

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS USUARIAS DE MATERNIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS

Ana Cyntia Paulin Baraldi¹
Zaira Prado Daud²
Ana Maria de Almeida³
Flavia Azevedo Gomes³
Ana Márcia Spanó Nakano³

Se trata de un estudio descriptivo y comparativo entre madres adolescentes de nacidos vivos atendidas en tres maternidades del sistema público y tres del privado de una ciudad del estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 y 2002. Su objetivo fue identificar y comparar el perfil de las madres adolescentes atendidas en los dos sistemas de salud. Para la recolecta de datos, se utilizó el banco de datos del gobierno municipal de Ribeirão Preto, de donde fueran seleccionadas 5.286 adolescentes entre 10 y 19 años según el tipo de parto, grado de instrucción, número de consultas de prenatal y número de partos anteriores. Se descubrió que las usuarias del sistema público hicieron menor número de consultas de prenatal, poseían escolaridad más baja, tenían mayor paridad, y que el parto normal fue más frecuente. En el privado, fue mayor el número de postventa de prenatal, la escolaridad, la primiparidad y el parto cesárea.

DESCRIPTORES: enfermería obstétrica; embarazo en adolescencia; sistemas de salud; pobreza; desarrollo humano

ADOLESCENT PREGNANCY: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN MOTHERS WHO USE PUBLIC AND PRIVATE HEALTH SYSTEMS

This is a comparative and descriptive study of adolescent mothers who were attended in three maternities of the public health system and three private maternities in a city in São Paulo, Brazil, between 2000 and 2002. This study aimed to compare the profile of mothers attended in both systems. The database of Ribeirão Preto was used and 5,286 adolescent mothers between 10 and 19 years old were selected according to type of delivery, level of instruction, number of prenatal consultations and parity. We found that the users of the public health system had less prenatal consultations, lower level of education, higher parity and the vaginal delivery was most frequent. The users of the private health system, on the contrary, had more prenatal consultations, higher level of instruction, and primiparity and cesarean sections were more frequent.

DESCRIPTORS: obstetric nursing; pregnancy in adolescence; health systems; poverty; human development

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO DAS USUÁRIAS DAS MATERNIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS

Trata-se de estudo descritivo e comparativo entre mães adolescentes de nascidos vivos, atendidas em três maternidades do sistema público e três do privado de um município do Estado de São Paulo, Brasil. Teve como objetivo identificar e comparar o perfil das mães adolescentes atendidas nesses sistemas de saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se o banco de dados da prefeitura de Ribeirão Preto, SP, de onde que foram selecionadas 5.286 adolescentes de 10 a 19 anos, segundo tipo de parto, grau de instrução, número de consultas de pré-natal e número de partos anteriores. Encontrou-se que as usuárias do sistema público fizeram menor número de consultas de pré-natal, possuíam menor escolaridade, tinham maior paridade, o parto normal foi mais freqüente, enquanto no privado foi maior o número de atendimento de pré-natal, a escolaridade, a primiparidade e o parto cesariano.

DESCRITORES: enfermagem obstétrica; gravidez na adolescência; sistemas de saúde; pobreza; desenvolvimento humano

¹ Enfermeira Obstetra, Especialista de Laboratorio de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Brasil, e-mail: acyntia@eerp.usp.br; ² Enfermeira Obstetra del Amparo Maternal, SP, Brasil, e-mail: zairadaud@yahoo.com.br; ³ Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Brasil, e-mail: amalmeid@eerp.usp.br, flagomes@eerp.usp.br, nakano@eerp.usp.br

INTRODUCCIÓN

La necesidad de garantizar los derechos sociales por el Estado posterior a la Constitución de 1988 generó profundas modificaciones en la organización de políticas públicas del país. Al tratarse del derecho a la salud, estas modificaciones priorizan la universalidad para el acceso de la población a los servicios de salud con el objetivo de disminuir las desigualdades sociales y como consecuencia la pobreza y el subdesarrollo en las diversas regiones del país.

