

Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil

Pre- and post-gestational sociodemographic and reproductive characteristics of adolescent mothers in Feira de Santana, Bahia, Brazil

Ana Lúcia C. B. Paraguassú¹
Maria Conceição O. Costa¹
Carlito L. Nascimento Sobrinho¹
Balmukund Niljay Patel¹
Juliana Tavares de Freitas¹
Flávia Priscilla Oliveira de Araújo¹

Abstract *The objective was to study pre- and post-gestational changes in the sociodemographic and reproductive health of women who were adolescent mothers, in Feira de Santana, Bahia, Brazil. A sectional study design was used, with a randomly selected conglomerates of 438 females who sought medical attention at the Basic Health Services. For the statistical analysis, the average, standard deviation and test of McNemar. During the pre-gestational period 84.8% of them frequented primary schools, 41.8% were 17 to 19 years old. Furthermore, 66.0% were singles, 62.6% lived with their families. Family Planning Services was not sought out by 91.2% and 60.9% didn't take any anticonceptives. During the post gestational period, a statistically significant increase in the proportion (22.0%) of those attending secondary level schooling was observed; 60.6% lived in the free communion and 43.7% made use of the Family Planning Services, resulting in use of contraceptives among 70.8%; school abandonment (27.6%) and a 19% reduction in the use of condoms; 44.5% reported having other children; 12.6% with precocious sexual relations and occurrence of abortions 22.8% the age group 10 to 16 years. After the first pregnancy, a higher level of schooling abandonment, increased cohabitation, use of the Family Planning Services, contraceptives was observed and other children were also born.*

Key words *Adolescence, Reproductive health, Sociodemographics conditons*

Resumo *O objetivo foi caracterizar mudanças sociodemográficas e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de mulheres que foram mães na adolescência em Feira de Santana (BA). Estudo transversal, com amostragem aleatória por conglomerados de 438 mulheres de 10 a 24 e que frequentaram as Unidades Básicas de Saúde do município, de agosto a dezembro de 2001. Na análise estatística, calculou-se média, desvio padrão e teste de McNemar. Constatou-se que no período pré-gestacional, 84,8% cursavam nível fundamental, sendo 41,8% de 17 a 19 anos, 66,0% eram solteiras, 62,6% moravam com suas famílias, 91,2% não procuraram o serviço de planejamento familiar e 60,9% não faziam uso de contraceptivos. No período pós-gestacional verificou-se, com resultados estatisticamente significantes, aumento das proporções do ensino médio (22,0%); da comunidade livre (60,6%); procura ao planejamento familiar (43,7%); uso de contraceptivos (70,8%); abandono escolar (27,6%) e diminuição do uso de condom (19%); 44,5% relataram outros filhos, com maiores proporções naquelas de 10 a 16 anos (12,6%), com iniciação sexual precoce e aborto (22,8%). Após a gravidez na adolescência foi constatado o abandono escolar, maior coabitação com parceiro, procura ao planejamento familiar, uso de contraceptivos, presença de novos filhos.*

Palavras-chave *Adolescência, Saúde reprodutiva, Condições sociodemográficas*

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência. Av. Euclides da Cunha 475/1.602, Graça, 40150-120, Salvador BA. anaparaguassu@bol.com.br

Introdução

De maneira geral, a literatura mundial tem considerado a gravidez na adolescência um problema de saúde pública e desafio social, entretanto, a discussão sobre as suas repercussões no Sistema de Educação e de Saúde ainda vem ocorrendo de forma incipiente e desconectada das ações institucionalizadas (Molina & Romero, 1985; Duarte, 1998).

A maternidade na adolescência não é um fenômeno recente, constata-se através de registros históricos que os casamentos na Idade Antiga ocorriam na faixa de 13 e 14 anos, cujas adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca. Nos nossos dias, a gravidez precoce, com muita frequência, vem interferindo no processo de escolarização e conseqüentemente, na inserção no mercado de trabalho, altamente competitivo (Coates & Correa, 1993; Parahyba, 2002).

