

## *Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual*

### *Fecundity in adolescence: historical and current perspectives*

Maria Conceição Oliveira Costa\*

Na história evolutiva da sociedade, o conceito de adolescência é relativamente novo, visto que, nas sociedades primitivas, a esperança de vida era curta e a manutenção da espécie só era possível aproveitando-se precocemente a fecundidade. Nesta etapa, as mulheres iniciavam vida sexual após a menarca e os homens tão logo despertasse o instinto sexual e a capacidade de fecundar. Do ponto de vista evolutivo, a sociedade incorporou profundas modificações socioculturais, que incluem a questão da fecundidade precoce<sup>1</sup>.

A fecundidade na adolescência tem sido objeto de estudos que têm constatado que 1/3 da população mundial, constituída de adolescentes, embora ainda esteja em fase de crescimento e desenvolvimento, vem participando efetivamente no aumento das taxas de fecundidade e mortalidade materna e infantil<sup>1-3</sup>. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (DHS) de 1996 revelou que, nos últimos 10 anos, a fecundidade diminuiu em todas as faixas etárias, em torno de 30%, com exceção da faixa adolescente<sup>4</sup>. Pesquisas complementares informam que, embora esta ocorrência seja freqüente em todos os níveis sociais, a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda<sup>5-7</sup>.

No que diz respeito à iniciação sexual, pesquisas realizadas na América Latina têm verificado que mulheres com baixa escolaridade iniciam relacionamentos sexuais mais precocemente em relação às de maior escolaridade<sup>8</sup>. Adolescentes sem suporte emocional, seja pela presença de conflitos na família ou ausência dos pais, apresentam poucos planos e expectativas quanto à escolaridade e profissionalismo. Em contrapartida, nas famílias onde os relacionamentos são mais estáveis e as questões da sexualidade abordadas de forma simples e explicativa, os adolescentes

mostram-se menos susceptíveis a riscos<sup>9,10</sup>. A pesquisa mundial de fecundidade realizada na Ásia e na América do Sul, demonstrou que, embora o matrimônio esteja ocorrendo entre 22 a 24 anos, a atividade sexual em idade precoce encontra-se em ascensão, o que torna a faixa adolescente mais exposta à gestação precoce<sup>1,10</sup>.

No Brasil, a maior parte dos estudos sobre fecundidade na adolescência datam a partir da década de 70. Em Campinas, no período de 1977 a 1979, Pinto e Silva<sup>11</sup> verificou que as adolescentes correspondiam a 22,6% do total de partos. Em 1984, estudo multicêntrico realizado por Nóbrega et al.<sup>12</sup> constatou que 14,5% dos recém-nascidos (RN) eram filhos de adolescentes. Em 1991/1992, a pesquisa sobre Saúde Familiar constatou que, no estado da Bahia, 25,0% das mulheres em idade fértil eram adolescentes, uma em cada cinco eram sexualmente ativas, e 13,0% possuíam filhos<sup>13</sup>. Em 1996, a análise dos dados do SINASC de Campinas revelou que 17,9% dos nascidos vivos eram de adolescentes<sup>14</sup>. Assim, estudos em diferentes contextos indicam que, nos nossos dias, as adolescentes representam cerca de 20% das puérperas que freqüentam as maternidades do nosso país.

Apesar de não se poder generalizar sobre fecundidade e conduta sexual de adolescentes, os fatores relacionados à gestação precoce têm sido discutidos, apontando múltiplas interferências como a ocorrência da menarca e iniciação sexual precoce, associada ao desconhecimento e pouco uso da contracepção, assim como mudanças socioculturais e o processo de urbanização acelerado, ocorridos nas últimas quatro décadas. Entretanto, ressalta-se o importante papel do desconhecimento de adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva, seja por falta de orientação da família, da escola ou do serviço de saúde<sup>11,13,15</sup>.

Em relação às conseqüências da fecundidade na adolescência, tanto os aspectos biológicos e psicológicos, como o alto custo social têm sido pesquisados. Entre as conseqüên-

---

***Veja artigo relacionado  
na página 107***

---

\* **Pediatra e Médica de Adolescentes, Doutora em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina, Profª. Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Pesquisadora da Fundação Kellog.**

cias psicossociais, preocupa a interrupção da escolarização e formação profissional que, na maioria dos casos, cursa com evasão, abandono e dificuldade de retorno da adolescente à escola. A baixa escolaridade e a pouca profissionalização dificultam a inserção no mercado competitivo de trabalho, colocando mãe adolescente e filho em situação de risco social, se medidas de suporte não forem adotadas. Resultados de diferentes pesquisas têm demonstrado alta incidência de baixa escolaridade e falta de profissionalização entre gestantes e mães adolescentes<sup>2,11,12,15-17</sup>.