Por mucho tiempo, los sistemas de salud vienen pasando por transformaciones, siendo el objetivo de las mismas atender las necesidades de los usuarios, así como los intereses políticos, sociales y económicos de cada país. En los países en desarrollo en especial el Brasil, se dio una evidente transición demográfica con impacto significativo en la necesidad de reorganización del sistema de salud, teniendo como indicadores⁽¹⁾: la disminución en las tasas de mortalidad infantil y perinatal, la disminución de la fecundidad en mujeres en el grupo etáreo superior a 20 años y el aumento en la expectativa de vida al nacer. Mientras tanto, la tasa de fecundidad entre adolescentes aumentó en este periodo. En 1999⁽²⁻³⁾ el Brasil tenía 23% de madres menores de 20 años de edad.

La tasa de fecundidad es inversamente proporcional al salario y a la escolaridad de estas adolescentes. En 1996⁽⁴⁻⁵⁾ la proporción de mujeres de 15 años que había iniciado su vida reproductiva llegaba a 55% entre las que no tenían ninguna escolaridad; 19% entre las que tenían entre 5 a 8 años de estudio y menor al 10% entre aquellas con 9 a 11 años de estudio. Sumándose a ello⁽⁵⁾ se tiene como factores que contribuyen al aumento del número de adolescentes embarazadas: menarquia precoz, inicio de vida sexual cada vez más temprano y acceso precario a los servicios de salud, los cuales cuentan con planificación familiar deficiente, encontrándose en el cuarto lugar, siendo un espacio en donde los adolescentes encuentran informaciones confiables sobre sexualidad⁽⁶⁾.

A pesar de que el embarazo en la adolescencia ejerza un fuerte impacto bio-psicosocial, el aspecto biológico es el menos afectado por lo menos a partir de los 16 años, considerando que⁽⁷⁾ la repercusión de la gestación sobre el organismo de la adolescente y el resultado obstétrico son equivalentes

a los de una mujer adulta. El aspecto psicológico es uno de los más complejos, debido a las peculiaridades del desarrollo en esta etapa de vida. El aspecto social genera abandono escolar y limitación en la formación profesional, pudiendo comprometer sus expectativas de vida futura.

La pobreza y la exclusión social pueden ser considerados tanto como causa o como consecuencia del embarazo precoz. En un estudio sobre las relaciones intermunicipales entre pobreza y gravidez en la adolescencia en un municipio paulista, hubo disminución en la proporción de recién nacidos vivos de las áreas económicamente más pobres; así como las mayores tasas de fecundidad específica fueron observadas en las áreas con deficientes condiciones socioeconómicas⁽⁸⁾. Naturalmente, la capacidad de generar riquezas de un país va a depender de la formación profesional de los miembros de la sociedad⁽⁹⁾. La adolescencia esta en medio de este proceso de capacitación y se desea que ella complete su formación educativa y profesional, integre el mercado de trabajo y, a partir de este momento, colabore generando la descendencia que garantizará la continuidad de su grupo social. Teniendo en consideración la prevalencia de madres adolescentes de bajo salario con limitaciones profesionales, crece de forma gradual la demanda por los servicios de salud de niños con déficit en el desarrollo, déficit nutricionales y problemas afectivos y psicológicos. De esta forma, el costo social y el costo financiero se incrementan conjuntamente con toda la problemática ya discutida, dificultando aún más el desarrollo de la sociedad y de la economía de países del tercer mundo⁽⁵⁾.

El Brasil vive en una dicotomía en relación a los servicios de salud: por un lado, los planes de salud, usualmente accesible a las clases más favorecidas financieramente y por otro el Sistema Único de Salud - SUS - ofrecido para todos los ciudadanos, que en la práctica es utilizado por aquellos que tienen menor poder adquisitivo. Los servicios públicos y privados de salud son influenciados por las condiciones de vida de sus usuarios, determinando inclusive los modelos de asistencia que son implementados. Siendo así, se puede identificar diferentes perfiles de usuarios atendidos en los dos sistemas de salud, así como sus diferencias significativas en los resultados de la asistencia.

Este estudio tuvo como objetivo identificar y comparar el perfil de las madres adolescentes usuarias

de los sistemas públicos y privados de salud de un municipio del estado de São Paulo, Brasil a través de los indicadores de mortalidad y nacimiento, organizados por el servicio de estadística de la Secretaria Municipal de Salud -SMS, disponibles en el site de la prefectura⁽¹⁰⁾. Se cree que al trazar el perfil de las madres adolescentes será posible componer para este grupo de usuaria una visión analítica de las posibles implicaciones diferenciales en la asistencia que se tiene en nuestro sistema de salud local, lo cual puede traer subsidios para la planificación de las acciones, adaptación de la estructura y organización de los servicios y en la composición de la red de apoyo para la equidad tan deseada para todos los ciudadanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, utilizando informaciones contenidas en la declaración de los nacidos vivos de hijos de adolescentes atendidas en tres hospitales acreditados por el sistema público de salud y tres del sector privado de un municipio paulista durante el periodo de 2000-2002.

