Atividade não remunerada (dona de casa)	177	47,1
Estudante	45	12,0
Renda familiar total (n=372)		
Até 1 Salário mínimo	158	42,5
2 a 3 Salários mínimos	192	51,6
4 a 5 Salários mínimos	22	5,9

Na **Tabela 2** apresentamos os eventos sexuais e reprodutivos das mulheres entrevistadas em área de cobertura do Programa Saúde da Família de Ilha Amarela. Das entrevistadas, 6,9% declararam não ter iniciado a vida sexual. Os resultados referentes à idade da iniciação sexual foram obtidos de 342 mulheres, devido à exclusão de 8 mulheres por não informarem essa idade. Dessas mulheres, 77,8% tiveram a iniciação sexual antes dos vinte anos e apenas 22,2% após os 20 anos.

Entre as mulheres com história de gravidez, 55,1% relataram gravidez antes dos 20 anos e 44,9% após os 20 anos, e 3,7% estavam grávidas no momento da entrevista. Considerando-se o histórico de gravidez foram declarados 110 casos de abortos sendo 39,1% provocados, 47,3% espontâneos e 13,6% declararam as duas formas (provocados e espontâneos). Quanto à realização do pré-natal na última gestação, verificou-se que a maior proporção das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre.

Verificou-se que 69,9% das mulheres tiveram partos normais e 28,7% cesarianas. Evidenciamos que 76% das mulheres foram atendidas na primeira maternidade em que buscou durante o trabalho de parto. Entre as demais, 69 mulheres peregrinaram em até 5 maternidades até serem admitidas.

Em relação ao número de filho(a)s, o maior percentual das mulheres (33,4%) tinha apenas 1 filho(a), seguido por 24,6% com 2 filho(a)s. Com relação à orientação recebida sobre a consulta de puerpério durante o pré-natal, 51,4% das mulheres afirmaram ter recebido orientação sendo realizada por 52,3% das mulheres.

Tabela 2. Eventos sexuais e reprodutivos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Evento	n	(%)
Iniciação sexual	376	
≤ 19 anos	266	77,8
≥ 20 anos	76	22,2
Não iniciou	26	6,9
Idade da 1ª Gravidez	350	
≤ 19 anos	193	55,1
≥ 20 anos	157	44,9
Gravidez em curso	349	
Sim	13	3,7
Não	336	96,3
Relato de aborto	110	
Provocado	43	39,1
Espontâneo	52	47,3
Provocado + espontâneo	15	13,6
Início do pré-natal na última gestação	272	
1º trimestre	216	79,4
2º trimestre	27	9,9
3º trimestre	29	10,7
Tipos de Parto	289	
Normal	202	69,9
Cesáreo	83	28,7
Fórceps	4	1,4
Atendimento na primeira maternidade	288	
Sim	219	76,0
Não	69	24,0
Numero de maternidades percorridas*	69	
1	16	23,2
2 a 3	44	63,8
4 a 5	9	13,0
Número de filhos vivos	350	
Nenhum	60	17,1
1	117	33,4
2	86	24,6
3	41	11,7
4 ou mais	46	13,1
Recebeu orientação sobre consulta de puerpério	294	
Sim	146	51,4
Não	138	48,6
Realizou consulta de puerpério	281	
Sim	147	52,3
Não	134	47,7

* Número de maternidades procuradas para atendimento durante o trabalho de parto.

Na **Tabela 3** são apresentados a média e o desvio padrão dos eventos sexuais e reprodutivos das mulheres segundo idade da primeira gravidez. No grupo de mulheres que

engravidaram **antes dos 20 anos** a idade média da menarca foi de $12,7 \pm 1,5$ anos não diferindo das mulheres com gravidez **após os 20 anos**. A idade média da iniciação sexual das mulheres com gravidez antes dos 20 anos foi de $15,5 \pm 1,7$ anos, sendo diferente das mulheres com gravidez após os 20 anos onde essa iniciação sexual foi de $19 \pm 3,6$ anos.

A idade média das mulheres por ocasião da primeira gravidez antes dos 20 anos foi de quase $17 \pm 1,6$ anos, sendo $3,0 \pm 2,6$ a média do número de gestações e a média do número de filhos $2,0 \pm 2,1$ filho(a)s enquanto que, as mulheres com primeira gravidez após os 20 anos, a idade média da primeira gravidez foi de $24 \pm 3,9$ anos, a média de gestações foi de $2,0 \pm 2,1$ gestações e a média do número de filho(a)s foi de $1,0 \pm 1,2$ filho(a)s.

Ao analisar globalmente a idade média da menarca, iniciação sexual e primeira gravidez das mulheres entrevistadas pode-se observar na **Gráfico 1** que a média de idade da menarca foi 12,9 anos, a idade da iniciação sexual de 17,7 anos e a idade da primeira gravidez 20,4 anos.

Tabela 3 Média e Desvio Padrão dos eventos sexuais e reprodutivos das mulheres segundo idade da primeira gravidez, em área de cobertura do Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba julho de 2009.

Eventos sexuais e reprodutivos	Idade da 1ª Gravidez (n=350)	
	antes dos 20 anos 193 (55,1%)	20 anos e mais 157 (44,9%)
	Média ± Desvio Padrão	Média ± Desvio Padrão
Idade da Menarca	12,7 ± 1,5	13,1 ± 1,8
Idade da iniciação sexual	15,5 ± 1,7	19,4 ± 3,6
Idade da primeira gestação	16,8 ± 1,6	24,1 ± 3,9
Número gestações	3,3 ± 2,6	1,9 ± 2,1
Número de filhos vivos	2,4 ± 1,7	1,3 ± 1,2

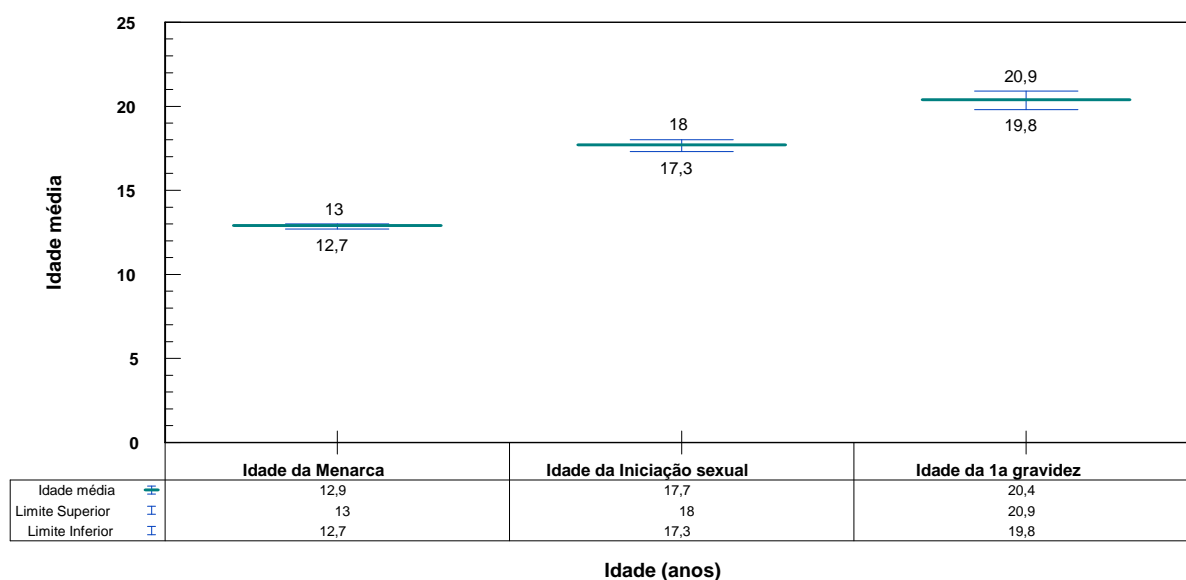


Gráfico 1. Idade média e IC a 95%, da menarca, iniciação sexual e primeira gravidez das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Verifica-se na **Tabela 4** que as mulheres que referiram iniciação sexual antes do 20 anos e aquelas com iniciação sexual após os 20 anos, apresentaram diferenças estatisticamente significantes para as variáveis: religião ($p=0,04$), escolaridade ($p=0,03$) e situação ocupacional ($p=0,01$).