Do ponto de vista clínico gestacional, algumas dificuldades específicas, que podem interferir nos resultados gestacionais, são frequentemente vivenciadas pela equipe do pré-natal, em relação às gestantes de baixa idade: 1) os conflitos do início da gestação impedem que a adolescente frequente o pré-natal no 1º trimestre; 2) o estado nutricional pode estar comprometido em adolescentes com baixo peso anterior à gestação ou por perda decorrente do estresse psicológico; 3) algumas situações de risco como depressão, negligência, uso de medicamentos, anorexia, hiperêmese podem estar presentes e interferir na saúde da gestante; 4) a toxemia gravídica, por nuliparidade e ausência do cuidado pré-natal, tem ocorrido com maior frequência em adolescentes muito jovens; 5) a anemia também apresenta maior proporção em adolescentes da faixa até 16 anos. Do ponto de vista obstétrico, o índice de parto vaginal em adolescentes tem se mostrado superior a 60%, sendo a evolução puerperal satisfatória maior que 90%. O índice de cesariana e as indicações de parto cirúrgico apresentam-se semelhantes aos das adultas<sup>2,7,9,11,16,18</sup>.

Em relação à mortalidade materna, dados do Ministério da Saúde de 1995 mostraram que as gestantes adolescentes têm contribuído para o aumento da prevalência de gestações de alto risco e mortalidade. Os coeficientes de mortalidade materna na faixa de 14 a 42 anos foram superiores a 130 por 100.000 nascidos vivos, sendo que as adolescente contribuíram com 22,3% deste total, risco superior à faixa entre 20 a 29 anos, em decorrência dos abortos<sup>2,3</sup>. Esta mesma fonte de dados indicou que, no total das faixas etárias, 77% dos abortos registrados foram induzidos ou sépticos, sendo 40% entre menores de 20 anos. O coeficiente de mortalidade decorrente de aborto na faixa de 20 a 49 anos foi de 42,2 por 100.000 nascidos vivos e, entre adolescentes, de 101,6 por 100.000, representando um risco 2,5 vezes maior<sup>3</sup>.

Nos aspectos relativos ao peso e idade gestacional dos RN de adolescentes, pesquisas têm discutido a multiplicidade de fatores que podem interferir neste resultado. Em 1985, no Chile, Aliaga et al.<sup>5</sup>, verificaram 7,4% de prema-

turidade entre adolescentes com menos de 16 anos, comparado ao controle de 6,9%. Em 1991, em São Paulo, Vitale et al.<sup>19</sup> constataram proporção de prematuridade significativamente superior na faixa até 15 anos (11,2%) em relação às adultas (7,1%). Em 1988, nos EUA, Stevens-Simon e McAnarney<sup>20</sup> observaram que a incidência de baixo peso na faixa até 15 anos (13,8%) foi maior em relação à de 15 a 19 (9,3%) e 25 a 29 anos (5,8%). Em 1991, Vitale et al.<sup>19</sup>, detectaram que a proporção de recém-nascidos com baixo peso e de peso insuficiente (51,0%) foi superior à com peso adequado (49,4%). Em 1995, Bicalho-Mariotoni e Barros Filho<sup>14</sup>, em Campinas, através de dados do SINASC, verificaram entre os recém-nascidos das mães até 19 anos, 16,6% de baixo peso na faixa até 15 anos, e 11,4 naquelas de 16 a 19 anos.

Os fatores de risco relacionados ao baixo peso e à prematuridade entre os recém-nascidos de adolescentes têm sido bastante discutidos, a partir da década de 80. A interferência dos fatores biológicos maternos no peso do recém-nascido tem sido defendida por um grupo considerável de pesquisadores. Segundo estas pesquisas, as adolescentes com idade ginecológica menor que 2 anos e cujo crescimento físico ainda não se completou (peso, altura, desenvolvimento de tecido muscular e subcutâneo, bacia, ovários e útero), apresentam maior risco de dar à luz recém-nascido com peso inadequado e prematuros, decorrente do intenso processo de crescimento e imaturidade biológica, que interferem na capacidade de mobilizar reservas nutricionais para o feto<sup>21-25</sup>. Outros pesquisadores defendem a interferência dos aspectos psicossociais na determinação do risco biológico de gestantes adolescentes<sup>6,11,16,17,26</sup>. Sobre esta temática, Bicalho-Mariotoni e Barros Filho realizaram, na Maternidade de Campinas, em 1994/1995, um estudo de caso-controle, dos fatores de risco relacionados ao baixo peso de recém-nascidos, onde a idade materna foi analisada em conjunto com outras variáveis. Os resultados revelaram que, entre as mães dos recém-nascidos de baixo peso, 22,8% eram adolescentes, participando em 25,9% dos prematuros e 16,5% do retardo do crescimento intra-uterino (RCIU). Não foi identificado risco aumentado de baixo peso por prematuridade ou RCIU associado à idade materna.

No contexto atual, embora alguns aspectos relacionados aos determinantes dos resultados neonatais ainda sejam discutíveis, existe concordância quanto à presença de riscos na gestação de adolescentes da faixa até 15/16 anos: 1) na maior parte dos casos, a gravidez é inoportuna, por não ter sido planejada; 2) o parceiro das gestantes mais jovens, pelo fraco vínculo afetivo ou por ser também adolescente, frequentemente, as abandona; 3) os projetos da adolescente

e da família são adiados; 4) a instabilidade psicológica, econômica e a pressão familiar cursam com ansiedade; 5) a solidão afetiva e social pelo afastamento da escola e do parceiro cursa com depressão; 6) os aspectos psicossociais possibilitam a ocorrência de situações clínicas (depressão, anorexia e perda de peso, entre outras) que comprometem a saúde da gestante, principalmente quando falta apoio da família e da equipe do pré-natal<sup>1-3,13,16,17,23,25</sup>.

Diante do quadro atual da fecundidade na adolescência, no nosso meio, e considerando a interferência da gestação precoce no projeto de formação acadêmica e profissional de adolescentes, necessário se torna que a sociedade se mobilize para responder a esta demanda. A participação social, seja através da família, da escola, de serviços de saúde ou sociedades de classe, entre outros segmentos, certamente, poderá contribuir com o poder público para a multiplicação e desenvolvimento de programas e ações que possibilitem aos adolescentes um maior acesso à formação e à informação que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura mais crítica, consciente e responsável frente ao exercício da sexualidade.

### Referências bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Washington, DC, Cuaderno Técnico Nº 12, 1988.
- Guimarães MHP. Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1994.
- Massachs G. Mortalidade materna-Salvador-1993. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 1995.
- BEMFAM - Sociedade Civil de Bem Estar Familiar. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia. Relatório BEMFAM, Rio de Janeiro, 1996.
- Aliaga EM, Suazo EW, Diaz JI et al. Experiência en una unidad de gestantes precoces. Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 127:37.
- Molina R, Alarcón G, Luengo X et al. Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Re Chil Obstet Gynecol 1988; 53 (1): 27-34.
- Barroso C, Campos MM, Moraes MLQ et al. Gravidez na Adolescência. IPLAN/IPEA/UNICEF, Fundação Carlos Chagas. Brasília, 1986.
- Martinez MJ. La revolución demográfica en Mexico, 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, México, 1982.
- Klein L. Antecedentes del embarazo en adolescente. Clin Obstet Ginecol 1978; 41978; 1199.
- Senderowitz J, Paxman J. Adolescent fertility: worldwide concerns. Populations Bulletin, Population Reference Bureau, 1985; 40(2).
- Pinto JLP. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Gin Obstet Bras 1983; 6(3): 373-91.
- Nóbrega FJ, Brasil AL, Lopez FA et al. Recém-nascidos de mães adolescentes brasileiras. Antropometria e outras variáveis. Suppl. 1 International Society Pediatric Nutrition. 1991.
- BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar familiar. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Relatório, 1991/1992.
- Bicalho-Mariotoni GG, Barros Filho A. Nascer em Campinas: análise dos dados do SINASC 1995. Rev Paulista de Pediatr 1997; 15: 24-30.
- Organização Panamericana de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da fecundidade; determinantes características da transição demográfica. IBGE/UNICEF/OPAS, Gerência de Documentação e Biblioteca, Rio de Janeiro, 1988.
- Costa COM, Pinho F, Martins S. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará-Brasil. J Pediatr 1995; 7: 151-6.
- Viçosa GR, Ruzicki EM, Przybyiski J et al. Gestação na adolescência: a experiência do Hospital Presidente Vargas. Rev Psiq R G Sul 1987; 9: 97-104.
- Peliano AMJM. O mapa da criança: a indigência entre criança e adolescente. Brasília, IPEA, 1993. Documento político número 19.
- Vitalle SS, Brasil AL, Nóbrega FJ. Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível socioeconômico. Rev Paulista Pediatr 1997; 15:17-23.
- Stevens-Simon C, McAnarney ER. Adolescent maternal weight gain and low birth weight: a multifactorial model. Am J Clin Nutr 1988; 47:948-53.
- Frisancho AR, Matos J, Bollettino LS. Role of gynecological age and growth maturity status in fetal maturation and prenatal growth of infants born to young still growing adolescent mothers. Hum Biol 1984; 56 (3): 583-93.
- Frisancho AR, Matos J, Leonard WR, Yeroch LA. Developmental and nutritional determinants of pregnancy outcome among teenagers. Am J Phys Anthropol 1985; 66: 247-61.
- Maso M, Gong EJ, Jacobson MS, Bross DS, Heald FP. Anthropometric predictors of low weight outcome in teenage pregnancy. J Adolesc Health Care 1988; 9: 188-93.

24. School TO, Hediger ML, Ances IG, Belsky DH, Salmon RW. Rate and amount of gain during adolescent pregnancy: associations with maternal weight-for-height and birth weight. *Am J Clin Nutr* 1990; 52: 793-9.
25. Rebolledo A, Atalah E. Riesgos nutricionales en embarazadas adolescentes. *Rev Chil* 1986; 14: 193-98.
26. Rizo AG, Prada ES. La fecundidad de la población de 10-19 años en Colombia. *Rev Colomb Obstet y Ginecol* 1982; 33: 358-367.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria C. O. Costa  
Rua Euclides da Cunha 475/1602 - Graça  
CEP 40150-120 - Salvador - Bahia  
Fone: (071) 237.1584