Para elegir a los hospitales se consideró el número de partos durante el periodo y se eligió a aquellos con mayor número de nacimientos.

Para la recolección de datos, se utilizó los indicadores de nacimiento del banco de datos de la SMS - disponible en el site de la prefectura del municipio estudiado⁽¹⁰⁾, al ser computados 5286 nacimientos, hijos de madres adolescentes con edad entre 10-19 años, conforme establece la OMS. El banco de datos referido es alimentado por el sector de estadística en salud de la SMS del municipio, teniendo como fuente de información la Declaración de Nacidos Vivos - DNV. Siendo esta fuente llenada en cada hospital con una copia, la cual es llevada al SMS en donde las informaciones contenidas son analizadas y clasificadas por el sector de estadística en salud. Para este estudio fueron seleccionadas las siguientes variables: edad materna, tipo de parto, grado de instrucción de las madres, número de consultas pre-natales y número de partos anteriores.

Por tratarse de datos secundarios de dominio público y disponibles sin costo por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud - SUS - este proyecto no requirió ser sometido a apreciación del Comité de Ética en investigación.

RESULTADOS

Con base en los datos obtenidos, se presenta el perfil de madres adolescentes para las variables estudiadas.

La Tabla 1 muestra la distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en los sistemas públicos y privados de salud, según la edad materna y establecimiento de salud en el cual fueron atendidas.

Se computaron 5286 nacidos vivos de madres adolescentes, de los cuales 618 nacimientos (11,7%) ocurrieron en hospitales privados y 4668 (88,3%) en hospitales públicos. En los hospitales privados se observó la presencia de ocho nacidos vivos (1,3%) de madres con edades de 10-14 años y 188 (4,03%) en el sistema público. De acuerdo con el grupo etéreo de 15-19 años, se dieron 4480 (95,97%) nacimientos en hospitales públicos y 610 (98,7%) nacimientos en hospitales privados. Se destaca el hecho de que en el grupo etéreo de 10-14 años hubo un porcentaje tres veces mayor de nacimientos entre madres adolescentes usuarias del SUS.

Tabla 1 - Distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en los sistemas públicos y privados de salud según edad materna y establecimiento en el que fueron atendidas, en un municipio paulista entre 2000-2002

Establecimiento	Edad (años)		Total	Frecuencia relativa (%)
	Frec. 10-14	Frec. 15-19		
Privado	8	610	618	11,7
Público	188	4.480	4.668	88,3
Total	196	5.090	5.286	100

Fuente: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>

La Tabla 2 muestra la distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en los sistemas públicos y privados de salud según la edad materna y el grado de instrucción. Fue encontrado que la mayoría de las usuarias de servicios privados de salud con edad entre 15-19 años tenía 8 o más años de estudio es decir, la escolaridad esperada estaba de acuerdo con el grupo etéreo en un 70,33% de ellas (429 madres) y solo 24,26% (148 madres) frecuentaban la educación formal entre 4-7 años. Entre las madres de nacidos vivos del mismo grupo etéreo usuarias del SUS 49,53% (2219 madres) tenían entre 4-7 años de estudio, es decir la escolaridad esperada estaba de acuerdo con el grupo etéreo; y 44,55% tenían escolaridad mayor o igual a 8 años. Entre las madres adolescentes de nacidos vivos, usuarias del SUS, en

el grupo etáreo de 15-19 años de edad, 194 (4,33%) presentaban 1-3 años de estudio, siendo que 9 madres (1,47%) tenían la misma escolaridad en el servicio privado, es decir un número aproximadamente tres veces mayor de retraso escolar con las del sistema público. Considerando aún el grupo etáreo, tuvimos 45 madres sin ninguna escolaridad en el SUS, lo que se observó en el servicio privado.