Ao verificar a associação entre os fatores sociodemográficos e a iniciação sexual antes dos 20 anos observamos que as mulheres negras (pretas e pardas) apresentaram 2,65 vezes mais chances de iniciação sexual antes dos 20 anos quando comparadas com as mulheres brancas, porém este resultado mostrou-se associado em nível *boderline* (IC 95%: 1,02 - 6,85). As mulheres que tiveram como última série concluída a alfabetização têm 6,62 vezes mais chances de ter iniciação sexual antes dos 20 anos quando comparadas com as mulheres com ensino médio completo ou superior completo/incompleto cuja associação foi estatisticamente significativa (IC 95%: 1,75 - 24,78). As mulheres com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto têm 2,86 vezes mais chances de iniciar atividade sexual antes dos 20 anos quando comparadas as mulheres do grupo referente, cuja associação é estatisticamente significativa (IC %: 1,60 - 5,11).

Na associação da situação ocupacional e iniciação sexual antes dos 20 anos, verifica-se que as mulheres sem atividade remunerada têm 2,16 vezes mais chances de ter iniciação sexual antes dos 20 anos (IC 95%: 1,60 - 5,11) quando comparadas com aquelas que exerciam atividade remunerada, sendo uma associação estatisticamente significativa. Não houve associação entre a renda e a iniciação sexual.

Tabela 4. Associação entre fatores sociodemográficos e a iniciação sexual antes dos 20 anos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Fatores Sociodemográficos	Iniciação sexual antes dos 20 anos (n=342)		
	Sim (%)	Não (%)	OR* (IC 95%)
Raça/Cor	**p=0,200		
Branca	5,4	10,8	1,0
Parda/Preta	93,8	89,2	2,65 (1,02 - 6,85)
Indígena	0,8	0,0	...
Religião praticada	**p=0,045		
Sem religião	22,2	7,9	1,0
Católica	39,8	50,0	0,41 (0,16 - 1,07)
Protestante	36,8	40,8	0,42 (0,16 - 1,09)
Outras	1,1	1,3	0,74 (0,06 - 8,72)
Escolaridade	**p=0,003		
Superior completo/incompleto Ensino medio completo	34,5	56,0	1,0
Alfabetização/Fundamental incompleto	8,3	4,0	6,62 (1,75 - 24,88)
Fundamental completo/Ensino médio incompleto	57,2	40,0	2,86 (1,60 - 5,11)
Situação ocupacional	**p=0,019		
Atividade remunerada	22,6	38,2	1,0
Desempregada (proc. emprego)	15,4	14,5	1,89 (0,83 - 4,33)
Atividade não remunerada	52,3	44,7	2,16 (1,18 - 3,94)
Estudante	9,8	2,6	2,64 (0,55-12,66)
Renda Familiar total	**p=0,139		
até 1 SM	45,8	9,2	1,82 (0,64 - 5,12)
2 a 3 SM	48,8	34,2	1,34 (0,49 - 3,65)
4 a 5 SM	5,3	56,6	1,0

Notas: *Ajuste por idade

**valor de p obtido através do teste χ^2 de Pearson.

Verifica-se na **Tabela 5** que as mulheres que referiram primeira gravidez antes dos 20 anos e aquelas com gravidez após os 20 anos, apresentaram diferenças estatisticamente significantes para as variáveis: religião ($p=0,01$), escolaridade ($p=0,00$) e situação ocupacional ($p=0,05$).

A associação foi positiva entre a religião praticada e a primeira gravidez antes dos 20 anos, em que ser católica pode ser fator de proteção para gravidez na adolescência, quando comparadas às mulheres sem religião. Sendo essa associação estatisticamente significativa ($OR=0,42$; IC 95%: 0,23 - 0,78).

Na associação entre a escolaridade e a primeira gravidez antes dos 20 anos, verificou-se que as mulheres que cursaram apenas alfabetização ou nível fundamental incompleto têm 5,41 vezes mais chances de engravidar antes dos 20 anos (IC 95%: 2,19 -13,35), quando comparadas às mulheres com o ensino médio completo ou superior completo/incompleto. As mulheres que cursaram ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto tiveram 3,55 vezes mais chances de engravidar pela primeira gravidez antes dos 20 anos (IC 95%: 2,19 – 5,76) quando comparadas ao mesmo grupo referente, sendo essas associações estatisticamente significantes.

Mulheres sem atividade remunerada têm 1,80 vezes mais chance de engravidar antes dos 20 anos do que aquelas com atividade remunerada, indicando uma associação estatisticamente significativa (IC 95%: 1,07 - 3,04). Não existe associação entre renda familiar e a primeira gravidez antes dos 20 anos.

Na **Tabela 6**, ao associarmos os fatores sociodemográficos e o relato de aborto provocado, observamos que os resultados não revelam associação com nenhuma das variáveis sociodemográficas. Entretanto, revelam aumento da frequência para as variáveis estado civil, raça/cor, escolaridade e renda familiar, sendo 69,0% delas casadas, 94,43% negras, 56,9% com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, 51,7% exerciam atividades não remuneradas com renda familiar entre 2 a 3 SM (61,4%).

Tabela 5. Associação entre fatores sociodemográficos e a primeira gravidez antes dos 20 anos das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Fatores Sociodemográficos	1ª gravidez antes dos 20 anos (n=342)		
	Sim (%)	Não (%)	OR* (IC 95%)
Raça/Cor	**p= 0,915		
Branca	5,9	7,0	1,0
Parda/Preta	93,5	92,5	1,25 (0,52 – 3,00)
Indígena	0,6	0,5	1,72 (0,09 – 31,58)
Religião praticada	**p= 0,019		
Sem religião	25,5	13,5	1,0
Católica	35,0	47,7	0,42 (0,23 - 0,78)
Protestante	38,2	37,8	0,57 (0,31 - 1,05)
Outras	1,3	1,0	0,79 (0,10 – 6,23)
Escolaridade	**p= 0,000		
Ensino medio completo			1,0
Superior completo/incompleto	23,2	51,8	5,41 (2,19 – 13,35)
Alfabetização/Fundamental incompleto	10,3	5,2	3,55 (2,19 – 5,76)
Fundamental completo/Ensino médio incompleto	66,5	42,9	
Situação ocupacional	**p= 0,055		
Atividade remunerada	21,0	29,5	1,0
Desempregada (procura emprego)	12,1	18,1	0,94 (0,46 - 1,90)
Atividade não remunerada	57,3	45,1	1,80 (1,07 - 3,04)
Estudante	9,6	7,3	1,41 (0,57 – 3,49)
Renda Familiar total	**p= 0,129		
4 a 5 SM	5,2	6,8	1,0
2 a 3 SM	45,5	54,7	1,04 (0,60 – 3,98)
até 1 SM	49,4	38,5	1,55 (0,41 – 2,65)

Notas: * Ajuste por idade

** valor de p obtido através do teste χ^2 de Pearson.

DP= desvio padrão

Tabela 6. Associação entre fatores sociodemográficos e o relato de aborto provocado das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador - Ba, julho de 2009.

Fatores Sociodemográficos	Relato de aborto Provocado (n=58)		
	Sim (%)	Não (%)	OR* (IC 95%)
	58 (52,7)	52 (47,3)	
Estado Civil	**p= 0,232		
Solteira	25,9	30,8	1,0
Casada/Unida	69,0	69,2	1,17 (0,48 - 2,80)
Divorciada/Viúva/Separada	5,2	0,0	...
Raça/Cor	**p= 0,418		
Branca	3,7	7,8	1,0
Parda/Preta	94,4	92,2	2,02 (0,33 - 12,14)
Indígena	1,9	0,0	...
Religião praticada	**p=0,421		
Sem religião	17,2	17,3	1,0
Católica	39,7	50,0	1,12 (0,36 - 3,45)
Protestante	39,7	32,7	1,85 (0,57 - 6,05)
Outras	3,5	0,0	...
Escolaridade	**p= 0,490		
Ensino medio completo	31,0	30,8	1,0
Superior completo/incompleto			
Fundamental completo/Ensino médio incompleto	56,9	63,5	1,58 (0,33 - 7,66)
Alfabetização/Fundamental incompleto	12,1	5,8	0,63 (0,25 - 1,58)
Situação ocupacional	**p=0,534		
Atividade remunerada	29,3	21,2	1,0
Desempregada (proc. emprego)	17,2	15,4	0,89 (0,24 - 3,26)
Atividade não remunerada	51,7	57,7	0,60 (0,23 - 1,56)
Estudante	1,7	5,8	0,13 (0,01 - 1,46)
Renda Familiar total	**p= 0,538		
até 1 SM	33,3	41,2	0,91 (0,17 - 5,02)
2 a 3 SM	61,4	51,0	1,63 (0,31 - 8,52)
4 a 5 SM	5,3	7,8	1,0

Notas: * Ajuste por idade da iniciação sexual

** valor de p obtido através do teste χ^2 de Pearson.

Verifica-se na **Tabela 7** que a associação entre o relato de aborto provocado e a idade da iniciação sexual antes dos 20 anos foi positiva, revelando que mulheres com iniciação sexual antes dos 20 anos têm 4,4 vezes mais chances em realizar aborto provocado, quando comparadas com aquelas que não tiveram a iniciação sexual antes dos 20 anos, cuja associação foi estatisticamente significante (IC 0,95%: 1,29 - 14,89).