Pesquisas relatam que a gravidez precoce e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para modificações no seu projeto de vida futura, assim como, na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego. A instabilidade econômica contribui para a evasão escolar, baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, assim como, compromete a estabilidade conjugal e o estado de saúde da gestante e seu filho, principalmente na ausência do suporte da família (Pinto & Silva, 1983; Frisancho *et al.*, 1984; Molina & Romero, 1985; Costa *et al.*, 1995; Sant'Anna, 2000).

As razões pelas quais adolescentes engravidam cada vez mais precocemente são múltiplas, podendo ser de ordem socioeconômica, familiar ou pessoal. Frequentemente, a gestação precoce está ligada à ocorrência da iniciação sexual precoce, desconhecimento e pouco uso dos métodos contraceptivos, aliados à falta de participação da escola e serviços de saúde no processo de educação para a sexualidade de adolescentes (School *et al.*, 1991; Costa *et al.*, 1995; Gomes, 2001).

Na Bahia, em torno de 20% das mulheres em idade fértil são adolescentes. Em Feira de Santana, dados do Sinasc (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos) revelaram que, em 1998, 21,6% dos nascidos vivos eram filhos de adolescentes, com alta prevalência de baixa escolaridade, pré-natal insuficiente e risco au-

mentado para recém-nascidos de baixo peso entre os RN de adolescentes da faixa etária até 16 anos, em relação às adultas jovens e adolescentes de 17 a 19 anos, nas mesmas condições (Costa *et al.*, 2001).

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar mudanças sociodemográficas e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de mulheres que tiveram seu primeiro filho na adolescência, em Feira de Santana.

Método

Estudo de corte transversal, com amostra aleatória, estratificada por conglomerado resultando em 438 entrevistas realizadas das 654 previstas no cálculo da amostra, levando em consideração as perdas (5%). As entrevistas foram realizadas com mães adolescentes (10-19 anos) e adultas jovens (20-24 anos), informantes-chave, que tiveram seu primeiro filho na adolescência e freqüentavam as 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana (BA), agrupadas por áreas de localização (estratos), segundo critério da Secretaria Municipal de Saúde, no período de agosto a dezembro de 2001, abordando questões relativas aos co-responsáveis pela gravidez ocorrida na adolescência. Foi considerado co-responsável o pai biológico referido pelas informantes-chave.

Para o cálculo da amostra por conglomerado (dias da semana/turno de atendimento) foram considerados o total de atendimentos semanais (8.464) nos serviços de planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, pediatria e imunização das Unidades Básicas de Saúde, assim como número de turnos semanais (344), calculados para o período da coleta (agosto a dezembro), obtendo a média de 25 atendimentos semanais, sendo 22% (6), correspondente aos atendimentos a mães adolescentes (Costa *et al.*, 2001). O número de conglomerados foi obtido pela razão entre 327 (n da amostra) por 6 (n atendimentos), resultando em 54,5 conglomerados, os quais foram ampliados (duplicados-efeito de desenho 2), para controlar possíveis perdas, totalizando 109 conglomerados.

O cálculo final que resultou em 109 conglomerados foi obtido dividindo o número total da amostra (654) pela média de atendimentos de mães adolescentes (6). Cabe salientar que foram realizadas 111 entrevistas a mais do que o mínimo previsto no cálculo da amostra.

As variáveis estudadas foram idade; escolaridade; situação conjugal e situação de coabitação; frequência ao atendimento de planejamento familiar; uso de método contraceptivo; tipo de método, além da idade da menarca; idade da iniciação sexual; paridade e aborto.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise univariada para descrição das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e cálculos da média e desvio padrão das variáveis numéricas. Com a finalidade de medir a significância estatística dos resultados, aplicou-se o teste de McNemar com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), enfatizando na discussão os cruzamentos que obtiveram significância estatística.

Resultados

Das 438 mulheres entrevistadas, 45,9% (201) informaram que a primeira gravidez ocorreu com idade entre 10 e 16 anos e 54,1% (237), entre 17 e 19 anos, sendo que, no período pós-gestacional, 60,3% (264) encontravam-se na faixa de 20 a 24 anos; 39,7% (174) eram adolescentes, estando 33,8% (148) com 17 a 19 anos; 5,4% (24) com 15 e 16 anos e 0,5% (2) na faixa de 10 a 14 anos (Tabela 1).