Entre las madres de nacidos vivos en el sistema privado de salud, en el grupo etáreo de 10 a 14 años, todas tenían entre 4-7 años de estudio, escolaridad compatible con la edad. A pesar de que la mayoría de madres usuarias del SUS con edad entre 10-14 años tenía escolaridad compatible con el grupo etáreo (96,8%), se encontraron 3 madres que tenían 1-3 años de estudio y 2 sin ninguna nivel de escolaridad.

Tabla 2 - Distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en servicios públicos y privados de salud, según la edad materna y el grado de instrucción en un municipio paulista entre 2000-2002

Edad (años)	Escolaridad (años)	Público		Privado	
		Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)
10 a 14	Ninguno	2	1,07	-	-
	1 a 3	3	1,59	-	-
	4 a 7	182	96,8	8	100
	Ignorado	1	0,54	-	-
	Subtotal	188	100	8	100
15 a 19	Ninguno	45	1	-	-
	1 a 3	194	4,33	9	1,47
	4 a 7	2.219	49,53	148	24,26
	8 o más	1.996	44,55	429	70,33
	No informado	3	0,07	-	-
	Ignorado	23	0,52	24	3,94
	Subtotal	4.480	100	610	100
Total		4.668	100	618	100

Fonte: <http://www.ribeiaopreto.sp.gov.br>

La Tabla 3 muestra la distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en el servicio público y privado de salud, según edad materna y tipo de parto realizado. En el sistema público de salud, madres de nacidos vivos con edades entre 10-14 años, se dieron 142 partos vaginales (75,53%) y 46 partos cesárea (24,47%). En el sistema privado solo un niño nació a través de parto vaginal (12,5%) y 7 a través de parto cesárea (87,5%). Entre las madres de nacidos vivos de 15 a 19 años, esta proporción se mantuvo con 3275 partos vaginales (73,10%) y 1204 cesáreas (26,87%) para el SUS, para el caso del sistema privado fueron 103 partos vaginales (16,68%) y 507 cesáreas (83,12%).

Tabla 3 - Distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en servicios públicos y privados de salud, según edad materna y tipo de parto en un municipio paulista entre 2000 a 2002

Edad (años)	Tipo de Parto	Público		Privado	
		Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)
10 a 14	Vaginal	142	75,53	1	12,5
	Cesárea	46	24,47	7	87,5
	Subtotal	188	100	8	100
15 a 19	Vaginal	3.275	73,1	103	16,88
	Cesárea	1.204	26,87	507	83,12
	Ignorado	1	0,03	0	0
	Subtotal	4.480	100	610	100
Total		4.668	100	618	100

Fonte: <http://www.ribeiaopreto.sp.gov.br>

La Tabla 4 muestra la distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en los servicios públicos y privados de salud según la edad materna y el número de consultas realizadas en el pre-natal, en el mismo municipio y periodo considerados. En ambos sistemas de salud la mayoría de las madres adolescentes de nacidos vivos tuvieron siete o más consultas en el pre-natal, a pesar de que el porcentaje de madres en el sistema público con este número de consulta fue menor que en el sistema privado (54,46% y 89,34%, si consideramos el grupo etáreo de 15-19 años, por otro lado de 48,93% y 87,5% para adolescentes entre 10-14 años). Entre las madres de 10-14 años, usuarias del servicio privado de salud, ninguna de ellas realizó menos de seis consultas durante el pre-natal, diferente situación dada en el SUS: 31,38% (59 madres) realizaron entre 4-6 consultas, 28 (14,9%) entre 1-3 consultas y tres madres no realizaron consulta en el pre-natal.

En el grupo etáreo de 15-19 años solo una adolescente (0,16%) del sistema privado no tuvo ninguna consulta en el pre-natal. Para el caso del sistema privado 113 (2,52%) la situación fue similar, es decir un porcentaje 15 veces mayor. En el mismo grupo etáreo, entre las madres adolescentes que realizaron de 1-3 consultas en pre-natal, 433 (9,67%) eran usuarias del SUS y solo 5 (0,82%) eran del sistema privado. Mientras que en el sistema público un número mayor de madres realizó de 4-6 consultas de pre-natal (1363 adolescente -30,43%), en el sistema privado este número cayó para 46 madres adolescentes (7,54%).