Verifica-se que não houve associação estatisticamente significante entre o relato de aborto provocado e as mulheres com primeira gravidez antes ou após os 20 anos não sendo estatisticamente significante a diferença entre os grupos (**Tabela 8**).

Tabela 7. Associação entre relato de aborto provocado e idade da iniciação sexual das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Relato de aborto Provocado (n=56)	Idade da Iniciação Sexual		Iniciação sexual antes dos 20 anos OR* (IC 95%)
	Antes dos 20 anos n (%)	≥ 20 anos n (%)	
	valor de p**= 0,017		
Não	39 (42,9)	12 (75,0)	1,0
Sim	52 (57,1)	4 (25,0)	4,4 (1,29 - 14,89)
Número médio de abortos provocado ± (DP)	1,6 (DP=1,3)	1,5 (DP=0,58)	

Notas: * Ajuste por idade.

** valor de p obtido através do teste χ^2 de Pearson.

DP= desvio padrão

Tabela 8. Associação entre relato de aborto provocado e idade da primeira gravidez das mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Ilha Amarela, Salvador-Ba, julho de 2009.

Relato de aborto provocado (n=58)	Idade da 1ª Gravidez (n=316)		
	Antes dos 20 anos n (%)	≥ 20 anos n (%)	1ª gravidez antes dos 20 anos OR* (IC 95%)
valor de p**= 0,194			
Não	28 (43,1)	24 (53,3)	1,0
Sim	37 (56,9)	21 (46,7)	1,64 (0,74 - 3,62)
Número médio de abortos provocado ± (DP)	1,6 (DP=1,3)	1,5 (DP=1,0)	

Notas: * Ajuste por idade

** valor de p obtido através do teste χ^2 de Pearson.

DP= desvio padrão

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES

As mulheres em idade fértil no Brasil, segundo resultados da PNDS, realizada em 2006, apresentaram-se relativamente jovens com idade média de 30 anos para a região Nordeste, superior a 31 anos para a região Sul, Sudeste e Centro-Oeste e 29 para região Norte (BRASIL, 2009). Cerca de 20% das mulheres brasileiras haviam completado até a quarta série do ensino fundamental e 50% ultrapassaram oito anos de estudo, representando um aumento expressivo da escolaridade em relação aos resultados da mesma pesquisa de 1996, quando esse último percentual correspondia a 30%. Obteve-se na zona urbana uma média de 8,7 anos e na zona rural 6,5 anos, havendo variação por região com 25% e 28% das mulheres tendo até a quarta série no Norte e Nordeste respectivamente, enquanto no Sul e Sudeste 16% das mulheres completaram 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2009).

Quanto menor a escolaridade, menos qualificada será a ocupação e mulheres com baixa escolaridade tendem a ter jornadas domésticas em média 75% superiores às das mulheres com nível superior completo (RIOS-NETO; MARTINE; ALVES, 2009). Além disso, a trajetória escolar do(a)s jovens tem uma ligação estreita com a trajetória dos familiares sendo constatado na pesquisa GRAVAD que em Salvador apenas 1/8 do(a)s jovens alcançou o ensino superior, enquanto em Porto Alegre, correspondeu a 1/3 reafirmando-se as diferenças entre regiões, sendo visível a maior desigualdade social nas cidades nordestinas. No Brasil, há uma alta taxa de repetência e dificuldades de progressão ou permanência na carreira escolar que se acentua na adolescência com grande disparidade entre as regiões. Todavia, mais da metade das jovens cujas mães têm o nível fundamental completo chega a concluir o nível médio ou a inserir-se no curso universitário (HEILBORN et al, 2006).

Quando inseridas no mercado de trabalho, as mulheres realizam atividades predominantemente próximas daquelas desenvolvidas no âmbito doméstico. Sendo esse um resultado confirmado pela pesquisa do DIEESE (2001) onde a mulher que trabalha fora do âmbito domiciliar exerce fundamentalmente o emprego doméstico ou atua nas áreas da educação, saúde, indústria têxtil e de confecção.

O trabalho das mulheres, quando não é extensão direta do trabalho doméstico, requer qualidades valorizadas na socialização das meninas que favorecem a submissão e a reprodução social e cultural de papéis tradicionalmente desempenhados pelas mulheres. Além disso, as atividades são descontínuas, relacionadas a momentos do ciclo vital, dos quais o mais relevante é a maternidade. Assim, “*os trabalhos em tempo parcial, ocasionais ou sazonais são mais frequentes entre elas, respondendo à necessidade de harmonizar o desempenho doméstico e profissional*” (YANNOULAS, 2002, p.114).

Segundo dados do DIEESE em 2001, as mulheres representavam 41,9% da população economicamente ativa do Brasil, sendo 1/3 das famílias chefiadas por elas, e embora com melhor nível de instrução que os homens, ocupavam postos mais precários e com menor remuneração (DIEESE, 2001). Conforme Marques (2004) grande parte das mulheres mantém-se em subempregos embora apresente melhor nível educacional do que os homens, em regra geral.

Esse mesmo órgão oficial nos anos 2004 e 2005 comparou a inserção das mulheres negras no mercado de trabalho em capitais brasileiras, ressaltando as diferenças entre Porto Alegre, São Paulo e Salvador, em que nas primeiras, proporcionalmente as mulheres negras corresponderam ao maior percentual entre as desempregadas. Em Salvador, embora a grande população de trabalhadoras seja negra, houve diferença significativa entre homens e mulheres com taxa de desemprego de 29,2% para mulheres negras e de 15,2% para os homens não negros. Em todas as regiões, a taxa de desemprego de mulheres negras superou a das não negras (DIEESE, 2005).

Considerando a importante relação entre acesso à educação, inserção no mercado de trabalho e renda, políticas públicas que foquem a educação podem reverter a transmissão intergeracional da desigualdade educacional e combater a disparidade salarial em todo o país entre negro(a)s e não negro(a)s (CAMPANTE; CRESPO; LEITE, 2004).

Há convergência dos resultados da nossa pesquisa com os estudos citados na medida em que foi obtida uma média de idade de 30,4 anos em um grupo populacional, predominantemente de raça/cor negra, que apresenta historicamente dificuldades de se qualificar e se inserir no mercado de trabalho e se concentra em áreas geográficas periféricas com vulnerabilidade social e econômica, a exemplo da que constituiu o *lócus* do estudo.

Embora diferenciado dos resultados apresentados no tocante à escolaridade, o predomínio de 8 a 10 anos de estudo que constitui fator de mudança da qualidade de vida das famílias, não foi suficiente para reverter a situação social desprivilegiada em que se inserem. Quase metade das mulheres mantém-se como donas de casa com um pequeno grupo inserido no mercado de trabalho o que se reflete na grande parcela cuja renda familiar é de até um salário mínimo mensal,

determinando maiores dificuldades de ascensão social e constituindo obstáculo à conquista da autonomia e da liberdade feminina.

Tais características sociodemográficas remetem a uma atenção à saúde comprometida pelo sistema público construído sob um modelo marcado pela escassez de investimentos e sem priorização da atenção básica. Ainda quando reorganizada pelo SUS e mais recentemente, revitalizada pelo PSF, a facilitação de acesso e da utilização dos serviços não oferece garantia da qualidade. Por outro lado, o período reprodutivo constitui a fase do ciclo vital feminino geradora de maiores demandas, oriundas das experiências sexuais e reprodutivas que se apresentam comprometidas pela vulnerabilidade social e econômica, ambas agravadas pela vulnerabilidade de gênero.

No PSF uma das prioridades é a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos nos aspectos que competem ao sistema de saúde, de modo que o acesso à informação e aos métodos contraceptivos são facilitadores do controle da mulher sobre o seu corpo e da tomada de decisões no âmbito da reprodução. No estudo, a média de 1 a 2 filho(a)s encontrada segue uma tendência nacional. A taxa de fecundidade total no Brasil tem mostrado um declínio acentuado, passando de 6,2 filhos (1940), para 2,3 (2000) e 1,86 (2006), com impacto direto na estrutura etária do país, em que as mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos, diminuem progressivamente o número de filho(a)s. Entre adolescentes essa ordem é inversa aumentando desde os anos 90 para 26% a taxa de fecundidade (BRASIL, 2006 a).