Com relação à escolaridade observou-se que, no período pré-gestacional, 84,8% (369) cursavam o ensino fundamental (da 1ª a 8ª série) e destas 49,3% (182) estavam na faixa de 17 e 19 anos; das 13,8% (60) que estavam cursando o ensino médio, 78,3% (47) encontravam-se na faixa de 17 a 19 anos. No período pós-gestacional, verificou-se mudança significativa no perfil da escolaridade ($p < 0,05$), no qual a proporção geral do ensino fundamental diminuiu para 48,4% (212), enquanto que, no ensino médio, esta proporção aumentou para 22,0% (96). No período pós-gestacional foi registrado abandono escolar de 27,6% (121), com proporções semelhantes entre os dois grupos etários (Tabela 2).

Quanto à situação conjugal, no período pré-gestacional, observou-se que 66,0% (289) eram solteiras, 26,0% (114) viviam em comunidade livre e apenas 8,0% (35) estavam casadas. No período pós-gestacional, verificou-se mudança do perfil, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os dois períodos, diminuindo a proporção de mães solteiras para 18,8% (82) e aumentando a comunidade livre para 60,6% (265) e de casadas para 18,5% (81).

No período pré-gestacional, a coabitação de 62,6% (274) das adolescentes era com suas famílias, enquanto que, 32,6% (143) moravam com o pai da criança, com proporção superior na faixa de 17 a 19 anos, 36,7% (87). No período pós-gestacional, o perfil da coabitação se modifica de forma significativa ($p < 0,05$) com aumento da frequência da coabitação com o pai da criança para 65,4% (285) e diminuição com a família para 17,6% (77) (Tabela 2).

Do total das mulheres que engravidaram entre 10 e 16 anos, 54,5% (108) tiveram a iniciação sexual entre 10 e 14 anos e a iniciação sexual com esta mesma faixa etária ocorreu entre 11,4% (27) do grupo das que engravidaram entre 17 a 19 anos. A média geral da menarca foi de 13,4 anos, sendo 12,7 anos ($\pm 4,77$) no grupo de 10 a 16 anos e de 14,1 anos ($\pm 6,49$) naquelas com 17 a 19 anos, com diferença estatisticamente significativa entre as faixas ($p = 0,000$). A média geral de idade da iniciação sexual foi de 16,2 anos, sendo 14,2 anos na faixa de 10 a 16 anos ($\pm 1,30$) e 17,9 anos na faixa de 17 a 19 ($\pm 7,76$), também com diferença estatística entre as faixas ($p = 0,000$) (Tabela 3).

No tocante ao planejamento familiar (PF) foi constatado que, antes da gravidez, 91,2% (395) das adolescentes não procuraram este serviço, com proporções semelhantes entre os dois grupos. No período pós-gestacional, observou-se mudança significativa no comportamento ($p < 0,05$) sendo verificado aumento da frequência de procura do PF, 43,7% (191).

Analisando o uso de métodos contraceptivos antes da gravidez, 60,9% (260) das adolescentes não faziam uso, com proporções de

Tabela 1
Distribuição da faixa etária das mulheres nos períodos pré e pós-gestacional, Feira de Santana - BA, 2001.

	n	%
Faixa etária no período pré-gestacional		
10 - 16 anos	201	45,90
17 - 19 anos	237	54,10
Total	438	100,00
Faixa etária no período pós-gestacional		
10 - 14 anos	02	0,50
15 - 16 anos	24	5,40
17 - 19 anos	148	33,80
20 - 24 anos	264	60,30
Total	438	100,00

Tabela 2

Perfil sociodemográfico de adolescentes nos períodos pré e pós-gestacional, Feira de Santana – BA, 2001.