Tabla 4 - Distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en servicios públicos y privados de salud, según edad materna y número de consultas en el pre-natal, en un municipio paulistas entre 2000-2002

Edad (años)	Consultas Pre-Natal	Público		Privado	
		Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)
10 a 14	Ninguna	3	1,6	0	0
	1 a 3	28	14,9	0	0
	4 a 6	59	31,38	0	0
	7 o más	92	48,93	7	87,5
	Ignorado	6	3,19	1	12,5
	Subtotal	188	100	8	100
15 a 19	Ninguna	113	2,52	1	0,16
	1 a 3	433	9,67	5	0,82
	4 a 6	1.363	30,43	46	7,54
	7 o más	2.440	54,46	545	89,34
	No Informado	2	0,04	0	0
	Ignorado	129	2,88	13	2,14
	Subtotal	4.480	100	610	100
Total	4.668	100	618	100	

Fonte: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>

La Tabla 5 muestra la distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en servicios públicos y privados de salud según la edad materna y el número de hijos. Entre las informaciones de madres adolescentes de 10-14 años en el SUS, la mayoría (97,3%) no tuvieron hijos nacidos vivos, mientras que 4 de ellas tenía de 1-3 hijos. En el mismo grupo etéreo en el sistema privado, no hubo madres con hijos anteriores. Hubo un caso en que esta información era ignorada en cada grupo etéreo citado. En el sistema privado, entre el grupo etéreo de 15-19 años, 84,2% de las madres adolescentes no tenían hijos y 13,6% de ellas ya tenían entre 1-3 hijos. En las adolescentes usuarias del SUS, 76% no tenían hijos y 23,9% (1071 madres) tenían 1-3 hijos. Para el sistema público 3 madres adolescentes tenían entre 4-6 hijos, hecho que no se dio en el sistema privado. Existió un caso en que este dato constaba como "ignorado" para el caso del sistema público y 13 en el privado.

Tabla 5 - Distribución de nacidos vivos de madres adolescentes en servicios públicos y privados de salud, según edad materna y número de hijos nacidos vivos en un municipio paulista en el periodo de 2000-2002

Edad (años)	Hijos Nacidos Vivos	Público		Privado	
		Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia	Frecuencia Relativa (%)
10 a 14	Ninguno	183	97,3	7	87,5
	1 a 3	4	2,1	-	-
	Ignorado	1	0,6	1	12,5
	Subtotal	188	100	8	100
15 a 19	Ninguno	3.405	76	514	84,2
	1 a 3	1.071	23,9	83	13,6
	4 a 6	3	0,07	-	-
	Ignorado	1	0,03	13	2,2
	Subtotal	4.480	100	610	100
Total	4.668	100	618	100	

Fonte: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>

DISCUSIÓN

Durante el periodo, se computó en el municipio estudiado un número de madres adolescentes ocho veces mayor en las maternidades del sistema público de salud e inicio de la vida reproductiva mas temprano entre estas madres (Tabla 1). La base de datos de la UNICEF mostró que entre los años 2001-2002⁽⁶⁾, 62% de los adolescentes brasileiros pertenecían a la clase C y solo 2,5% a la clase A. Esta situación indica una posible disparidad en relación al acceso a los servicios de salud, determinando un número mayor de madres adolescentes en el servicio público. Se suma a ello, el hecho de que en el mismo periodo, 17% de los adolescentes no tenían fácil acceso, ni servicios de salud disponibles para atender específicamente a los jóvenes y las necesidades propias de su edad, lo que se configura en el mayor obstáculo para el acceso a las informaciones y acciones que protegen la salud de los mismos, dificultando la toma de decisiones libres y responsables⁽⁶⁾.

Se sabe que la fecundidad tiende a disminuir con el aumento de la escolaridad y del rendimiento escolar⁽⁴⁾. Datos de la bibliografía muestran que la gravidez precoz puede desencadenar, además de una baja autoestima, abandono escolar, abandono de trabajo y hasta de la diversión; entre los factores que determinan la retirada de la escuela antes del nacimiento del bebe, se encuentran la timidez y las presiones de directores, profesores, compañeros y padres de compañeros⁽¹¹⁾. La Tabla 2 muestra diferencias entre la escolaridad de madres adolescentes entre los dos sistemas de salud estudiados. En la mayoría de las madres usuarias de los servicios privados de salud, la escolaridad estuvo de acuerdo con el grupo etéreo, siendo que entre las usuarias del SUS, esta situación fue diferente. Hubo diferencia entre la escolaridad de madres con edad entre 10-14 años: siendo que en este grupo etéreo no se encontró madres con menos de tres años de estudio dentro del sistema privado, para el sistema público se encontró cinco (lo esperado para el grupo etéreo es de cuatro a cinco años de estudio), siendo que dos de ellas nunca habían estudiado. Estos datos refieren la necesidad de políticas publicas que tengan por objetivo estimular la introducción de estas jóvenes en la vida escolar, valorizar a la escuela como instrumento de ascensión intelectual y social, así como evitar la evasión de las que no se encuentran en el

proceso de educación formal. La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) afirma que la gravidez en la adolescencia es una puerta de entrada para la pobreza, pues lleva a la disminución del conjunto de posibilidades sociales y económicas, inclusive en términos de ascensión escolar⁽¹²⁾. La exigencia del mundo moderno, industrializado e informatizado no absorbería esta mano de obra descalificada y no preparada para las existencias del mercado de trabajo, incrementando la situación de pobreza para el joven y su hijo.

Considerando que los adolescentes pasan en media, cinco horas diarias en la escuela, esta institución podría ser instrumentalizada como un importante agente para promoción de la salud, una vez que esta población es prioridad para las políticas públicas dirigidas para los derechos sexuales y reproductivos. Investigaciones^(6,13) mencionan que en el periodo de 2001-2002, 94% de (las) adolescentes brasileros (as) entre 12 -17 años se encuentran matriculados en algún establecimiento de enseñanza, de los cuales 54% eran del sexo masculino. La intervención de estos adolescentes en la escuela tiene la ventaja de educarlos sobre métodos anticonceptivos y derechos reproductivos, considerando que el rol de los servicios de salud sobre estos grupos etáreos, prácticamente no existe. El aumento de la educación en el país, el incentivo para que brasileros (as) sigan la educación formal, además de la enseñanza fundamental muestra reflejos inmediatos en la salud reproductiva en toda la población⁽⁴⁾.

Si existen diferencias en los perfiles de estas madres, también lo hay en la conducta de los profesionales y en las políticas de salud institucionales. El tipo de parto al que las adolescentes fueron sometidas demuestra claramente esta dicotomía. Estudios⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ muestran elevada tasa de cesáreas en el Brasil, relacionadas principalmente a la inadecuada asistencia médica, precaria educación de las gestantes y causas de naturaleza económica, entre las principales. Este aumento es progresivo y exagerado, dándose principalmente en los estratos socioeconómicos privilegiados, que frecuentan clínicas privadas y/o tienen planes de salud, mientras que en las clases menos favorecidas financieramente estos índices son menores y los partos se dan principalmente en hospitales públicos u hospitales escuela⁽¹⁴⁾. La Tabla 3 confirma este perfil: 73,10% de los nacimientos son por parto vaginal entre madres de 15-19 años en las maternidades públicas y 26,87%

son cesáreas. En partos realizados en las maternidades privadas, la relación fue inversa: 16,68% de los partos fueron vaginales y 83,12% cesáreas. Esta proporción se mantuvo en nacimientos entre madres de 10-14 años.

Es importante resaltar que el índice de cesáreas tolerado por el Ministerio de Salud es de 15 a 20% y que las altas tasas son un problema de salud pública, una vez que provocan mayores tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal⁽¹⁶⁾.

Con respecto a las consultas en el pre-natal, el Ministerio de Salud considera como ideal un número mínimo de 6 consultas, y refuerza que el seguimiento de las mujeres en el pre-natal, está relacionado con la calidad de la asistencia brindada por el servicio y por los profesionales de salud, lo que en último análisis será esencial para la reducción en los elevados índices de mortalidad materna y perinatal observados en el Brasil⁽¹⁷⁾. Podemos notar en la Tabla 4 que a pesar de gran parte de las madres adolescentes haber realizado siete o más consultas en el pre-natal en ambos sistemas de salud, el porcentaje de madres con número reducido de consultas es mayor entre las usuarias del SUS: en el grupo etáreo de 10-14 años no se encontró adolescentes con menos de 6 consultas de pre-natal en el sistema privado, en el sistema público 28 de ellas (14,9%) realizaron entre 1-3 consultas y hubo tres madres que no realizaron ninguna consulta pre-natal. Entre las madres de 15-19 años, un porcentaje 15 veces mayor no tuvo consultas en el pre-natal dentro del sistema público de salud (0,16% vs 2,52%); 9,67% de usuarias del SUS en el mismo grupo etáreo realizaron de 1-3 consultas, mientras que en el sistema privada 0,82%.

Además de la poca edad en la primera gravidez, podemos notar que algunas de estas madres pasan por más de una gestación durante la adolescencia. En los dos sistemas de salud, la mayoría de las adolescentes no tuvieron hijos, sin embargo hubo un porcentaje mayor de adolescentes que tenían hijos dentro de los servicios públicos de salud. Llama especial atención de que cuatro madres adolescentes del sistema público con edades entre 10-14 años tenían de 1-3 hijos, así mismo, 3 madres entre 15-19 años ya tenían 4-6 hijos. Estos datos confirman aspectos ya discutidos anteriormente sobre la relación directamente proporcional entre la pobreza, baja escolaridad, bajo seguimiento en el pre-natal y gravidez precoz. Se suma a esta situación, la menarquía precoz, el inicio de la vida sexual muy joven, la falta de recursos e

informaciones sobre salud sexual, los derechos reproductivos, la planificación familiar y la falta de preparación de los profesionales y servicios para enfrentar con clientes diferentes a los demás.

CONCLUSIÓN

Se concluye que en los dos sistemas de salud investigados, las adolescentes usuarias del sistema público de salud frecuentan menos consultas en el pre-natal, teniendo menor escolaridad, y menor paridad, siendo el parto normal el más frecuente; para el sistema de salud privado es mayor el número de atenciones en el pre-natal, la escolaridad, la primiparidad y el parto por cesárea.

Tales divergencias muestran la influencia de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud, en la educación formal y en el constantes

ciclo de pobreza (embarazo precoz). Es fundamental la implantación de políticas públicas multidimensionales que atiendan a la necesidad de estos usuarios, desde la preparación escolar de estos jóvenes, además de la educación fundamental, capacitación de los servicios y profesionales de salud, con la finalidad de brindar un adecuado acceso a las informaciones, planificación familiar, salud sexual y derechos reproductivos, así como equipos entrenados especialmente para las particularidades de este grupo, garantizando así los reflejos inmediatos en la salud reproductiva de toda la población.

Así mismo es necesario que el Estado ejerza el rol de regulación en relación a la iniciativa privada, con el objetivo de garantizar a las usuarias del sistema privada de salud una asistencia obstétrica basada en los principios de humanización e incentivo al parto normal, con la finalidad de mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna y perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo (SP): HUCITEC; 2000. p.61-78.
2. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Escola de Comunicação Social. Gravidez de adolescentes entre 10-14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais. São Paulo (SP): ECOS; 2004.
4. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro (RJ): BEMFAM; 1996.
5. Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC. Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1998.
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A voz dos adolescentes. Brasília (DF); 2002. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pesquisa.pdf>
7. Cunningham FG. Pregnancy at the extremes of reproductive life. In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Halth JC, Wenstron KD, organizadores. Williams Obstetrics. 19ªed. Rio de Janeiro (RJ): Prentice Hall International; 1993.
8. Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica 2006; 19(4):236-43.
9. World Health Organization. Health population and Development. WHO Position Paper. International Conference on Population and Development. Cairo; 1994.

10. Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; [acesso em 2004 junho 24]. Dados referentes a nascidos vivos no município de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.gov.br/ssauade/i16principiopl.asp?pagina=/ssauade/vigilância/vigep/tabnet/i16indice.htm>
11. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sobre a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):199-206.
12. Organización Mundial de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington, D.C.: OPS; 1985.
13. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventudes e Sexualidade. Brasília (DF): UNESCO; 2004.
14. Fabri RH, Silva HSL, Lima RV. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. Rev Bras Saude Mater Infant 2002 janeiro-abril; 2(1):29:35.
15. Gleicher N. Cesarean Section rates in United States. JAMA 1984; 252: 3273-6.
16. Osava RH. A redução das taxas de operação cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. J Bras Ginecol 1996; 106: 421-7.
17. Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico de Assistência Pré-Natal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.