Para as mulheres em situação de gravidez, uma das prioridades do PSF é a iniciação do pré-natal no primeiro trimestre, o que possibilitará a adesão, o acompanhamento, a identificação e a atuação da equipe diante de fatores de risco. Nesse espaço, o parto normal deve ser estimulado de modo a reverter os altos índices de cesariana que contrariam os princípios da humanização do parto e do nascimento.

No estudo em foco, foi evidenciado que o percentual de mulheres que iniciou o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gravidez se assemelha aos resultados da PNDS (BRASIL, 2009), em que 83% o iniciaram até o terceiro mês de gestação, sendo indicador de uma ampliação da cobertura pré-natal e do trabalho das equipes do PSF no sentido de garantir a iniciação precoce. Em Salvador, a assistência pré-natal no município vem apresentando uma elevada cobertura, diminuindo a proporção para 9,5% de gestantes sem qualquer assistência em 2004 (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Conforme esperado, a maioria das mulheres do estudo teve parto normal, todavia o percentual de cesarianas excedeu os 15% estabelecidos como limite pela OMS (Chrestani et al. 2008) e, embora, a maior parte das mulheres tenha referido atendimento na primeira maternidade, os números foram inferiores ao encontrado na PNDS que foi de 88,3% para a região nordeste e 89,3% para o Brasil (BRASIL, 2009). Contudo, chama a atenção, a peregrinação de 69 mulheres do estudo que durante o trabalho de parto buscaram atendimento em mais de uma maternidade, chegando a percorrer até 5 maternidades. Esse resultado aponta para uma falta de organização do sistema de saúde que expõe a mulher e o(a) seu filho(a) a uma situação de vulnerabilidade.

Estudo de Nascimento, Rodrigues e Almeida (2007) aponta uma baixa cobertura de consultas de puerpério no município de Salvador e, conforme Almeida e Silva (2008), essa baixa procura das mulheres por consulta de revisão puerperal não é valorizada pelo(a)s profissionais de saúde. A consulta puerperal é também priorizada na atenção no PSF e a ação de toda a equipe deve ser voltada para incluí-la entre as prioridades garantindo o cuidado nessa fase em que se somam às alterações fisiológicas, questões psicossociais relacionadas à adaptação pós-parto e ao contexto de vida das mulheres.

Nesta pesquisa, o percentual de mulheres que recebeu informações sobre a consulta puerperal durante o pré-natal, se assemelha ao número de consultas realizadas, demonstrando que quando dada efetivamente a orientação, maiores serão as possibilidades da realização da consulta de puerpério. Esses resultados sugerem a necessidade de estudos adicionais de caráter qualitativo a fim de complementar as informações sobre esse aspecto do cuidado à mulher.

5.2 ASSOCIAÇÃO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E EVENTOS REPRODUTIVOS

5.2.1 Iniciação sexual

No Brasil, na população na faixa de 16 a 19 anos, a iniciação sexual, segundo Berquó *apud* Moreira *et al* (2008) dá-se em torno de 14,5 anos para os homens e 15,2 para as mulheres. Entre a população com mais de 40 anos, 18,4 anos é a idade média da iniciação sexual para homens e 20,6 anos para mulheres. A idade média da iniciação sexual, o histórico de maior proporção de gravidez antes dos 20 anos se confirmam em pesquisas realizadas em diferentes

momentos da década por Longo (2002); Borges; Schor (2005) e Heilborn et al (2006). Borges; Latorre; Schor (2007).

Em estudo realizado em São Paulo, com mulheres em idade fértil e assistidas pelo PSF, foi constatado que a idade foi associada à iniciação sexual, ou seja, ter 17 anos de idade ou mais elevou a chance de iniciação sexual, independentemente do sexo. Assim, a idade torna-se um importante marcador dessa suscitando maiores investimentos do Estado no sentido de implementar ações efetivas de promoção da saúde sexual e reprodutiva preparando adolescentes para uma vida sexual com menor risco de gravidez não planejada e de adquirir doenças (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007). Essa referência de idade se confirma no nosso estudo em que, considerando-se as mulheres em todas as faixas etárias a idade média da iniciação sexual foi 17,7 anos.

A iniciação sexual mais cedo tem ocorrido com maior frequência entre adolescentes de menor escolaridade e pobres, reforçando a determinação social desse evento. Heilborn; Cabral; Bozon (2006) ressaltam a influência do nível de instrução materna e o nível de renda na idade da iniciação sexual, provocando impacto na saúde sexual e reprodutiva. Segundo Borges (2007) o impacto desses fatores na saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres poderá ser proveniente da capacidade diminuída de negociação do uso de preservativos e do baixo nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos que tendem a aumentar com a idade.

Nessa fase de transição, é também comum, o pensamento mágico, *isto não acontecerá comigo*, que inclui fantasias, distanciamento do mundo concreto e necessidades do prazer imediato, gerando atitudes inconseqüentes (SILVA, 2009). Deve-se considerar ainda o fato de que a maioria das meninas tem a primeira relação sexual de forma não planejada e muitas vezes em locais improvisados, podendo gerar maior dificuldade em adotar medidas de proteção à saúde, entre elas o uso da camisinha e de métodos contraceptivos, estando, portanto mais vulneráveis às IST/HIV e às gravidezes não planejadas/indesejadas que podem resultar em aborto (BRASIL, 2006 a).

No estudo em foco, as mulheres se encontravam em diferentes fases do ciclo reprodutivo, sendo pequena a proporção das que não iniciaram a vida sexual. A concentração da iniciação sexual na adolescência reflete uma tendência nacional e neste estudo, guarda relação com a idade da primeira gravidez verificando-se que as que engravidaram pela primeira vez na adolescência apresentaram idade média da iniciação sexual mais baixa do que as que engravidaram após os 20 anos. O número de gestações, de abortos e o número de filho(a)s vivo(a)s acompanhou essa

tendência, sendo maior entre as que se iniciaram sexualmente mais cedo quando comparadas as de iniciação sexual após os 20 anos.

A raça/cor não se mostrou associada à iniciação sexual, porém, as mulheres negras se iniciam mais cedo, corroborando com estudo de Borges, Latorre e Schor (2007) e de Borges (2007), que apontam para um número maior de iniciação sexual pelas mulheres negras. Contudo esse resultado não apresentou associação estatística significativa, sendo essas experiências articuladas não pelo grupo étnico e sim pelo grupo socialmente menos favorecido. Os resultados se assemelham aos da pesquisa GRAVAD em que a raça/cor determinou pouca diferença na idade de iniciação sexual, entretanto em Salvador, cidade com a iniciação sexual mais tardia entre as três capitais, as mulheres negras iniciam a vida sexual relativamente mais cedo que as brancas (HEILBORN et al, 2006).

Quanto à escolaridade, fortemente associada à iniciação sexual em nosso estudo, de modo que quanto menor for o nível de escolaridade, maiores serão as chances de iniciação sexual antes dos 20 anos, há convergência com estudo de Leite; Rodrigues e Fonseca (2004) em que o nível educacional se apresentou como um importante fator em sua análise, revelando que adolescentes com 5 ou mais anos de estudo são menos propenso(a)s à iniciação sexual precoce. No estudo de Borges; Latorre; Schor (2007) foi observada uma associação significativa entre a iniciação sexual e a(o)s adolescentes fora da escola, indicando a necessidade de investimentos na educação desse(a)s jovens o que certamente irá refletir em sua vida sexual e reprodutiva.

5.2.2 Primeira gravidez antes dos 20 anos

Uma questão importante na saúde sexual e reprodutiva feminina é a primeira gravidez, por se tratar de um evento significativo na vida da maior parte das mulheres. Tendo em vista ser a adolescência um período de importantes alterações ligadas ao desenvolvimento biopsicossocial, incluindo o despertar para as experiências sexuais, diversas áreas do conhecimento têm dirigido atenção para esse grupo populacional.

Verificou-se no estudo a associação entre religião, escolaridade e situação ocupacional com a primeira gravidez antes dos 20 anos. A raça/cor e a renda familiar não se mostraram associadas à primeira gravidez antes dos 20 anos. Na associação entre a religião e a primeira

gravidez antes dos 20 anos, observou-se que a religião católica constitui um fator de proteção para as mulheres.