Período/variáveis	Períodos / faixa etária										Significância estatística (p<0,05)		
	Pré-gestacional					Pós-gestacional							
	10 – 16 anos		17 – 19 anos		Total		10 – 16 anos		17 – 19 anos			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade													
Analfabeto	1	0,5	5	2,1	6	1,4	1	0,5	5	2,1	6	1,3	
Ensino Fundamental	187	93,0	182	77,8	369	84,8	108	53,7	104	43,9	212	48,4	
Ensino Médio	13	6,5	47	20,1	60	13,8	34	16,9	62	26,2	96	22,0	
Ensino Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	2	0,8	3	0,7	
Abandonou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	28,4	64	27,0	121	27,6	
Total	201	100,0	234	100,0	435	100,0	201	100,0	237	100,0	438	100,0	0,00*
Situação conjugal													
Solteira	141	70,1	148	62,5	289	66,0	39	19,4	43	18,2	82	18,8	
Casada no Civil	10	5,0	25	10,5	35	8,0	28	13,9	53	22,5	81	18,5	
Comunhão Livre	50	24,9	64	27,0	114	26,0	130	64,7	135	57,2	265	60,6	
Separada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	5	2,1	09	2,1	
Total	201	100,0	237	100,0	438	100,0	201	100,0	236	100,0	437^b	100,0	0,00*
Coabitação													
Pai da criança	56	27,8	87	36,8	143	32,6	124	62,0	161	68,2	285	65,4	
Sozinha	2	1,0	2	0,8	04	0,9	4	2,0	6	2,5	10	2,3	
Outro companheiro	0	0,0	2	0,8	02	0,5	32	16,0	26	11,0	58	13,3	
Família	135	67,2	139	58,6	274	62,6	39	19,5	38	16,1	77	17,6	
Outra	08	4,0	7	3,0	15	3,4	1	0,5	5	2,1	6	1,4	
Total	201	100,0	237	100,0	438	100,0	200	100,0	236	100,0	436^c	100,0	0,00*

Perdas: a(3 = 0,7%); b(1 = 0,2%); c(2 = 0,5%)

* Estatisticamente significante

Tabela 3

Idade da menarca e Iniciação sexual de mulheres entrevistadas, segundo faixa etária de ocorrência da gravidez na adolescência, Feira de Santana – BA, 2001.

Faixa etária na ocasião da gravidez	Faixa etária da menarca (anos)										Significância estatística (p<0,05)		
	< 10 anos		10 - 14		15 - 16		17 – 19		Não lembra			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
10 – 16 anos	4	2,0	187	93,5	6	3,0	0	0,0	3	1,5	200	100,0	
17 – 19 anos	4	1,7	187	79,2	33	14,0	5	2,1	7	3,0	236	100,0	
Total	08	1,8	374	85,8	39	8,9	5	1,2	10	2,3	436^a	100,0	0,000*
Faixa etária da iniciação sexual (anos)	< 10 anos		10 - 14		15 - 16		17 – 19		Não lembra		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	10 – 16 anos	–	–	108	54,5	90	44,5	0	0,0	0	0,0	198	100,0
17 – 19 anos	–	–	27	11,4	91	38,4	113	47,7	6	2,5	237	100,0	
Total	–	–	135	31,0	181	41,6	113	26,0	6	1,4	435^b	100,0	0,000*

Perdas: a(02 = 0,5% da entrevista); b(03 = 0,7% da entrevista). *Estatisticamente significante

66,8% (131), na faixa etária de 10 a 16 anos e 55,8% (129) naquelas de 17 a 19 anos. No período pós-gestacional, estas proporções aumentaram de forma significativa ($p < 0,05$), com 70,8% (303) das mulheres relatando o uso de algum tipo de contraceptivo. Quanto ao método utilizado, o anticoncepcional oral mostrou as maiores proporções nas duas faixas etárias, nos períodos estudados. O uso do *condom*, por sua vez, teve uma redução considerável, do período pré-gestacional, 42,0% (70), para o período pós-gestacional, 19,0% (57) (Tabela 4).