A associação entre a escolaridade e a primeira gravidez antes dos 20 anos aponta a mesma ordem inversa verificada pela pesquisa GRAVAD, onde quanto menor o grau de escolaridade das mulheres maiores serão as chances de uma gravidez antes dos 20 anos. Nessa mesma pesquisa, observou-se a maior frequência de gravidez na adolescência em jovens com menor escolaridade e menor nível de renda e que 42,1% das jovens que tiveram filhos com menos de 20 anos já estavam fora da escola quando engravidaram, o percentual das meninas que interromperam temporariamente os estudos foi de 25% enquanto 17,5% abandonaram definitivamente. Persiste ainda entre as mulheres, majoritariamente, o fato de serem consideradas responsáveis pelo trabalho reprodutivo (HEILBORN *et al*, 2006).

Estudos apontam para uma baixa escolaridade ou maior abandono escolar em jovens com história de gravidez na adolescência, fazendo com que esses conseqüentemente não tenham oportunidades de mobilidade social. Waissman (2006), em estudo com adolescentes grávidas, constatou que mais da metade das multigestas tinha escolaridade muito baixa; a autora chama atenção para o fato de que a maioria delas tinha abandonado a escola ao iniciar um novo ciclo gestacional, enquanto, a maioria das primigestas continuava freqüentando a escola.

Estudo de Almeida, Aquino e Barros (2006) com 4.634 jovens com idade entre 18 e 24 anos, revela que quase metade das jovens que interrompeu os estudos pelo menos uma vez, relatou uma gravidez na adolescência. O motivo principal para interrupção dos estudos foi a gravidez e filhos para as mulheres e o trabalho para os homens. O abandono escolar na ocasião da gravidez na adolescência foi referido por 40,1% das moças cuja gravidez terminou em filho(a). Contudo, 20,5% já tinham evadido antes de engravidar.

Em pesquisa de Belo e Silva (2004) com 156 adolescentes grávidas foi verificado que 51,9% não freqüentavam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 44% estavam no primeiro grau e 54,7% cursavam o segundo grau. Das adolescentes que abandonaram a escola, 65,4% interromperam os estudos no primeiro grau e o principal motivo alegado para o abandono escolar foi a gravidez (30,9%).

Para as mulheres que cuidam da casa, do(a)s filho(a)s e familiares existe maior chance de uma gravidez antes dos 20 anos, quando comparadas às mulheres que exercem uma atividade ocupacional fora do âmbito doméstico, indicando que essas mulheres têm dependência financeira de seus parceiros ou de outros familiares, tornando-se um dos fatores que dificulta a autonomia feminina.

5.2.3 Aborto provocado

Outro evento importante estudado foi o aborto provocado por ser considerado um relevante problema de saúde pública no Brasil e ocupar destaque nas estatísticas de mortalidade. Ocorre principalmente nas classes sociais menos favorecidas, evidenciando as desigualdades sociais brasileiras, onde jovens buscam atendimento em hospitais públicos para realização de curetagem pós-aborto e declaram gravidezes não planejadas (PERES; HEIBORN, 2006).

No estudo, o histórico de abortos provocados é indicativo de que a desinformação, as dificuldades de acesso e irregularidade no uso de métodos contraceptivos são parte da vivência das mulheres, resultando em gravidez não planejada. Brandão e Heilborn (2006) consideram que o uso irregular de contraceptivos, a dominação masculina e a ambivalência do desejo de ter filho(a)s e uma gravidez não prevista traduzem as dificuldades das mulheres para acatar as normas contraceptivas. Além disso, o acesso à informação não determina automaticamente condutas de auto-proteção, o manejo e a introdução dos métodos são lentos, exigem discussão entre os parceiros, autoconfiança, apoio social o que dificilmente estará presente na iniciação sexual.

Verificou-se que não existe associação entre os fatores sociodemográficos e o relato de aborto provocado. No entanto, verificou-se a maior frequência de aborto provocado entre as mulheres casadas/unidas. Estudo de Olinto e Moreira-Filho no Rio Grande do Sul (2006) com 3.002 mulheres aponta que o aborto foi predominante em mulheres vivendo em união estável e estudo de Kac et al (2007) verificou que as mulheres unidas tinham 4 vezes mais chance de realizar aborto.

Embora a maior frequência de aborto provocado tenha sido verificada em mulheres negras, não houve associação positiva entre a raça/cor e o relato de aborto provocado, havendo convergência com os resultados de pesquisa realizada por Menezes; Aquino; Silva (2006), que também não verificaram essa associação.

Foi negativa a associação entre escolaridade, renda e relato de aborto provocado. Entretanto, a maior frequência de mulheres com melhor nível de escolaridade e melhor renda familiar aponta uma ordem inversa dos demais resultados apresentados, de modo que houve maior prevalência de aborto entre mulheres com melhor renda e escolaridade estando de acordo com estudo de Menezes, Aquino e Silva (2006) onde esses fatores se mostraram associados.

O relato de aborto provocado foi maior entre as mulheres com iniciação sexual antes dos 20 anos do que mulheres com iniciação sexual com mais de 20 anos, constatando-se que quanto menor a idade da iniciação sexual maiores serão as chances de um aborto provocado. O achado diverge de estudo realizado por Menezes; Aquino; Silva (2006) em Salvador no qual a idade da primeira relação sexual não foi associada ao aborto provocado. No presente estudo não houve associação entre o relato de aborto provocado e a idade da primeira gravidez antes dos 20.

Em seu estudo Menezes, Aquino e Silva (2006) destacaram as maiores proporções de aborto na primeira gravidez na cidade de Salvador, ressaltando a necessidade de futuras investigações de aspectos socioeconômicos e distinções culturais entre as cidades investigadas, Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, e acesso dessas jovens ao serviço de saúde

O histórico de abortos espontâneos do estudo, não está em consonância com a literatura que descreve a ocorrência desse evento a um percentual de 10 a 15% das gestações (BRASIL, 2005; FREITAS et al, 2006), enquanto correspondeu a quase metade dos abortos no nosso estudo. Essa informação pode ser um indicativo da dificuldade das mulheres em relatar os eventuais casos de abortamentos provocados, por uma série de questões que envolvem aspectos legais, religiosos e culturais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ora realizado, buscou verificar associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos em mulheres de um estrato populacional cujas experiências sexuais e reprodutivas ocorrem em situação de vulnerabilidade social e econômica. O grupo estudado apresentou condição social desfavorável no tocante à renda familiar, à escolaridade e à ocupação predominando a iniciação sexual e a primeira gravidez na adolescência. Foram constatados altos percentuais de abortamento provocado, confirmando resultados de estudos epidemiológicos que mostram indicadores de saúde preocupantes em grupos populacionais com características semelhantes.

No estudo, quanto mais cedo a iniciação sexual maior a ocorrência de gravidez na adolescência e de aborto. Todavia, sabe-se que a iniciação sexual por si só não define a ocorrência de tais eventos na faixa etária indicada, mas a condição social e econômica identificada que condiciona a inserção em uma rede de relações sociais desfavoráveis, entre elas as que envolvem o sistema educacional e de saúde, ressaltando-se também as relações familiares em que experiências de vida se reproduzem entre gerações de mulheres de uma mesma inserção social.

Ressalta-se que o aborto se apresenta como evento que preocupa, haja vista a importante relação com a morbi-mortalidade materna, sobretudo na cidade de Salvador, sendo inclusive questionados os referidos como espontâneos ao extrapolarem em quase duas vezes o previsto na literatura obstétrica. No estudo, apresentou-se como fenômeno não associado ao estado civil, níveis de renda e educacionais, na medida em que sua maior frequência deu-se entre mulheres com relacionamentos estáveis, melhor renda e mais escolarizadas. Os percentuais verificados remetem à qualidade da atenção oferecida na rede pública de saúde, pois revelam a elevada ocorrência de gravidezes não planejadas fenômeno que reúne em sua determinação qualidade da informação, do acesso e a utilização de métodos contraceptivos que devem ser viabilizados pelo sistema público de saúde.

Tais constatações em área de cobertura do PSF, em que o acesso ao cuidado à saúde é facilitado por sua proposta de reorganização da atenção básica, são indicativas que no tocante aos aspectos investigados, há problemas relacionados ao cumprimento do que se preconiza quanto ao planejamento reprodutivo, considerando-se, porém a interação de fatores na determinação dos eventos estudados. Merece, portanto maior atenção do poder público, através da articulação de

dos sistemas de educação e de saúde com suporte às famílias de modo a preparar a(o)s jovens para o exercício da sexualidade com menor risco de IST/HIV e gravidezes não planejadas.

Entende-se que o PSF vem colaborando para o início precoce do acompanhamento pré-natal conforme recomendações do Ministério da Saúde, contudo não foi investigado o número de consultas realizada, dado de extrema importância, que faz parte da investigação em outros estudos, tornando-se uma das lacunas deste. Tal mudança não se reverte em garantia do parto e do nascimento em condições dignas, ainda havendo peregrinação de mulheres por maternidades da cidade o que caracteriza uma violência institucional e nega a existência do sistema de referência e contra-referência preconizado pelo SUS.

Particularmente no Subúrbio Ferroviário, esse acesso se torna ainda mais restrito por existir apenas uma maternidade. Ressalta-se a necessidade de ampliar estudos que dêem mais visibilidade à relevância social desse fenômeno por se tratar do cuidado à mulher num momento delicado, em que a demora na assistência poderá custar vida do(a) seu/sua filho(a) ou a sua própria vida, aumentando assim os índices de morbi-mortalidade materna e infantil em nosso país.

Os percentuais de cesariana, quase o dobro do limite recomendado pela OMS levanta questionamentos sobre os processos decisórios sobre uma cesárea na rede pública e, a realização parcial da consulta de puerpério parece acompanhar a qualidade da orientação do serviço na medida em que os percentuais relativos a recebimento de orientação e realização da consulta são convergentes. A ausência da mulher na avaliação de puerpério é timidamente discutida na literatura, necessitando também de estudos com abordagens diferentes, que busquem entender a situação, já que se trata de um momento em que a mulher também precisa de atenção.

Após concluir a investigação, algumas considerações sobre as limitações do estudo são necessárias. A primeira é, por se tratar de um estudo transversal as informações são obtidas em um único momento. A segunda é a natureza dos eventos estudados e a veracidade das informações por parte das entrevistadas, principalmente sobre os eventos que ocorreram no passado e são passíveis de juízo de valor. Nesse sentido, a entrevista face a face em local reservado pode ter contribuído para minimizar essa questão mantendo os resultados coerentes com outros estudos.

Considerando a predominância do aborto antes dos 20 anos, período em que poderiam estar solteiras, e a união estável ser dado da atualidade, apresenta-se como limite do estudo. Considerando que não foi verificada a religião por ocasião da ocorrência do aborto, esse também constitui um limite do estudo.

O PSF, certamente tem contribuído para o início precoce do pré-natal, mas considerando o tempo na localidade e quando as gestações aconteceram, aspecto não investigado, não é possível confirmação. Ressalta-se ainda que os partos e a atenção ao puerpério aconteceram parcialmente quando da existência do PSF na área, o que levanta a necessidade de investigar a participação desse na atenção a essa fase.

Os resultados encontrados no presente estudo indicam a necessidade de novas investigações que possibilitem uma maior compreensão desses e de outros aspectos que não foram contemplados como uso e conhecimento sobre contracepção, papel do parceiro nas decisões sobre contracepção/concepção participação da Estratégia Saúde da Família através de atividades educativas e clínicas a partir de uma abordagem que contemple os direitos sexuais e reprodutivos.

Embora o estudo tenha se realizado em área restrita à cobertura do PSF, os resultados apresentaram convergência com os de estudos mais amplos realizados em Salvador e no Brasil. E em relação aos aspectos sociodemográficos, considera-se que a população estudada é semelhante à distribuição verificada em estudos nacionais como a PNDS (2006) garantindo assim a validação interna dos dados.

Entende-se que a pesquisa oferece subsídios para que as equipes possam com segurança planejar e implementar ações valorizando a situação social e econômica e sua influência na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Uma vez atuando com conhecimento do contexto em que as demandas são geradas, profissionais do PSF têm elementos para pensar ações de maior alcance resolutivo no campo da saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). **Aborto clandestino:** uma realidade Latino-Americana. (New York Washington: The Alan Guttmacher Institute). 1994. 32p.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface:** comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP. v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; BARROS, A. P. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cad. Saúde Pública*, July 2006, vol.22, no.7, p.1397-1409.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 347-354.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Anuário estatístico:** informações de saúde – dados por município. / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria de Informação em Saúde. Salvador, 2002.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 38(4): 479-87, 2004.

BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.4, pp. 597-604.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002 *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2): 499-507, mar - abr, 2005.

BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1583-1594, jul, 2007.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 7, 2006, p. 1421-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar**. Lei nº 9263, 12 de janeiro de 1996. Publicada no diário Oficial da União em 15/01/1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher - Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde reprodutiva**: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. IN: Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Brasília: DF, 2004 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196, de 10 de outubro de 2006**. Brasília, 2006 (b). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. n. 2, 2003, p. 283-92. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>. Acesso: 23/04/09.

CAMPANTE, F. R.; CRESPO, A. R. V.; LEITE, P. G. P. G. Desigualdade salarial entre raças no mercado de trabalho urbano brasileiro: aspectos regionais. *Rev. Bras. Econ.* [online]. 2004, vol.58, n.2, pp. 185-210.

COELHO, E.A.C; FONSECA, R.M.G.S. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. *Rev. Esc. Enferm. da USP*, 2004. v.38, p. 37-45.

COSTA, F. **Ministro enfrenta ato contra aborto**. Salvador: Correio da Bahia, aqui Salvador, 17/04/2007. Disponível em; www.correiodabahia.com.br. acesso em: 19/04/2008

COSTA NETO, M. M. da (Org.). **Programa de Saúde da Família: treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 16 p.

COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil**. In: GIFFING, K. (org.) *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 39-49.

CHALEM, Elisa. et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.177-186, jan, 2007.

CHRESTANI, M. A. D. et al. Assistência à gestação e ao parto em áreas pobres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (7):1609-1618, jul, 2008.

DIEESE. **A mulher negra no mercado de trabalho metropolitano**: inserção marcada pela dupla discriminação. Estudos e pesquisas. Ano II – Nº 14 – Novembro de 2005. Disponível em <http://www.dieese.org.br>

DIEESE. **Mulheres Trabalhadoras**: Discriminação e Desigualdade no Mercado de Trabalho – Edição especial. 08 de março de 2001.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza. São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.*, mar. 2008, vol.11, no.1, p.78-88.

FREITAS et al, **Rotinas em Obstetrícia**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680 p.

GALVÃO, L. **Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna**: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAS, J. (org). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1999. p.165-79.

GODINHO, R.A.; SCHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP.,v.9, n.17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

HEILBORN, M. L. et al (org.). **O aprendizado da sexualidade** – reprodução e trajetórias sociais de jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HEILBORN, M. L.; CABRAL; C. S.; BOZON, M.; Grupo GRAVAD. **Gênero e carreiras sexuais e reprodutivas de jovens brasileiros**. In: Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais [texto na Internet]; 2006 set. 18-22; Caxambu: ABEP; 2006. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_607.pdf [Links]

JELIN, E. Mulheres e direitos humanos. **Estudos feministas**. v. 2, n. 1, p. 117-49, 1994.

KAC, G. et al. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2007, vol.7, n.3, pp. 271-280.

LAURENTI, R. et al. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 4, 2004

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto,1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 474-481.

LIMA, B. G. C; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(2):123-153, abr - jun 2008.

LONGO, L. A. F. B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais** 2002; 19:229-47.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. **Feminino e masculino: repercussões na saúde dos adolescentes**. IN: RAMOS, F. R. S.; MONTECELLI, M.; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (ORG.). Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília; ABEn/Governo Federal, 2000.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas em pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, E. K. Mulheres mais escolarizadas num mercado de trabalho que ainda reproduz o modelo da família tradicional. **Mulher e Trabalho**, n.4, 2004. p.31-43.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade**. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007, Salvador.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L.; SILVA, D. O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Cad Saúde Pública**. 2006; 22: 1431-46.

NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P.; ALMEIDA, M.S. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. **Rev. Acta paul. Enferm.**; 20(3):311-315, jul.-set. 2007.

OLINTO M. T. A.; MOREIRA-FILHO D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (2):365-375, fev, 2006.

OLIVEIRA, E. M. **O drama da mulher no mundo do trabalho**. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 439 - 54.

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. CEPS-ISC, Salvador, 2002.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 5 maio 2008.

PERES, S. O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 7, p. 1411-20, 2006.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. (tese de doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2008.