Neste estudo constatou-se que 87,7% (384) das entrevistadas procuraram o serviço de pré-natal, no período pré-gestacional, sendo que a maior proporção encontrava-se na faixa etária de 17 a 19 anos, 90,7% (215). Por outro lado, 12,3% (54) não procuraram este serviço. De acordo com os resultados, 70,5% (268) procuraram o pré-natal no primeiro trimestre, 28,7% (109) no segundo trimestre e apenas 0,8% (03), no terceiro trimestre; 69,5% (256) realizaram

seis ou mais consultas; 30% (110) menos de seis consultas e 0,5% (02) não souberam informar.

No período pós-gestacional, 55,5% das mulheres informaram apenas um parto; 32,0% (140) referiram dois partos; 8,9% (39) três partos e 3,6% (16) quatro ou mais partos. Levando-se em consideração as faixas etárias estudadas, observou-se que, entre as que tiveram três partos, a maior proporção encontrava-se na faixa etária de 10 a 16 anos, 12,9% (26), com média de paridade de 1,5 filhos ($\pm 0,71$) e na faixa etária de 17 a 19 anos, cuja proporção foi de 5,5% (13), a média foi de 1,3 filhos ($\pm 0,61$). Do total das entrevistadas, 22,8% (99) referiram a realização de aborto, com proporção semelhante entre os dois grupos etários.

Discussão

Nas últimas três décadas, estudos realizados em diferentes contextos sociais e demográficos têm

Tabela 4

Planejamento familiar, uso e tipos de métodos contraceptivos nos períodos pré e pós-gestacional, Feira de Santana – BA, 2001.

Saúde reprodutiva	Faixa etária										Significância estatística ($p < 0,05$)		
	Pré-Gestacional					Pós-Gestacional							
	10 – 16 anos		17 – 19 anos		Total	10 – 16 anos		17 – 19 anos		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Realização do planejamento familiar													
Sim	19	9,5	19	8,1	38	8,8	92	46,0	99	41,8	191	43,7	
Não	180	90,5	215	91,9	395	91,2	108	54,0	138	58,2	238	56,3	
Total	199	100,0	234	100,0	433	100,0	200	100,0	237	100,0	437	100,0	0,00*
Uso de método contraceptivo													
Sim	65	33,2	102	44,2	167	39,1	145	74,0	158	68,1	303	70,8	
Não	131	66,8	129	55,8	260	60,9	51	26,0	74	31,9	125	29,2	
Total	196	100,0	231	100,0	427	100,0	196	100,0	232	100,0	428	100,0	0,00*
Tipo de método contraceptivo													
Pílula	36	55,4	57	55,9	93	55,6	83	57,6	82	52,6	165	55,0	
Condom	28	43,1	42	41,1	70	42,0	27	18,7	30	19,2	57	19,0	
Tabela	01	1,5	02	2,0	03	1,8	01	0,7	01	0,6	02	0,7	
Injetável	0	0,0	01	1,0	01	0,6	21	14,6	25	16,0	46	15,3	
DIU	0	0,0	0	0,0	00	0,0	05	3,5	12	7,7	17	5,7	
Outros	0	0,0	0	0,0	00	0,0	07	4,9	06	3,9	13	4,3	
Total	65	100,0	102	100,0	167	100,0	144	100,0	156	100,0	300	100,0	0,81

*estatisticamente significante

apontado para o aumento da prevalência da gravidez e maternidade entre adolescentes, com maior incremento na faixa menor de 16 anos e nos grupos de baixa renda (Muelenaere Corrêa & Coates, 1993).

Muito embora os estudos sobre fecundidade na adolescência, no Brasil, datem da década de 1970, nos últimos anos, a literatura sobre esta temática tem sido bastante enfática e, atualmente, é possível conhecer suas características nos diferentes contextos sociais. Estudos realizados nos Estados e municípios têm apontado que os índices de partos e nascidos vivos de adolescentes vêm aumentando em todas as classes sociais, embora com maior impacto nos grupos com menor nível socioeconômico (Costa *et al.*, 1999; Costa *et al.*, 2001; Muelenaere Corrêa & Coates, 1993; Guimarães, 1994). Em 1983, Pinto & Silva, verificou que as adolescentes correspondiam a 22,6% do total de partos realizados em Campinas (Pinto & Silva, 1983). Estudo multicêntrico realizado por Nóbrega *et al.* (1985) mostrou que 14,5% dos RN brasileiros eram filhos de adolescentes; na década de 1990, estes índices aumentaram para 19% (Nóbrega *et al.*, 1985). Atualmente, os nascidos vivos de adolescentes representam cerca de 22 a 24% dos RN registrados nas maternidades brasileiras (Santos Júnior, 1992; Sant'Anna, 2000; Costa, 2001). Em Feira de Santana, pesquisa realizada com dados do Sinasc de 1998 constatou que dos 2.194 (24%) dos partos registrados entre adolescentes, 1604 (73,1%) foram de adolescentes entre 17 e 19 anos e 590 (26,9%) na faixa etária de 10 a 16 anos (Costa, 2001).

Registros de diferentes estudos têm mostrado que mães adolescentes apresentam baixa escolaridade; na maioria são solteiras e com ocupação no lar, assim como freqüentam de forma irregular o pré-natal e planejamento familiar (Romero, 1992; Santos Júnior, 1999). Portanto, conhecer as mudanças sociodemográficas e de saúde reprodutiva, ocorridas entre o período pré e pós-gestacional, de mães adolescentes, pode contribuir para que políticas públicas possam ser direcionadas, tanto para os aspectos preventivos, como para implementação de serviços específicos voltados à saúde sexual e reprodutiva desta população.

No que diz respeito ao perfil de escolaridade, os resultados desta pesquisa confirmam outros estudos, nos quais gestantes adolescentes apresentam média e baixa escolaridade, sendo verificado altos índices de adolescentes da faixa

de 17 a 19 anos ainda cursando o ensino fundamental. No período pós-gestacional, a situação da escolaridade das mães modifica-se e, embora tenha aumentado a proporção de estudantes no ensino médio, os índices de abandono escolar foram altos, confirmando estudos que relatam a possível interferência da maternidade precoce no nível de escolaridade das mães (Santos Júnior, 1999).

Em 1996, estudo realizado pela Bemfam, com amostra representativa de todas as regiões brasileiras mostrou a relação evidente entre baixa escolaridade e alta fecundidade, em que 54,4% das adolescentes (15 a 19 anos) que não tinham nenhuma escolaridade já tinham engravidado. Esse mesmo estudo apontou que, no momento do parto ou aborto, as condições socioeconômicas das adolescentes foram consideradas insatisfatórias, com registros elevados de baixa escolaridade, analfabetismo e desemprego, sendo que muitas delas já se encontravam fora da escola, no momento da concepção (Bemfam, 1996). Pesquisas têm mostrado que a baixa escolaridade e o desemprego dificultam a inserção no mercado de trabalho, tornando as relações conjugais mais instáveis e contribuindo para perpetuar o ciclo de pobreza (Guimarães, 1994).

Neste estudo observou-se uma proporção considerável de adolescentes fora da população economicamente ativa, na ocasião da gravidez, ou seja, a grande maioria eram estudantes e desenvolviam somente atividades do lar, sem uma ocupação definida, situação esta que se modifica, com a diminuição da proporção de estudantes e aumento da proporção daquelas que passaram a se ocupar com atividades do lar, no período pós-gestacional. Segundo Romero (1992), o maior impacto da gravidez na adolescência é psicossocial e se traduz em abandono escolar, maior número de filhos, desemprego e menor probabilidade de conseguir bons salários (Romero, 1992).

Os achados desta pesquisa reforçam os relatos da literatura que apontam predomínio de gestantes solteiras e coabitando com a família, ou vivendo em comunhão livre. Entretanto, no período pós-gestacional foi verificada modificações deste cenário, nos dois grupos de mães adolescentes, com diminuição da proporção de solteiras e aumento da proporção daquelas que passaram a viver em comunhão livre com o companheiro, sugerindo que a maternidade pode ter contribuído para a união conjugal do grupo de adolescentes estudado, conforme ve-

rificados em outros estudos (Brasil, 1996; Bruno, 2000).

Dados da literatura afirmam que a menarca em idade precoce, assim como a iniciação sexual precoce são possíveis causas da gravidez precoce e não planejada (Silva, 1983; Duarte, 1993). Nesta pesquisa, observou-se que as adolescentes que engravidaram mais precocemente apresentaram idade média da menarca e da iniciação sexual mais precoce, assim como as adolescentes de 10 a 16 anos apresentaram um maior número de filhos, em relação às de 17 a 19 anos. Esses resultados confirmam dados da literatura que apontam para o maior risco do aumento da prole entre adolescentes que iniciaram vida sexual mais precocemente, o que pode representar um impacto sobre a vida dessas mulheres, no que se refere à escolaridade, ocupação, inserção no mercado de trabalho, realização do projeto de vida, além do impacto econômico sobre as famílias, principalmente nos grupos de baixa renda e mais carentes que, muitas vezes não se encontram preparados para arcar com esta demanda (Bemfam, 1996).

Os achados desta pesquisa reforçam outros estudos que apontam a maior procura pelo serviço de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos após a primeira gravidez (Costa, 1999; Vitiello, 1989). Neste estudo o anticoncepcional oral foi o método mais frequentemente utilizado, entretanto foi verificado diminuição do uso de *condom*, principalmente, na faixa etária entre 10 e 16 anos. A maior procura pelo serviço de planejamento familiar, após a gravidez, parece indicar, entre as adolescentes, algum reconhecimento da importância deste serviço. Entretanto, a média do número de filhos constatada entre essas mulheres mostra que essa atitude ainda não faz parte da realidade da maioria delas, uma vez que mais de 40% das entrevistadas na faixa de 17 a 19 anos informaram a presença de outros filhos e uma considerável proporção, mais de 45%, daquelas de 10 a 16 anos relataram mais de um filho. Com relação ao uso do *condom*, a diminuição das proporções do uso deste método pode estar relacionado à pouca preocupação quanto ao cometimento por DSTs/Aids, assim como, em decorrência de ser negada a utilização pelo companheiro. Esses resultados sugerem a necessidade de reavaliação das estratégias de sensibilização da população feminina e masculina, quanto à importância do planejamento para a maternidade e paternidade, escolha do método contraceptivo adequado, assim como, a cons-

cientização para a prevenção de DST/Aids, que tem apresentado mudança no perfil epidemiológico, acometendo principalmente mulheres em união conjugal.

No que se refere ao aborto, sabe-se que é uma prática ilegal na maior parte dos países da América Latina. No Brasil é proibido, salvo em duas situações: feto concebido como resultado de estupro e gravidez que acarreta risco de vida para a mulher (Rodrigues *et al.*, 1993). As estatísticas dos Sistemas de Informação não apresentam dados que reflitam a realidade, tendo em vista que além da proibição é uma temática polêmica que envolve preconceitos, crenças, entre outros aspectos relacionados a fatores socioculturais (Costa *et al.*, 1999; 2001). Segundo Massachs 1995, estatísticas da OPAS/MS 1993, apontam que dos 40 a 60 milhões de abortamentos provocados anualmente, cerca de um milhão ocorre entre adolescentes de 10 a 19 anos (Massachs, 1995). Neste estudo, 20% das entrevistadas referiram aborto com proporção semelhante entre os dois grupos.

Conclusões

Entre os dois períodos estudados, foi observado aumento da frequência do nível médio de escolaridade; coabitação com parceiro e abandono escolar.

A idade da iniciação sexual foi mais precoce naquelas que engravidaram de 10 a 16 anos e que também apresentaram maior paridade. Após a primeira gravidez, foi verificado maior procura ao planejamento familiar; uso de contraceptivo oral e redução do uso do *condom*.

Considerações

Este estudo aponta a necessidade de formação de uma rede social de proteção, voltada à saúde do adolescente, em Feira de Santana, envolvendo a família, escola e serviços de saúde, para diminuir o impacto da gravidez precoce, promovendo condições para que adolescentes possam ter mais acesso à informação, ao planejamento do futuro, reconhecendo a importância da prevenção, diante da prática sexual e da responsabilidade da maternidade e paternidade.

Colaboradores

ALCB Paraguassú e MCO Costa foram as responsáveis pelo marco teórico e análise dos resultados; CL Nascimento Sobrinho e BN Patel, pelo marco teórico e metodologia; e JT Freitas e FPO Araújo, pela digitação dos dados e estruturação do artigo.

Referências bibliográficas

- Bemfam – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar 1996. *Pesquisa nacional sobre demografia* (Relatório). Rio de Janeiro.
- Brasil. Ministério da Saúde 1996. *A adolescente grávida e os serviços de saúde no município*. Brasília: UNICEF/OPAS, 31p.
- Brasil. Ministério da Saúde 2000. Gravidez na adolescência: uma questão de saúde pública. In *Jornal de FEBRASGO* 7(3):7-10.
- Bruno ZV et al. 2000. Impacto da gravidez na adolescência: avaliação de um ano após o parto ou aborto. *Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará* 4:31-40.
- Coates V & Correa MM 1993. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo, pp. 581-582. *Congresso Brasileiro de Adolescência*, 5. Belo Horizonte.
- Costa MCO et al. 1999. Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa de Maternidade de referência do SUS, Belém, Pará. *Revista Adolescência latino-americana* 1414-7130(1):242-251.
- Costa MCO, Pinho FJ & Martins S 1995. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. *Jornal de Pediatria* 71(3):151-157.
- Costa MCO, Santos CSST & Nascimento Sobrinho CL 2001. Indicadores de saúde materno-infantil na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e condições de nascidos vivos em Feira de Santana. *Jornal de Pediatria* 77(3):235-242.
- Duarte A 1998. *Gravidez na adolescência: ai, como eu sofri por ti amar*. Ed. Record, Rio de Janeiro.
- Duarte MFS 1993. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Caderno de Saúde Pública* 9(supl. 1):71-84.
- Frisancho AR, Matos J & Bollettino LA 1984. Role of gynecological age and growing of infants Born to Young still-growing adolescent mothers. *Human Biology* 56:583-593.
- Gomes WA 2001. *Adolescência desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.
- Guimarães MHP 1994. *Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Massachs G 1995. *Mortalidade materna em Salvador*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Molina R & Romero MI 1985. El embarazo en la adolescência: la experiencia chilena, pp. 20-24. In *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. OPAS, Washington D.C.
- Muelenaere Correa MGBR & Coates V 1993. Gravidez, pp. 259-262. In V Coates; LA Françoço & GW Beznos (orgs.). *Medicina do adolescente*. Sarvier, São Paulo.
- Nascimento Sobrinho CL, Costa JS & Costa VL 2002. Aborto. In MCO Costa & RP Souza (orgs.). *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Nóbrega FJ 1985. Antropologia, patologia e malformações congênitas de recém-nascido brasileiro e estudo de associações com algumas variáveis maternas. *Jornal de Pediatria* 59 (supl. 1):6-144.
- Parahyba MJC 2002. *Risco de morbidade no primeiro ano de vida em filho de mães adolescentes de baixa renda*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceara, Ceará.
- Pinto e Silva JL 1983. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 6(3):373-391.
- Rodrigues AP et al. 1993. Gravidez na adolescência. *Femina* 21(1):199-223.
- Romero TCJ 1992. Gravidez en la adolescencia. *Ginecologia e Obstetria México* 6:291-295.
- Sant'Anna MJC 2000. *Adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo.
- Santos Júnior JD 1999. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade, 223-229. In Ministério da Saúde. *Caderno Juventude, Saúde e desenvolvimento*. MS; OMS; OPAS, Brasília.
- School TO, Heidger ML, KHOO CS, Healey MF & Rawon NL 1991. Maternal weight, diet and infant birthweight: correlations during adolescent pregnancy. *Journal of Clinical Epidemiology* 42: 423-428.
- Silva JLP 1983. Gravidez na adolescência: desejada X não desejada. *Femina* 26(10):825-830.
- Vitiello N, Conceição ISC & Conceição TC 1989. Gravidez na adolescência: normas assistenciais. *Revista Femina* 849-855.

Artigo apresentado em 23/10/2004

Aprovado em 8/12/2004

Versão final apresentada em 22/12/2004