RIOS-NETO, E. L. G.; MARTINE, G.; ALVES J. E. D. **Oportunidades perdidas e desafios críticos: a dinâmica demográfica brasileira e as políticas públicas**. (Demografia em debate; v.3) 196p. - Belo Horizonte: ABEP: UNFPA: CNPD, 2009.

RIQUINHO, Deise Lisboa e CORREIA, Sandra Gomes. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal**. *Rev. bras. enferm.*, maio/jun. 2006, vol.59, no.3, p.303-307.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 98f. il. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde, 2006-2009**. Assessoria Técnica da Saúde: Salvador, 2006.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Os desafios da implantação do PSF no Município de Salvador**. Assessoria Técnica da Saúde: Salvador, Maio, 2001.

SANTOS, P. F. B. B. dos. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB à luz da história oral temática**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SILVA, Ligia Veloso Marinho da. **Dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes**. Universidade Federal da Bahia. 2009. 78f. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).

TAQUETTE, Stella R. and VILHENA, Marília Mello de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicol. estud.* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 105-114.

TEDESCO J.J.A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VIEIRA, L. M.; SAES, S. O. ; DÓRIA, A. A. B.; GOLDBERG, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 6 (1): 135-140, jan. / mar., 2006.

WAISSMAN, A. L. **Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência.** [Tese de Doutorado] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. São Paulo, 2006.

YANNOULAS, S. C. Dossiê: **Políticas e relações de gênero no mercado de trabalho -** Brasília: CFEMEA; FIG/ CIDA, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

Eu, Ana Paula Vidal dos Santos, enfermeira, aluna do curso de mestrado da escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título **“Associação entre fatores sociodemográficos e econômicos com experiências reprodutivas de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família”**. Tendo como orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho. Pretendo contar com sua participação no estudo e salientar que essa colaboração é livre e você poderá desistir em qualquer momento, sem prejuízos. Serão garantidos anonimato e sigilo das informações coletadas, e essas informações serão mantidas sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos e após esse período entregues a você ou destruído mediante sua autorização. Caso aceite participar do estudo, peço sua permissão para coletar os seus dados pessoais e, posteriormente, divulgar o trabalho em eventos científicos e em revistas científicas. Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, através dos telefones: (71) 3356-5123 e (71) 9102-9927. Certas da colaboração desde já agradecem.

Edméia de Almeida C. Coelho
Orientadora

Ana Paula Vidal dos Santos
Pesquisadora


APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Associação entre fatores sociodemográficos e econômicos com experiências reprodutivas de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**” e li o conteúdo do texto **Informações ao Colaborador** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) à coação, indução ou intimação.

Local _____, data ____/____/____.

Assinatura

Impressão digital



Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Local _____, ____/____/____

Edméia de Almeida C. Coelho
Orientadora

Ana Paula Vidal dos Santos
Mestranda

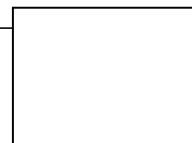
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Associação entre fatores sociodemográficos e econômicos com experiências reprodutivas de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**” e li o conteúdo do texto **Informações ao Colaborador** e entendi as informações relacionadas à participação da menor sob a minha responsabilidade, nesta pesquisa. Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo que a menor sob a minha responsabilidade participe da pesquisa, podendo desistir em qualquer etapa e assim como eu de retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) à coação, indução ou intimação. Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, contactar com Ana Paula Vidal dos Santos, fones: (71) 3356 5123 e 9102 9927.

Local _____, data ____/____/____.

Assinatura

Impressão digital



Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Local _____, ____/____/____

Edméia de Almeida C. Coelho
Orientadora

Ana Paula Vidal dos Santos
Mestranda



Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

Fone: (071) 3283 - 7618 e-mail responsável: edmeiacolho@yahoo.com.br
alanavidal@hotmail.com

Apêndice - D

Questionário: Saúde reprodutiva de mulheres cadastradas no PSF.

1.Data da Entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3.No Questionário:	4. Hora Início:
5. Nome do Informante:	6.Num.Domicílio:	7.Área/ACS:	8.Hora Final:

A. Fatores sociodemográficos:

<p>A1. Qual a sua idade? _____ Data de nascimento: ____/____/____</p> <hr/> <p>A2. Qual a sua ocupação/ profissão? _____</p> <hr/> <p>A3. Está trabalhando fora de casa no momento? 1 () Sim 2 () Não</p> <hr/> <p>A4. Em caso de resposta A3 negativa, por quê? 1 () gravidez 2 () estudos 3 () marido/ companheiro não permite 4 () tem que cuidar da casa/ dos filhos 5 () tem que cuidar de familiares 6 () condição de saúde desfavorável 7 () outros _____</p> <hr/> <p>A5. Qual a sua religião atual? 1 () católica 2 () evangélica/protestante 3 () espírita 4 () candomblé 5 () nenhuma 6 () outros _____</p> <hr/> <p>A6. Qual seu estado civil atual? 1 () casada 2 () solteira 3 () união estável 4 () divorciada 5 () viúva</p> <hr/> <p>A7. Em qual dessas classificações você define sua Raça/cor? 1 () branca 2 () preta 3 () parda 4 () amarela 5 () indígena 6 () NRA (nenhuma resposta acima)</p> <hr/> <p>A8. Você já foi à escola? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>(se negativo passar para A11)</p>	<p>A10. Qual a última série concluída? _____</p> <hr/> <p>A11. Principal razão de não estudar 1 () ficou grávida / tinha de cuidar dos(as) filhos(as) 2 () casou-se / uniu-se ao parceiro 3 () precisava trabalhar 4 () não gostava de estudar 5 () escola de difícil acesso / sem vagas 6 () problemas de saúde 7 () marido não permite 8 () não quis responder 9 () outras _____</p> <hr/> <p>A12. Com que idade você parou de estudar? _____</p> <hr/> <p>A13. Quantos anos de estudos completos? _____</p> <hr/> <p>A14. Qual a sua renda pessoal? 1 () menor que um salário 2 () salário mínimo 3 () de um a dois salários 4 () de dois a três salários 5 () de três a quatro salários mínimos 6 () mais de cinco salários mínimos 7 () não quis responder 8 () não tem renda</p> <hr/> <p>A15. Quem é o principal responsável pelo sustento da família? 1 () a própria mulher 2 () o companheiro 3 () todos da família 4 () não se aplica 5 () outros _____</p> <hr/> <p>A16. E qual a renda familiar mensal ? 1 () menor que um salário 2 () salário mínimo 3 () de um a dois salários 4 () de dois a três salários 5 () de três a quatro salários mínimos 6 () mais de cinco salários mínimos 7 () não quis responder 8 () não tem renda</p>
--	--

<p>A9. Você estuda atualmente? 1() sim, na rede pública, série _____ 2() sim, na rede particular, série _____ 3() não, frequentou e interrompeu 4() não, concluiu os estudos</p>	<p>A17. Quantas pessoas residem em seu domicílio? _____</p> <p>A18. Sua residência é: 1() própria 2() alugada 3() outros _____</p>
--	--

B. Fatores relacionados às experiências reprodutivas:

<p>B1. Com que idade você teve a primeira menstruação _____</p> <p>B2. Já teve relação sexual? 1() Sim 2() Não Idade da primeira relação _____</p> <p>B3. Quantos filhos você pretende ou pretendia ter? _____</p> <p>B4. Já ficou grávida? 1() Sim 2() Não 3() Não se aplica (se resposta negativa passar para a questão B9) _____</p> <p>B5. Quantas gestações você já teve? _____</p> <p>B6. Que idade você tinha quando engravidou pela primeira gravidez? _____</p> <p>B7. Quantos filhos você tem? _____</p> <p>B8. Algum(a) filho(a) morreu na infância? Com que idade? _____</p> <p>B9. Você tem história de abortamentos? 1() Não 2() Sim, espontâneo _____ provocado _____ 3() Não quis responder 4() Não se aplica (se resposta negativa passar para B12)</p> <p>B10. Onde fez o (os) aborto (s): (questão de múltipla escolha) 1() em casa 2() clinica / consultório particular 3() abortadeira / parteira 4() outros _____ 5() Não se aplica</p> <p>B11. Métodos que utilizou para o(s) aborto(s): (múltipla escolha) 1() cytotec 2() chá e infusões 3() aspiração/ cureta 4() uso de objetos domésticos, quais _____ 5() outros _____ 6() não se aplica</p> <p>B12. Está atualmente grávida? 1() Sim 2() Não 3() Não se aplica</p>	<p><u>As questões B13 À B19 serão aplicadas às grávidas</u></p> <p>B13. Qual o mês de gestação? _____</p> <p>B14. Está Fazendo o Pré-Natal? () sim () não</p> <p>B15. Você planejou essa gravidez para esse momento? 1() sim 2() não, queria esperar mais 3() não, não queria ter mais filhos 4() não quis responder</p> <p>B16. O que você fez quando soube que estava grávida: 1() gostou , pois queria a gravidez 2() não gostou, mas aceitou a gravidez 3() companheiro não deixou fazer o aborto 4() pensou no aborto mas não teve meios de fazê-lo 5() não quis responder 6() outros _____</p> <p>B17. Se a resposta B15 for negativa: O que contribuiu para você engravidar? 1() desejo do parceiro 2() não sabia usar os métodos contraceptivos 3() não tinha como comprar esses métodos 4() dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde 5() usou incorretamente o método 6() não pensou em gravidez no momento da relação sexual 7() “ pensei que a gravidez não aconteceria comigo” 8() tem dificuldade na compreensão do uso do método 9() não se dava bem com os métodos hormonais 10() não sabe/não quis responder 00() outros _____</p> <p>B18. você chegou a tentar o aborto e não conseguiu? 1() Sim 2() Não 3() Não se aplica</p> <p>B19. O que utilizou? _____</p>
--	--

As questões B20 À B28 serão aplicadas a todas as mulheres

B20. Conhece algum método anticoncepcional?

- 1() Sim 2() Não 3() não se aplica
(em caso negativo passar para a pergunta B23)

B21. De qual desses métodos contraceptivos você já ouviu falar:
(múltipla escolha)

- 1() pílula
2() injetável mensal
3() injetável trimestral
4() DIU
5() diafragma
6() camisinha masculina
7() camisinha feminina
8() tabela/outros métodos naturais
9() geléia

B22. Como teve esse conhecimento? (resposta de múltipla escolha)

- 1() por amigas
2() pai / mãe
3() profissionais de saúde
4() parceiro
5() escola
6() televisão
7() revistas/ livros
8() outros _____

B23. Já fez uso de algum?

- 1() Sim 2() Não 3() não se aplica

B24. Quem escolheu o método?

- 1() você
2() seu parceiro
3() profissional de saúde
4() não se aplica
5() outros _____

B25. Qual desses métodos você já usou? (múltipla escolha)

- 1() pílula
2() injetável mensal
3() injetável trimestral
4() DIU
5() diafragma
6() camisinha masculina
7() camisinha feminina
8() tabela/outros métodos naturais
9() geléia
00() nunca usou / não se aplica

B26. Contraceptivo(s) atual(is):

B27. O que seu parceiro acha sobre contracepção / planejamento familiar?

- 1() não participa mas se envolve na escolha
2() participa e se envolve na escolha
3() não se envolve e aceita minhas decisões
4() não aceita o uso de nenhum método
5() não sabe/não se aplica

B28. Quem se preocupa mais em evitar a gravidez?

- 1() você
2() seu parceiro
3() os dois
4() nenhum dos dois
5() outros _____
6() não se aplica

C. Fatores relacionados atenção à saúde

C1. Frequenta a Unidade de Saúde da Família (USF)?
1 () Sim 2 () Não (se positivo passar para C3)

C2. **Caso não frequente o PSF**, qual o principal motivo?

- 1 () não gosta do serviço e frequenta outro
2 () não teve acesso/ não consegue marcação
3 () não sabe que tem esse serviço
4 () serviço não funciona bem
5 () outro _____
6 () não se aplica

(caso negativo pular C3 e C4)

C3. Com que frequência você vai a USF cuidar de você?

- 1 () uma vez ao mês
2 () duas vezes ao mês
3 () uma vez a cada dois meses
4 () uma vez a cada seis meses
5 () outras _____

C4. Você tem buscado atendimento na USF para: **(múltipla escolha)**

- 1 () atendimento no pré-natal
2 () atendimento no Planejamento Familiar
3 () realizar o preventivo
4 () apenas para recebimento de preservativos
5 () atendimento médico/ Enfermagem
6 () outros _____

C5. Em quais dessas palestras você já participou? **(múltipla escolha)**

- 1 () pré-natal
2 () planejamento familiar
3 () DST/AIDS
4 () prevenção do câncer de colo ou de mama
5 () nunca participou
6 () outras _____

C6. Frequenta o planejamento familiar do PSF?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () não se aplica
(em caso de resposta negativa passar para C9):

C7. Tem conseguido obter o contraceptivo que você usa?

- 1 () sim, sempre tem o método contraceptivo
2 () sim, mas às vezes falta
3 () sim, porém a falta é constante
4 () não, pois sempre falta os métodos
5 () não se aplica

C8. Quando o serviço não dispõe do contraceptivo que você usa o que você faz?

- 1 () compra na farmácia
2 () usa um outro método disponível no posto
3 () interrompe o uso e aguarda chegar
4 () procura outro posto de saúde
5 () não se aplica

C17. Foi atendida na primeira maternidade?

- 1 () sim 2 () não 3 () não se aplica

As questões C9 até C23 serão aplicadas às mulheres com história de gravidez e partos

C9. Em que mês iniciou o pré-natal (da última gestação ou atual)? _____

C10. Você já fez ou está fazendo o pré-natal no PSF?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () não se aplica
(se positivo passar para C13)

C11. Se não foi no PSF, em qual desses serviços fez ou está fazendo o pré-natal:

- 1 () centro de saúde (que não é PSF)
2 () maternidade
3 () clínica/ médico particular
4 () hospital de referência de risco
5 () outros _____
6 () não se aplica

C12. Porque buscou outro serviço Pré-Natal?

- 1 () foi referenciada por profissional do PSF
2 () não teve acesso/ não consegue marcação no PSF
3 () não sabe que tem esse serviço
4 () no último parto não existia o PSF
5 () não se aplica
7 () outros _____

C13. Apresenta ou apresentou na gestação alguma dessas complicações:

- 1 () Diabetes
2 () Hemorragia
3 () Anemia
4 () Pressão alta
5 () outros _____
6 () não se aplica
7 () não teve complicações

C14. Foi encaminhada para serviço de referência na gravidez?

- 1 () sim 2 () não 3 () não se aplica

C15. Conseguiu ser atendida no serviço de referência?

- 1 () sim 2 () não 3 () não se aplica

C16. Último parto foi:

- 1 () normal
2 () Cesário
3 () fórceps
4 () não sabe/ não responde
5 () não se aplica

C20. Foi orientada sobre a consulta de puerpério (pós-

<p>(se resposta positiva passar para C19)</p> <p>C18. Quantas maternidades você passou antes de ser atendida?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>C19. Apresentou no último parto alguma dessas complicações?</p> <p>1() Diabetes</p> <p>2() Hemorragia</p> <p>3() Anemia</p> <p>4() Pressão alta</p> <p>5() outros _____</p> <p>6() não se aplica</p> <p>7() não apresentou</p>	<p>parto) durante o Pré-Natal?</p> <p>1() sim 2() não 3() não se aplica</p> <hr/> <p>C21. Fez consulta de puerpério no último parto?</p> <p>1() sim 2() não 3() não se aplica</p> <hr/> <p>C22. Recebeu visita de alguém do PSF após o parto?</p> <p>1() sim 2() não 3() não se aplica</p> <hr/> <p>C23. De quem foi à visita? (múltipla escolha)</p> <p>1() enfermeira</p> <p>2() ACS</p> <p>3() médico</p> <p>4() auxiliar de enfermagem</p> <p>5() não se aplica</p> <p>6() não recebeu visita</p>
---	---

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA Nº. 03/2009– Folha de Rosto nº
243210 aprovado na Reunião Plenária do CEPEE UFBA realizada em 08 abril de 2009.

- Aprovado**
- Não Aprovado**
- Projeto com Pendências**
- Aprovado com Recomendação**

Salvador, 13 abril de 2009

Darci de Oliveira Santa Rosa

Coordenador do CEP-EEUFBA

COREN-BA 11.111



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



Of. N° 02/2009 - PGENF

Salvador, 14/01/2009.

A
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
Coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário

Prezado Coordenador,

Solicitamos autorização para que Ana Paula Vidal dos Santos, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, possa realizar o levantamento dos dados para a pesquisa intitulada "*Perfil de mulheres usuárias do Programa Saúde da Família com ênfase na Saúde Reprodutiva*" já qualificada por uma banca examinadora.

No aguardo de um parecer.

Atenciosamente,

Profª Drª Mirian Santos Paiva

Coordenadora do Colegiado do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFBA