

Maria José Nogueira

"O que você vai ser quando você crescer..."

Sexualidade, Gênero e Maternidade Adolescente.

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

2003

Maria José Nogueira

"O que você vai ser quando você crescer..."

Sexualidade, Gênero e Maternidade Adolescente.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFICH/UFMG) como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Sociologia.

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

2003

**Dissertação defendida e aprovada, em 26 de março de 2003, pela banca examinadora
constituída pelos professores:**

Prof. Dra. Danielle Cireno Fernandes - Orientador(a)

Prof. Dra. Virgínia Torres Schall

Prof. Dr. Jorge Alexandre B. Neves

**À minha família, pelo ambiente
harmonioso e feliz . Aos amigos,
pelo carinho.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guardar-me em seu coração nos momentos mais difíceis da vida.

À minha família, por estar sempre por perto, em todos os momentos. Em especial aos meus pais que apesar da pouca escolaridade com grande sabedoria me introduziram e me guiaram no caminho do saber.

À minha orientadora, Danielle Cireno Fernandes, que soube dosar na medida certa; o conhecimento teórico e metodológico, a paciência, a disponibilidade e a presteza em me orientar. Meu agradecimento todo especial.

Ao professor Vinícius Caldeira Brant com quem tive o prazer de passar momentos agradáveis.

Aos professores do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG, pela convivência respeitosa e amigável.

À secretária do departamento de sociologia e Antropologia, Cirene, pela presteza, boa vontade e dedicação na solução dos problemas burocráticos.

Aos colegas do Mestrado em especial a Célia e ao Cláudio cujo apoio e incentivo foram de grande valia nos momentos em que quase desisti.

Ao Alessandro, que me ensinou uma maneira diferente de ver a vida, meu carinho.

À Flaviana, por estar sempre por perto nos momentos em que precisei de um ombro amigo.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa que me permitiu dedicação à dissertação.

Ao Cláudio, pelo companheirismo, pelo carinho e pelos muitos cuidados.

Mulher Barriguda
(João Ricardo – Solano Trindade)

Mulher barriguda que vai ter menino
Qual o destino
Que ele vai ter?
Que será ele
Quando crescer?

Haverá guerra ainda?
Tomara que não,
Mulher barriguda,
Tomara que não....

SUMÁRIO

Introdução:	14
.....	
Capítulo I: Adolescência – um conceito do século XX	17
1.1. Adolescência e cultura	20
CAPÍTULO II: gravidez precoce – um problema social	27
CAPÍTULO iii- Revisão da Literatura	37
3.1. Gênero , sexo , sexualidade: uma abordagem teórica	37
3.2. Sexo e Gênero: uma distinção conceitual	43
3.3. Transformações sociais e de gênero no século XX	45
3.4. Sexualidade e Gênero	52
CAPÍTULO IV: Determinantes culturais da gravidez na adolescência	55
4.1. A Dupla Moral sexual e a prevenção da gravidez precoce.....	55
4.2. Assimetria de poder e a prevenção da gravidez na adolescência	60
4.3.Expectativa de papéis e a prevenção da gravidez na adolescência	63
4.4. Hipóteses de trabalho	66
CAPITULO V: METODOLOGIA	68
.....	
5.1. Fonte de Dados	68
5.2. Variáveis e modelos	69
5.2.1. Variáveis do perfil sócio demográfico.	69
5.2.2. Variáveis Relacionadas ao Comportamento Sexual e Reprodutivo.	70
5.2.3. Modelos Estatísticos - Análise de Regressão Logística	71

Capítulo VI: O perfil da saúde reprodutiva na adolescência	75
6.1. Perfil sócio-demográfico	75
6.2. Perfil da saúde reprodutiva	83
6.2.1. Comportamento sexual	96
Capítulo VII: Análise dos Dados	101
Considerações Finais	111
Referências Bibliográficas	117

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01:** Local de residência (Mulheres de 15 a 19 anos).
- Tabela 02:** Religião (Mulheres de 15 a 19 anos).
- Tabela 03:** Autoclassificação de raça (Mulheres de 15 a 19 anos).
- Tabela 04:** Anos de educação / Local de Residência / Faixa Etária.
- Tabela 05:** Evasão escolar / Faixa Etária.
- Tabela 06:** Razões para abandonar a escola / Faixa Etária.
- Tabela 07:** Escolaridade / Faixa Etária.
- Tabela 08:** Estado civil / Faixa Etária.
- Tabela 09:** Relação sexual / Estado Civil.
- Tabela 10:** Distribuição percentual das mulheres de 15-24 anos de idade / época da primeira relação sexual.
- Tabela 11:** Tipo de parceiro na primeira relação sexual.
- Tabela 12:** Uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual.
- Tabela 13:** Motivo de não uso de método no primeiro intercuro sexual.
- Tabela 14:** Gravidez na adolescência.
- Tabela 15:** Desejo em relação a gravidez atual.
- Tabela 16:** Desejo em relação a última gravidez.
- Tabela 17:** Reação perante a gravidez.
- Tabela 18:** Mulheres adolescentes de 15-19-mães ou grávidas características selecionadas.
- Tabela 19:** Idade do primeiro intercuro sexual.
- Tabela 20:** Conhecimento de algum método contraceptivo.
- Tabela 21:** Motivo de não uso de método no primeiro intercuro.
- Tabela 22:** Conhecimento de contraceptivo (preservativo).
- Tabela 23:** Coeficiente de regressão logística - regressão 1- modelo 1.
- Tabela 24:** Coeficiente de regressão logística- regressão 2- modelo 1.
- Tabela 25:** Coeficiente de regressão logística- regressão 3- modelo 1.
- Tabela 26:** Coeficiente de regressão logística- regressão 1- modelo 2 .

Tabela 27: Coeficiente de regressão logística- regressão 2- modelo 2.

Tabela 28: Coeficiente de regressão logística - regressão 3- modelo 2.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de método contraceptivo.

Gráfico 2: Escolaridade / Gravidez na adolescência.

Gráfico 3: Uso de método contraceptivo na primeira relação Sexual.

Gráfico 4: Ter tido filho na adolescência /Anos de escolaridade.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Partos por faixa etária - Brasil, 1993-1997.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde.
DIU	Dispositivo Intra Uterino.
OIT	Organização Internacional do Trabalho.
ONU	Organização das Nações Unidas.
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
PNDS	Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social.
DHS	Demography Health Survey.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SINASC	Sistema Nacional de Informações Sobre Nascidos Vivos.
SES	Secretaria de Estado da Saúde.
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Resumo

Em um momento histórico de queda da Taxa de Fecundidade Total (TFT), fatores como urbanização, aumento do uso de contraceptivos, aumento ao acesso à educação e maior ingresso de mulheres no mercado de trabalho foram fundamentais para interferir na queda da fecundidade, principalmente entre as mulheres em idade central do período reprodutivo, por outro lado, entre as adolescentes, tais fatores parecem não exercer influência, uma vez que a contribuição desse grupo na TFT tem aumentado. O fenômeno da gravidez precoce é hoje adjetivado como problemático em nossa sociedade. Profissionais e pesquisadores das mais diversas áreas tentam levantar os motivos, bem como as implicações desse fato no contexto social, uma vez que a gravidez nesta fase da vida irá trazer repercussões para os familiares, para a criança, para os pais adolescentes e também para o Estado, que deverá arcar com custos adicionais de saúde, educação, lazer e etc. Para estudá-lo, tentaremos avaliar como as construções sociais e culturais no Brasil, em torno da sexualidade e gênero, interferem no comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes e, em última instância, no fenômeno da gravidez precoce. Sendo uma construção social, podemos caracterizar a relação de gênero no Brasil como marcada por uma forte assimetria de poder, fruto de nossa herança patriarcal, que influenciou e ainda influencia como exerce um forte controle sobre a sexualidade e a reprodução feminina. Para nossa análise foram utilizados os dados da "Demographic and Health Surveys (DHS, também conhecida como pesquisa sobre demografia e saúde) que foi realizada no Brasil em 1996. Modelos estatísticos foram utilizados para analisar a probabilidade das adolescentes usarem método na primeira relação, bem como estimar a probabilidade de engravidar na adolescência. O principal resultado que chama nossa atenção é que o fato das adolescentes conversarem com a mãe sobre planejamento familiar aumenta consideravelmente as chances de uso de qualquer método na primeira relação, independente do nível de escolaridade. É válido ressaltar que não desconsideramos a forte associação entre nível de escolaridade e a probabilidade de uso de qualquer método no primeiro intercuro, mas apenas destacamos a importância explicativa que assumiu a variável "conversar com mãe sobre Planejamento familiar".

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo analisar alguns aspectos da saúde reprodutiva na adolescência, dando enfoque à gravidez nesta faixa etária. Sendo um tema que abarca várias dimensões (psicológica, biológica, física e sociocultural), nos deteremos mais especificamente nesse último aspecto, ou seja, abordaremos a gravidez na adolescência enquanto fenômeno social, sem perder de vista os demais aspectos que também são importantes para a caracterização e compreensão do ciclo de vida chamado adolescência e do estado biológico denominado gravidez.

Hoje, esse fenômeno é adjetivado como problemático em nossa sociedade. Profissionais e pesquisadores das mais diversas áreas tentam levantar os motivos que levam a uma gravidez precoce, bem como as implicações desse fato no contexto social, uma vez que a gravidez nesta fase da vida irá trazer repercussões para os familiares, para a criança, para os pais adolescentes e também para o Estado, que deverá arcar com custos adicionais de saúde, educação, lazer e etc.

Devemos ressaltar que estar grávida na adolescência já foi considerado normal e desejável em nossa sociedade. Até o final do Século XIX, o padrão de formação da família mostra que as noivas tinham entre 12 e 16 anos, e que a maternidade era consequência dessa situação, não sendo vista, portanto, como um problema social. Como destaca Quintaneiro (1995, p.78), “(...) *a fase da adolescência era quase desconhecida para as brasileiras, que passavam do brevíssimo interregno da infância à maternidade*”. Se há algumas décadas gerar filhos na adolescência não era somente aceitável, mas sobretudo desejável, o que mudou em nossa sociedade para adjetivarmos hoje a gravidez nesta etapa da vida como precoce, indesejada e problemática ?

A queda da fecundidade total, o avanço da idade média ao casar, o novo papel das mulheres no contexto familiar e na esfera pública e, principalmente, o ingresso das mesmas no mercado de

trabalho, tiveram papel decisivo na transformação do enfoque dado à questão da gravidez na adolescência.

Hoje, muitas respostas podem ser dadas quanto aos motivos de uma gravidez precoce, desde fatores de ordem estrutural como pobreza, falta de informação e desestruturação familiar, bem como outros relacionados à dimensão cultural. Em nossa sociedade, por exemplo, a valorização da maternidade, o intercuro sexual precoce, a assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero têm efeito decisivo na evolução do fenômeno. Não podemos deixar de assinalar os fatores psicológicos, que podem nos ajudar a entender os motivos de uma gravidez nesta fase da vida. Em muitos casos a gravidez é vista pelas adolescentes como via de acesso à feminilidade e ao *status* de mulheres adultas, nesse caso a gravidez seria decorrente do próprio desejo de ser mãe.

Outro ponto de destaque para o caso brasileiro é o papel desempenhado pelos meios de comunicação. *“Acredita-se que no Brasil, a mídia desempenhe um papel significativo na promoção de mudanças sociais, em relação a atitudes sobre fecundidade e comportamento reprodutivo”*. (Gupta & Leite, 2001, p.26).

Quanto às implicações da gravidez precoce, cabe destacar que a literatura disponível aponta o fenômeno como problemático sob várias dimensões: demográfica, econômica, médica, social e psicológica.

Foge ao propósito deste trabalho analisar a contribuição de cada um desses itens na composição do fenômeno. Para estudá-lo, tentaremos avaliar como as construções sociais e culturais no Brasil, em torno da sexualidade e gênero, interferem no comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes e, em última instância, no fenômeno da gravidez precoce.

Com este objetivo trabalharemos no capítulo I, prioritariamente, o conceito de adolescência, dando ênfase à dimensão cultural do mesmo.

No segundo capítulo, analisaremos as conseqüências médicas, demográficas e sociais da gravidez precoce, avaliando as repercussões no cenário brasileiro do aumento da fecundidade entre as adolescentes.

No capítulo III, faremos uma revisão da literatura, no sentido de compreender como as construções sociais e culturais em nossa sociedade em torno de sexualidade e gênero servem de suporte para explicar o fenômeno da gravidez na adolescência. Abordaremos a questão da anticoncepção dentro do contexto cultural para tentar entender porque o conhecimento de métodos anticoncepcionais não se traduz no uso efetivo dos mesmos.

No capítulo IV, analisaremos o fenômeno da gravidez na adolescência a partir de três eixos: a dupla moral, a expectativa de papéis e a assimetria de poder.

O capítulo V é dedicado a fonte de dados e a metodologia utilizada.

O sexto capítulo tem por objetivo traçar o perfil sócio demográfico das adolescentes bem como o perfil da saúde reprodutiva na adolescência, dando ênfase a três dimensões: fecundidade, nupcialidade e comportamento sexual.

O capítulo VII apresenta a análise dos dados. Na Parte final teceremos alguns comentários a título de conclusão, bem como levantaremos outros aspectos que mereçam atenção de pesquisas posteriores, uma vez que não cabe a este estudo esgotar o tema em questão.

Capítulo I: Adolescência - um conceito do século XX

Se limitarmos a adolescência a uma dimensão etária, podemos defini-la de forma sintética. Por outro lado, tal conceituação poderá resultar em um tratado se objetivarmos estudar a mesma enquanto fenômeno psicossocial. Não nos restringiremos à primeira abordagem, nem nos aventuraremos na tentativa de alcançar a complexidade desta última. O que faremos é adotar a primeira postura para viabilizar nosso trabalho, e no que diz respeito à segunda possibilidade, enfocaremos alguns aspectos físicos, biológicos e psicológicos que caracterizam esta fase da vida, dando ênfase à dimensão cultural desse conceito.

Caracterizar e compreender esta fase da vida em suas várias dimensões não é tarefa simples, requer um esforço conjunto, intenso e contínuo. Um século de estudos sistemáticos, principalmente na área da psicologia, resultou em acordos e desacordos sobre asserções básicas sobre o que constitui a “*adolescência*” e até ambigüidades no que diz respeito à terminologia empregada para designar esta fase do ciclo de vida dos indivíduos.

Segundo Airès (1973, p.48) “(...) a cada época corresponderia uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: “juventude” é a idade privilegiada do século XVIII, a “infância”, do Século XIX, e a adolescência, do século XX.”. A leitura que fazemos hoje da adolescência, ou do adolescente, é fruto da forma pela qual esta fase da vida foi apropriada, principalmente no final do século XX, seja pela psicologia, pela medicina, pela antropologia, pela sociologia ou outros profissionais que se empenham na busca de compreender as peculiaridades desta fase do ciclo de vida dos indivíduos.

A obra de Stanley Hall de 1904, “*Adolescência*”, é um marco importante na qual o autor caracteriza esta fase da vida como um período de “*tempestade e tormenta*”. A partir de então são inúmeros os trabalhos científicos e pesquisas em toda as áreas - biológicas, psicológicas e sociais - sobre este tema. A literatura hoje disponível varia enormemente, os temas são abrangentes; cada vez mais, médicos, psicólogos, assistentes sociais, educadores, sociólogos e

outros profissionais se empenham na busca de entendimento do processo de crescimento e desenvolvimento humano chamado “*adolescência*”.

Nos últimos 30 anos, vários autores têm dedicado atenção especial ao processo da adolescência, considerando esta etapa como um processo complexo, que inclui a elaboração de perdas importantes (Aberastury, 1981) e por outro lado envolve a grande busca do adolescente: a aquisição da autonomia

O momento de “*crescer*” (do latim *adolescere*) é conhecido como adolescência e compreende uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, entre a meninice e a maturidade, no qual se estabelece o conflito da renúncia da condição de criança e a ânsia para entrar na plenitude da vida adulta. Segundo Aberastury (1981, p. 13), “(...) *entrar no mundo dos adultos – desejado e temido – significa para o adolescente a perda definitiva de sua condição de criança.*”.

A entrada no mundo adulto não é uma opção para a criança, mas um imperativo onde as alterações do corpo são o primeiro sinal desta entrada. As mudanças físicas e biológicas - crescimento dos músculos, aumento da estatura, mudança no timbre da voz, aparecimento de pêlos axilares, pubianos e faciais, alargamento dos quadris, poluções noturnas, crescimento dos seios, o aparecimento do esperma nos meninos e a chegada da primeira menstruação nas meninas - são vivenciadas como um processo de estranhamento do próprio corpo e colocam os adolescentes ante a evidência do seu novo *status*. Muitas vezes as exigências impostas pelo mundo exterior, que cobra dos adolescentes posturas condizentes com seu novo papel, fazem com que os mesmos se refugiem no mundo da infância (interior e conhecido) e se distanciem do mundo exterior que representa o desconhecido.

Hoje, é recorrente, em nossa sociedade, a associação da adolescência com crise, problema, rebeldia e outros adjetivos que contribuem para a caracterização negativa desta etapa da vida. No momento de grandes mudanças – físicas, psicológicas, biológicas, cognitiva e social, o

indivíduo é “*perturbado*” temporariamente e distúrbios psicológicos e psicofisiológicos de vários graus de seriedade são freqüentes.

Anteriormente à conceituação e delimitação da adolescência, faz-se necessária à distinção entre adolescência e puberdade. Adolescência diz respeito às mudanças de comportamento e *status*, sendo, portanto variável no tempo e no espaço; a puberdade é marcada pelas alterações físicas e biológicas, Neste caso a variação é um pouco menor, uma vez que vamos encontrar características universais que marcam a fase da puberdade.

Desse modo, a puberdade “(...) *é um processo biológico que se inicia, em nosso meio, entre nove e quatorze anos aproximadamente e se caracteriza pelo surgimento de uma atividade hormonal que desencadeia os chamados “caracteres sexuais secundários”*.(Outeiral,1994, p.05).

No ocidente, a entrada na pubescência marca o início da adolescência, aquela é reconhecida como a fase na qual as transformações ocorrem com maior rapidez se consideramos as fases anteriores e posteriores do desenvolvimento humano. A transformação dos caracteres sexuais secundários e a maturidade fisiológica dos órgãos sexuais primários são as principais mudanças que caracterizam a pubescência.

Segundo Muss (1976), o critério mais adequado para determinar o início, normalidade ou desvios do desenvolvimento pubescente, seria a produção dos hormônios gonadotrópicos.

*(...) os hormônios gonadotrópicos são considerados em parte (como também o são os hormônios produzidos pelo córtex adrenal) pelo aparecimento das características sexuais primárias e secundárias totalmente responsáveis pela produção de óvulos e espermatozoides maduros.
(Muuss, 1976, p.17)*

O aparecimento ou não deste hormônio na urina, fornece um critério válido para reconhecemos as mudanças e desenvolvimento que acompanham a pubescência. No que se refere ao término da puberdade, segundo Outeiral (1994, p.08), “(...) a puberdade estaria concluída, e com ela o crescimento gonadal (que permite a plena execução das funções reprodutiva), em torno dos 18 anos (...)”

A conceituação da puberdade como uma fase que antecede a adolescência, ou pelo menos lhe é concomitante, encontra suporte teórico. Na prática portanto, em muitos casos, podemos perceber que cada vez mais encontramos comportamentos adolescentes em um corpo ainda infantil. A forte erotização vivenciada, em nossa sociedade, pode ser citada como um dos fatores que explicam este fato, sendo recorrente o amadurecimento precoce das crianças, que encurtam o período da infância e adotam cada vez mais cedo, comportamentos e atitudes de adolescentes.

No caso de nosso trabalho, não estaremos preocupados em destacar os critérios físicos ou biológicos – objetivos - que servem para classificar e rotular os indivíduos como “*adolescentes*”. O que na verdade queremos considerar é de que forma os arranjos culturais servem para nos mostrar, não uma adolescência, mas várias, ou seja, para além dos critérios que unificam e igualam o adolescente (mudanças físicas e biológicas), estaremos preocupados nos critérios que os tornam distintos (aspectos culturais e sociais).

Se o limite inferior para entrada na adolescência pode ser estabelecido com base em aspectos físicos e biológico (puberdade) o mesmo não se dá quando tentamos localizar o limite superior, ou seja, o término desta etapa da vida, que irá variar segundo os contextos sociais.

1.1. Adolescência e cultura

Na relação entre pubescência e adolescência podemos perceber que, enquanto esta primeira refere-se a fatores de ordem biológica, esta última é determinada por instituições e grupos sociais. Embora distintas, as duas fases estão estreitamente correlacionadas.

O conceito de adolescência é mais amplo e complexo, incluindo mudanças no comportamento e no *status* social. Sociologicamente, é o período de transição da dependência infantil para a auto-suficiência adulta; psicologicamente é uma situação marginal, na qual o indivíduo passa por uma fase de ajustamentos que fazem a distinção entre comportamento adulto e infantil.

Apesar deste aspecto universal, só podemos caracterizar a adolescência, e entender as questões referentes à mesma, se partimos da cultura e da realidade que modelam cada sociedade. Mead (1949, pg.115), ao estudar a adolescência em Samoa, nos chama atenção para o seguinte fato:

(...) a adolescência não é necessariamente um período de tensão e comoção, mas que as condições culturais a fazem assim. (...) As causas principais da dificuldade de nossos adolescentes residem na presença de normas antagônicas e na crença de que cada indivíduo deve realizar suas opções, junto com a opinião de que a opção é um assunto importante. Dada estas atitudes culturais, a adolescência, considerada agora não como um período de mudanças biológicas, por que sabemos que a puberdade fisiológica não produz necessariamente conflitos, senão como o começo da maturação mental e emotiva, está destinada a moldar-se de conflitos e dificuldades (...).

Do mesmo modo, Knobel (1984) destaca a importância do aspecto cultural da adolescência.

Para o autor:

“ O adolescente isolado não existe, como não existe ser algum desligado do mundo, nem mesmo para adoecer. A patologia é sempre expressão do conflito do indivíduo com a realidade (...) assim, devemos em parte considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de toda a história do desenvolvimento do ser humano, e, por outro lado, estudar a sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social”. (Knobel, 1986, p.61)

Deste modo, percebemos o forte componente sociocultural que permeia a compreensão desta fase da vida. O período prolongado da adolescência, bem como sua adjetivação como problemática e marginal não são determinados fisiologicamente, mas antes devem ser vistos como uma invenção social.

Partindo do conceito de adolescência da OMS, segundo o qual a adolescência seria a fase da vida na qual

(...) o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual; os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta ; e ocorre a transição do estado de total dependência sócio - econômica para a relativa independência (BEMFAM, 1997)

Constatamos a existência de uma forte variação dos limites cronológicos da adolescência (início-final), uma vez que os critérios utilizados para caracterizá-la sofrerão variações individuais e culturais. Se o primeiro é bastante objetivo, os dois últimos nada mais são do que conceitos construídos e elaborados pela própria sociedade que variam, portanto, segundo as realidades históricas.

Na perspectiva de Mosquera (1977), os autores Buhler e Muuss assumem posturas convergentes no que diz respeito ao início e fim do período da adolescência. Para os mesmos ela principia com a aquisição da maturidade fisiológica e reprodutiva, e seu término está relacionado à aquisição da maturidade social.

Segundo Buhler, citado por Mosquera (1977), o indivíduo entra para o mundo adulto no momento em que alcança a maturidade social, ou seja, quando pode exercer direitos e deveres sexuais, econômicos, legais e sociais. Para Muuss (1976), independência financeira, êxito no emprego, casamento, seriam fenômenos sociais observáveis e úteis para delimitar o fim da adolescência e a entrada no mundo adulto. Podemos perceber que os conceitos -independência

financeira, êxito no emprego, deveres legais, etc. - utilizados por estes autores para o estabelecimento de uma ligação entre maturidade social e fim da adolescência, nada mais são do que conceitos construídos, elaborados pela sociedade, variando segundo realidades históricas.

Do ponto de vista de Cavalcanti (1987, p.06),

Quando usamos características biológicas para fixar o limite inferior da adolescência, principalmente, estamos conscientes de que este é o critério mais comum nas diferentes culturas. E o começo das transformações puerbertárias que marcam o início da condição adolescente. Mas há inúmeras exceções e elas nos servem exatamente para alertar que devemos, sempre que possível, nos valer de critérios conjugados com variáveis biológicas, sociológicas e psicológicas. A cronologia absoluta mais uma vez é apenas um valor referencial.

Deste modo, não estaríamos falando de um conceito universal em todas as suas dimensões. A adolescência deve ser compreendida como uma construção histórico-cultural e devemos, portanto, estar atentos para a necessidade de uma localização tempo-espacial quando nos referimos ao mesmo. O mais coerente seria falarmos de adolescências - na classe média, entre os negros, nos povos primitivos, na sociedade industrial - e não utilizar este conceito no singular.

Apesar dos aspectos físicos e biológicos, que dão a universalidade ao conceito, ela não é simplesmente um fato universal condicionado biologicamente, uma vez que pode ser definida em termos culturais, ou seja, "(...) ainda que os processos biológicos básicos de maturação sejam, provavelmente, semelhantes em todas as sociedades, a definição cultural varia de uma sociedade para a outra no que se refere aos desempenhos". (Mosquera, 1977, p. 29)

Na mesma linha, Solari (1971) reconhece o período da adolescência como um fenômeno social marcado pelas considerações e mitos que a sociedade faz de si mesma.

Mosquera (1977) destaca a variação deste fenômeno segundo grupos sociais, onde existiria uma maior dilatação da adolescência entre os indivíduos das classes média e alta. Quando analisamos as variáveis meio urbano/rural e condições sócio-econômicas, iremos perceber distinções no que diz respeito a este momento. O período de transição nas zonas urbanas é bastante prolongado e a noção de adolescência é bem nítida se comparada às zonas rurais. Nestas últimas, a criança sai da infância e ingressa muito mais rapidamente no mundo dos adultos, encurtando assim o período da adolescência, seja através do casamento precoce ou de sua iniciação profissional. A transição é rápida e a noção de adolescência é praticamente inexistente.

Esta súbita passagem também pode ser observada se comparamos o fenômeno entre classes sociais. O que percebemos é que a transição nas classes mais baixas faz-se na mesma medida que nas zonas rurais, ou seja, encontramos um número maior de uniões entre adolescentes e a realidade do ingresso no mundo do trabalho se faz mais precocemente.

Com afirma Cavalcanti (1987, p.12)

(...) se a infância nasceu com a burguesia, a adolescência foi gerada no bojo da revolução industrial. Seu conceito é mais nítido na população urbana do que na população do campo é mais bem caracterizada quanto maior for o privilégio da classe social a que se pertence (...) o fato é que quando existem condições econômicas e o jovem é posto à margem da força laborativa, vivendo umbilicalmente preso à família, ocorre, por assim dizer, um verdadeiro estado de expansão da dependência infantil. Mas nos segmentos populacionais de baixa renda, onde os indivíduos são forçados a trabalhar desde cedo e onde o produto de seu trabalho constitui uma parcela imprescindível ao sustento da família, o conceito de adolescência é pouco nítido e pouco significativo.

Ao analisarmos a sociedade brasileira, podemos constatar que o quadro acima descrito é bem próximo de nossa realidade na qual encontramos, na prática, uma complexidade de conceituações para o termo adolescência, bem como várias periodizações possíveis para delimitá-la. Assim, o ser “criança”, “adolescente” ou “adulto”, em nossa sociedade, vai depender de condições sócio-culturais. Ao fazermos uma leitura de nossa sociedade, tentando identificar quem são as crianças, por exemplo, iremos nos deparar com uma realidade que nos indica que nas classes sociais menos privilegiadas economicamente, as brincadeiras, os jogos e o lúdico da infância, em muitos casos foram substituídos pelo trabalho.

Na zona rural, a situação ainda é mais alarmante, os dados assustadores do trabalho infantil. Para além dos problemas econômicos, que obrigam as crianças a comporem a força de trabalho familiar, encurtando assim a infância, devemos destacar a percepção que os próprios indivíduos envolvidos terão de si mesmos, a partir da qual tomarão atitudes e assumirão comportamentos na sociedade.

Se os aspetos econômicos são responsáveis, em alguns casos, pela retirada da criança de sua fase infantil e seu ingresso mais precoce na vida adulta, este não é o único fator que determina tal fenômeno. A elaboração do que é ser criança e quais os comportamentos e atitudes próprios a esta fase vêm sofrendo, nos últimos anos, mudanças que se situam para além do aspecto econômico, ou seja, independente da classe social, as crianças deixam de ser crianças e passam a adotar uma postura adolescente. Esse adolecer mais cedo pode ser observado no comportamento de meninas e meninos. As meninas deixam as brincadeiras infantis, os laços de fita, em troca de batom, roupas justas e salto alto, embora ainda apresentem o corpo infantil. O mesmo acontece com os meninos que, hoje, por volta dos 10 anos já começam a falar de namoradas e estão mais preocupados com a aparência física, e por volta dos 12 anos já se iniciam sexualmente.

No caso dos adolescentes, tal situação também é recorrente: o tempo da adolescência depende das condições sócio-culturais nas quais meninos e meninas estão inseridos, ou seja, a

adolescência - a exemplo do que ocorre com a infância- se prolonga em melhores condições econômicas e é mais breve em situações piores.

Mas, as dificuldades acima descritas quanto à conceituação da adolescência não impedem que possamos situar esta fase da vida na seqüência temporal da existência humana. Para fins de padronização, a OMS fixou o limite dos 10 aos 20 anos como correspondente a esta etapa da vida, uma vez que:

(...) o período de 10 a 20 anos de idade, aproximadamente, alcança boa parte dos processos acima assinalados, ainda que, ao mesmo tempo, se admita uma margem considerável de variação em diferentes meios culturais e, inclusive, dentro deles mesmos. (BEMFAM, 1999)

Desse modo, para a compreensão da gravidez na adolescência partiremos desta delimitação etária, ou seja, consideraremos precoce a gravidez de mulheres com idade inferior a 20 anos, sem desconsiderar a existência de diferenças sócio-culturais que fazem com que a adolescência seja vivenciada de maneira distinta, dependendo de vários fatores. No caso da gestação precoce, por exemplo, *status* sócio-econômico, raça e educação são determinantes fundamentais que devem ser levados em consideração quando da análise dos motivos, bem como da repercussão de uma gravidez nesta etapa da vida.

CAPÍTULO II: gravidez precoce – um problema social

Partindo da hipótese que a maternidade na adolescência é um problema social e que se manifesta diferentemente segundo o meio no qual está inserida, neste capítulo iremos abordar o fenômeno sob quatro dimensões: demográfica, econômica, social e médica.

Segundo a literatura médica, a gravidez precoce é aquela que ocorre em mulheres abaixo dos 20 anos, seja por fatores biológicos ou sociais. No que se refere aos primeiros, preponderam as conseqüências médicas adversas para a parturiente, bem como para os bebês. No que se refere aos últimos devem ser destacadas as implicações sociais de tal fato como a “(...) *antecipação dos movimentos socialmente institucionalizados para a reprodução* (Camarano, 1998, p.110), o que pode implicar riscos relacionados à gravidez, complicações de abortos inseguros, morte materna, assim como conseqüências negativas no plano educacional e econômico (Blanc & Way, 1998).

Desse modo, a constatação do aumento crescente de meninos e meninas que se tornam pais na adolescência tem fomentado a discussão do fenômeno não apenas no Brasil, mas em vários países, nos quais as taxas de fecundidade na adolescência têm crescido nos últimos anos. Segundo o relatório "*Into new world: young womens's sexual and reproductives*" (1998), anualmente são 14 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos que se tornam mães. O relatório aponta para uma maior incidência de gravidez entre adolescentes nos países em desenvolvimento, nos quais cerca de 25% a 50 % das mulheres tiveram seu primeiro filho antes de completar 18 anos. Nos países desenvolvidos, este percentual é bem menor, chegando a apenas 1% no Japão.

Ao lado da mortalidade e da migração, a fecundidade é um importante componente da dinâmica demográfica, sendo esta última a grande definidora da estrutura etária de uma população. No caso brasileiro alguns autores (Carvalho 2004, Rios Neto, 2000, Frias e Oliveira, 1991) apontam claramente a forte correlação entre a Taxa de fecundidade e a dinâmica demográfica.

Apesar da divergência em torno do padrão da fecundidade vigente no país, no período anterior a 1960, é consensual entre os autores uma queda pronunciada da mesma em todas as regiões do Brasil a partir da década de 70. Segundo Frias e Oliveira (1991, p.93),

“(...) contrariamente à idéia de constância do nível da fecundidade no Brasil em períodos anteriores a 1960 (...) Em termos regionais, de forma flagrante, os níveis da fecundidade não teriam permanecido constante (...) Notadamente, as regiões menos desenvolvidas experimentaram elevações pronunciadas, enquanto que o Sudeste e o Sul do país mostraram tendências efetivas de queda. O ponto comum entre todas as regiões concentra-se no acentuado declínio dos níveis da fecundidade a partir de meados da década de 60”

As PNAD's da década de setenta evidenciam tal fato mostrando que o declínio da fecundidade no país iniciou-se pelas regiões mais desenvolvidas e grupos sociais de nível mais alto, estendendo-se às demais regiões e camadas sociais.

Ao consideramos as TEF por idade, os estudos apontam para um maior aumento da participação da fecundidade jovem para na composição da TFT, demonstrando que uma proporção importante da fecundidade brasileira está situada, cada vez mais, na população jovem (15 a 24 anos). Em 1970, a participação da fecundidade jovem era de 30 % da fecundidade total chegando, em 1998, a 45 % (Rios Neto, 2000). Camarano (1998) aponta, como tendência geral, o aumento da fecundidade entre as adolescentes (15 a 19 anos) no período compreendido entre 1965 e 1995. A autora destaca que tal fenômeno não acontece de forma homogênea, mas se difere por regiões e grupos sociais. As maiores taxas de fecundidade adolescente aparecem nas regiões mais pobres, nas áreas rurais e em mulheres menos escolarizadas.

O maior número de filhos e o menor espaço entre as gerações podem levar a um crescimento desordenado da população, o que comprometeria a qualidade de vida futura. Desse modo, as

pesquisas sobre os padrões de comportamento da população têm como objetivo prever o número de pessoas que partilharão dos recursos do país no futuro, bem como saber quais grupos populacionais irão crescer e quais apresentarão decréscimo.

No caso brasileiro, o aumento da taxa de fecundidade entre as adolescentes, verificada principalmente nos últimos 10 anos, é mais preocupante sob o ponto de vista social do que demográfico, uma vez que o número de filhos de mães adolescente (até 19 anos) é muito pouco expressivo se comparado ao volume total de nascidos de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, por isso não acarretará sérios problemas demográficos no futuro.

O primeiro problema a ser considerado no que diz respeito à gestação precoce é a sobreposição de dois processos de vital importância para a sexualidade da mulher, por outro lado igualmente complexos. Tanto o processo gestacional quanto a adolescência envolvem mudanças físicas e psicológicas. No que diz respeito a estas últimas, podemos destacar as ansiedades inerentes da gestação e os conflitos peculiares da adolescência. As transformações corporais acompanham e marcam os dois processos, havendo a necessidade em ambos que estas mudanças sejam vivenciadas e elaboradas pela mulher.

Segundo Paulics (1996, p.12),

(...) se além da dificuldade de construir sua identidade, administrar emoções e entender as mudanças que acontecem com seu corpo, houver uma sobrecarga de necessidades fisiológicas e psicológicas, a adolescência pode se caracterizar como um processo de ruptura, inviabilizando a formação de um adulto saudável, equilibrado, consciente de seus direitos. No caso das mulheres, vítimas do preconceito social, uma ruptura decorrente de uma gravidez precoce pode acarretar o que se chama risco psicossocial”.

Como dito anteriormente, se hoje entre os 13 e 15 anos a grande maioria dos meninos e meninas já está biologicamente madura para gerar filhos, o mesmo não podemos afirmar no

tocante às condições econômicas e psicológicas necessárias para constituir uma família. Nesta faixa etária, não foi possível nem mesmo concluir os estudos no ensino médio, a grande maioria apresenta uma precária autonomia para a subsistência. Desse modo, persiste uma total dependência econômica dos pais ou familiares.

Psicologicamente, os conflitos peculiares a este período ainda estão presentes e, conforme a visão de alguns psicólogos, sendo um período marcado por dúvidas, insegurança, etc., não seria o melhor momento para o exercício das funções maternas e paternas. Segundo Erikson (1972), esta fase da vida é decisiva na formação da identidade do indivíduo, ou seja, a adolescência cumpre um papel central no desenvolvimento humano.

Sendo um momento de experimentação dos papéis de pai/mãe, muitas vezes a situação real de paternidade/maternidade torna-se uma consequência disto. O que vai ao encontro das explicações teóricas de Knobel (1984), que vê nesta fase o momento de atividades sexuais exploratórias e preparatórias, marcadas pela curiosidade que muitas vezes explica o mito entre os adolescentes que “*da primeira vez não engravida*”, ou a surpresa quando acontece a gravidez no momento da primeira relação.

Percebemos problemas tanto no campo pessoal como social. No primeiro caso, podemos ressaltar os problemas psicológicos e médicos enfrentados por uma grande maioria de mães adolescentes. Temos ainda o problema econômico enfrentado quando da espera e nascimento de uma criança o que traz repercussões, primeiramente, para as famílias envolvidas, e também para o Estado, por implicar em custos sociais.

Segundo Vieira (1992), o sustento de uma criança não planejada, bem como as consequências para o futuro econômico, tanto de uma mulher solteira como de uma mulher que tenha se casado por ocorrência da gravidez, é bastante significativa uma vez que pode levar a mulher a uma situação de pobreza não esperada. Por outro lado, a gravidez precoce de uma adolescente pode limitar sua educação, restringir suas habilidades na força de trabalho e reduzir sua qualidade de vida. Mulheres que têm filhos durante a adolescência têm uma chance maior de

estarem em desvantagem econômica no futuro, se comparadas àquelas que postergam sua gravidez (Mensch et al, 1998).

Melo (1996) nos chama atenção para os problemas enfrentados pelas jovens mães, destacando que os mesmos aumentam em uma relação direta com o nível sócio-econômico, ou seja, quanto mais pobres maiores as dificuldades. São estas adolescentes que terão maiores problemas em conciliar os estudos com os cuidados com a criança, o que resulta em muitos casos na interrupção da escolaridade, com reflexo sobre a vida profissional.

Em última instância a gravidez na adolescência, especialmente fora do casamento, é assumida como tendo um custo social que afeta, negativamente, a situação marital da mulher e leva à formação de famílias de mães solteiras e domicílios chefiados por mulheres (Becker, 1981 apud Buvinic, 1998).

Apesar do homem também sofrer possíveis conseqüências do comportamento sexual e reprodutivo, os custos de uma gravidez geralmente são arcados pela mulher (Akerloff et al, 1996). Desse modo, longe de uma preocupação estritamente moral, como aparece para muitas famílias, uma gravidez precoce repercute em aspectos que trazem prejuízos para o desenvolvimento futuro dos jovens.

Sintetizando:

A maternidade está naturalmente inserida no ciclo de vida das fêmeas, mas provoca, enquanto fenômeno social, profundas repercussões, porque encerra uma dimensão simbólica, ideológica, emocional, religiosa, política e econômica, que se coloca, primeiramente, para a gestante, que enfrenta as transformações orgânicas e psíquicas da gravidez, e, em seguida, para a sociedade e o Estado que estabelecem parâmetros rígidos para reconhecer a legitimidade e a oportunidade do nascimento de cada bebê. Afinal, ele provoca impacto nas relações de parentesco, exige recursos econômicos (saúde, educação, moradia, segurança e transportes) para

sobreviver e, mais tarde, poderá promover alterações na estrutura social. (Rodrigues, 1995, p.19)

Aos riscos sociais e psicológicos - não médicos - devem ser acrescidos os riscos médicos, aos quais estão sujeitos as mães adolescentes e seus filhos, e que se traduzem no aumento da mortalidade infantil e materna, no maior índice de prematuridade, no baixo peso ao nascer, nas complicações médicas do período gestacional, etc.

Embora, segundo a literatura médica, o parto em si implique em riscos potenciais para a saúde da mulher, é consenso que a gravidez em meninas menores de 16 anos deva ser considerada “*de risco*”. Devido a imaturidade física e biológica da parturiente, as mesmas estão mais propensas ao parto prematuro, ao aborto e ao parto de natimorto. As adolescentes são quatro vezes mais propensas a morrerem de complicações gestacional, se comparada às mulheres acima de 20 anos.

Do mesmo modo, a mortalidade infantil para os filhos de mulheres menores de 16 anos é mais elevada se comparada à mortalidade infantil dos filhos de adolescentes entre 16 e 19 anos, bem como entre mulheres de 20 a 24 anos. A mortalidade materna é maior entre as mães de gestação precoce (10 a 19 anos), se comparada ao grupo subsequente (20 a 24 anos). (Benfam,1999)

Outra ameaça para a saúde das mulheres, que contribui para as elevadas taxas de mortalidade materna na adolescência, é a prática do aborto. Quando o mesmo é a única solução para por fim a uma gravidez não planejada/desejada as mulheres se expõem a riscos médicos. Em países onde o aborto é proibido, ou o acesso ao mesmo é difícil, a saída encontrada é o aborto clandestino, realizado na maioria dos casos em situações precárias de higiene e por profissionais pouco qualificados, o que resulta em agravos à saúde da mulher. Segundo a OMS, dos quatro milhões de abortos praticados por ano no Brasil, um milhão ocorrem na faixa

etária de 10 a 19 anos, em muitos casos a consequência é a esterilidade. Destaca-se ainda que, deste total, 20% das mulheres morrem em decorrência da prática do aborto.

O número de meninas que engravidam em idade cada vez mais precoce denuncia, em última instância, a prática de relações sexuais desprotegidas que expõe as adolescentes a um outro problema não menos grave e não menos comum: a contaminação pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Pesquisas mostram que a epidemia da AIDS tem se disseminado, principalmente entre as mulheres. Nos Estados Unidos e na América Latina, a taxa de contaminação pelo HIV tem crescido rapidamente na população feminina. Nos países da África – Sub-saariana, a taxa de contaminação entre as mulheres é superior à registrada entre os homens. No caso do Brasil, observa-se que o maior registro é ainda entre a população feminina.

Segundo a UNAIDS (2001), 40% das novas infecções ocorridas diariamente no mundo acontecem entre mulheres na faixa de 15 a 25 anos. Dados de 1998 revelam que, na faixa etária de 15 a 24 anos, a proporção entre homens e mulheres infectados era de um por um, sendo que a média nas outras faixas etárias era de dois homens infectados para cada mulher. Podemos perceber um aumento significativo, uma vez que, em 1986 a razão entre homens e mulheres era de dezesseis para um, ou seja, para cada caso na população feminina tínhamos 16 casos entre os homens.

As DST's, incluindo o HIV/AIDS, constituem a principal causa de doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo, o que afeta a saúde reprodutiva das mulheres jovens, bem como dos filhos das mesmas, que terão os riscos como prematuridade e baixo peso ao nascer aumentados.

Algumas complicações médicas, embora não sendo inerentes à gravidez precoce, podem ser agravadas nesta condição. Oliveira (1998), a partir da análise de alguns trabalhos a respeito da gravidez precoce (Beretta, 1995; Brasil, 1996; OMS 1994; SOF, 1997), identifica pelo menos seis complicações para a saúde da mãe e da criança .

(...) uma delas, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica é o baixo peso ao nascer e a prematuridade do bebê. A segunda é a toxemia gravídica, que aparece nos últimos seis meses de gestação e principalmente na primeira gravidez das jovens podendo ocorrer desde pré-eclâmpsia, eclâmpsia, convulsão até coma e alto risco de morte da mãe e do bebê. Uma terceira complicação pode ocorrer no momento do parto, o qual pode ser prematuro, demorado, com necessidade de cesárea e com risco de ruptura do colo do útero. A quarta complicação são as infecções urogenitais especialmente decorrentes de parto feito em más condições. Risco de anemia seria a quinta complicação, já que naturalmente a adolescente, em fase de crescimento, necessita de boa alimentação. Na gravidez, essa necessidade se intensifica e o seu não atendimento pode ocasionar anemia, prematuridade no parto e baixo peso do bebê. Finalmente, a gravidez pode ocasionar retardo do desenvolvimento uterino (Oliveira, 1998, p.04).

Considerar que os riscos médicos acima descritos advêm da pouca idade das mulheres, que não estariam preparadas biologicamente para a gestação, é analisar o problema considerando os aspectos meramente biológicos sem ponderar a relação existente entre os riscos médicos e não médicos. Seria simplesmente o fato de serem mães na adolescência – período de imaturidade física e biológica - que estaria acarretando riscos para as mães e seus filhos?

Não encontramos consenso entre os pesquisadores sobre a relação entre idade da mãe e aumento dos riscos físicos para as gestantes e seus filhos. Segundo Cezar (2000), o fator idade não implica necessariamente em riscos, o que explicaria o aumento dos riscos neste grupo seria o *status* sócio-econômico:

Desta forma, a idade da mãe seria não um mero determinante fisiológico da mortalidade neonatal, mas sim um determinante resultante de outros fatores sócio econômicos e ambientais não contemplados na análise. (Cezar, 2000, p. 03)

Ao analisarmos o perfil das adolescentes grávidas no país, verificamos a presença das mesmas, sobretudo nas parcelas mais carentes da população, em situações econômica e ambientais extremamente insatisfatórias, nas quais a assistência pré-natal é insuficiente ou até mesmo inexistente, ressaltando assim os aspectos negativos do fenômeno.

Dessa forma, para analisar os problemas da gravidez na adolescência, devemos considerar variáveis que servem para nos apontar experiências distintas da gravidez na adolescência, mesmos os riscos biológicos que *a priori* poderiam atingir igualmente qualquer adolescente grávida, são fortemente influenciados por fatores como raça, status sócio econômico e educação.

A união e maternidade precoces não acontecem de forma aleatória no interior da sociedade, mas antes são determinados por fatores econômicos, sociais e culturais. No que se refere a nupcialidade, encontraremos fatores econômicos e culturais que determinam quem casa, quando se casa e como se casa. Do mesmo modo, os padrões sociais determinam quem tem atividade sexual pré-marital, quem engravida na adolescência, a quem é permitido ter filhos fora do casamento e outras normas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de ambos os sexos.

Para muitos autores, ter ou não filhos, quando tê-los ou simplesmente não tê-los, casar ou não, quando se casar e como se casar estaria estritamente relacionado à variável educação. Segundo o relatório "*Into new world: young womens's sexual and reproductives*" (1998), existe uma tendência mundial de uma forte relação entre esta variável e casamento precoce/maternidade. Nos países da África sub-Saariana, da América Latina e do Caribe, as taxas de casamento precoce entre mulheres de baixo nível educacional é aproximadamente o triplo, quando é comparada a das mulheres que possuem pelo menos sete anos de escolaridade.

Se analisarmos a relação entre níveis de escolaridade e fecundidade podemos apostar que a educação / escola é um método contraceptivo bastante eficiente.

Dados da DHS (1996) apontam que a fecundidade diminui com o aumento do nível educacional, bem como representa maior proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Das adolescentes pesquisadas na DHS-1996, na faixa etária de 15 a 19 anos, 34% com até 3 anos de escolaridade já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho. Este percentual cai para 25% com quatro anos de estudo e para 18% de cinco a oito anos, chegando a 6% quando a adolescente estuda entre 9 e 11 anos.

Uma questão relevante a ser estudada é se no momento da gravidez as meninas já não freqüentavam a escola, ou interromperam os estudos em decorrência da maternidade. A baixa escolarização seria causa ou consequência de uma gravidez precoce?

Embora na literatura encontramos relatos que a maioria das gravidezes entre as adolescentes acontecem quando elas já deixaram a escola, os dados são insuficientes para avaliar o percentual de meninas que ficaram grávidas freqüentando a escola, e após o nascimento dos filhos não retomam os estudos; e o percentual das meninas que no momento da gravidez já se encontravam fora da escola.

Nesse caso, a interrupção dos estudos, que tem como consequência o baixo nível de instrução, deve ser explicado por outros fatores como, por exemplo, questões econômicas que dificultam o acesso e manutenção das crianças e adolescentes na escola, falta de perspectivas profissionais por parte dos jovens e até mesmo as representações culturais e sociais em torno da maternidade e da situação conjugal em nossa sociedade.

Em estudo realizado na favela de Vigário Geral (Rio de Janeiro), Monteiro (2002, p.70) demonstra que as “(...) *representações sociais relativas ao significado da situação marital e da maternidade também colaboram para a interrupção dos estudos*”. No estudo de Monteiro (2002), fica evidente que o casamento e a maternidade são valores centrais no projeto de vida dos adolescentes pesquisados, sendo recorrente a vida conjugal e a

maternidade em idade precoce. A vida conjugal possibilita, em muitos casos, a saída da casa dos pais. Embora na “sua casa”, a mulher continue exercendo atividades semelhantes às realizadas na casa dos pais (lavar, cozinhar, arrumar, cuidar das crianças, etc), tais compromissos ganham um novo significado. Esse novo compromisso é capaz de alterar o status social da mulher, que passa de filha para esposa e/ou mãe. Percebemos, portanto, que diferentemente da realidade feminina das camadas médias e altas, nas quais a passagem para a vida adulta está associada à profissionalização e à independência financeira, nas camadas populares tal passagem está vinculada à reprodução do papel feminino tradicional (Monteiro, 2002; Desser, 1993).

Em muitos casos, a gravidez acaba sendo o único projeto de vida de muitas adolescentes, que acreditam que através da maternidade e um provável casamento possam melhorar de vida, se livrar de ambientes opressores, aumentar a auto-estima ou simplesmente projetarem no filho um ideal de vida.

A maternidade/paternidade precoce em muitos casos implica no abandono dos estudos trazendo como consequência uma grande dificuldade de profissionalização desta parcela, que terá maiores dificuldades de ingressarem-se no mercado de trabalho. Muitas jovens abandonam a escola quando ficam grávidas ou logo após o nascimento do bebê, os parceiros em muitos casos também abandonam os estudos pela necessidade de trabalhar para sustentar o filho. Dificilmente estes jovens terão boas oportunidades no mercado de trabalho.

Por outro lado, o adiamento deste projeto assegura aos jovens mais tempo para adquirir educação e desenvolver aptidões que realcem sua capacidade de cuidar da família e de concorrer no mercado de trabalho. Segundo Rodrigues (1995, p.22):

(...) a gravidez prematura realmente é um grande problema para a jovem mãe, porque os encargos da maternagem comprometem sua formação profissional, que é crucial para a obtenção de autonomia econômica, indispensável no processo de sua emancipação política, em que ela poderia reduzir os

obstáculos oriundos da discriminação sexual, que as mulheres brasileiras enfrentam no mercado de trabalho.

De acordo com Rodrigues a questão econômica está intrinsecamente correlacionada à questão da gravidez precoce. Quando introduzimos esta variável para o estudo do fenômeno da gravidez na adolescência, percebemos que o fator idade (10-19anos) deixa de ser o principal problema no que diz respeito às conseqüências de uma gravidez precoce e o *status* sócio econômico dos pais da(o) adolescente grávida, é que irá influenciar aspectos fundamentais: acesso a saúde, pré-natal, condições de educação para as crianças etc.

Para alguns autores (Cezar, 2000; Bastos,1998), o problema não é ser mãe na adolescência, mas sim em condições de pobreza que não permitam o desenvolvimento seguro da gestação e geração de um filho. Segundo BASTOS (1998, apud Miranda, 2000, p.35):

(...) a tese de gravidez de risco para a adolescente já não existe mais. A mãe e o bebê sendo adequadamente acompanhados, não correm risco algum. Com um bom pré-natal, será uma gravidez como outra qualquer. A incidência de bebês prematuros e com baixo peso é quase idêntica à da população adulta. (...) Quando uma adolescente grávida recebe uma boa atenção pré-natal, obtém-se os mesmos resultados obstétricos e perinatais de uma paciente adulta que recebe a mesma atenção.

No mesmo caminho, os estudos de Cezar (2000) apontam para o efeito pobreza como explicativo da mortalidade neonatal dos filhos das adolescentes. A autora realizou pesquisa em Belo Horizonte para testar a hipótese de Geronimus, segundo a qual a maior mortalidade neonatal de crianças filhas de mães adolescentes está relacionada ao baixo *status* sócio-econômico destas mães, e não à idade das mesmas.

Os aspectos fisiológicos que determinariam uma gravidez de alto risco entre adolescentes, tais como; peso, altura, estado nutricional e desenvolvimento do aparelho reprodutivo, são

agravados pelas condições sócio econômicas e culturais nas quais está inserida a adolescente. Desse modo, as condições sócio econômicas precárias nas quais vivem estas adolescentes servem para explicar o maior risco de morte neonatal entre os filhos destas mães.

Segundo Viçosa (1993), estar grávida na adolescência não implica, necessariamente, em gravidez de risco. O fato significativo é que, como a maioria das gravidezes entre adolescentes acontece em situações não planejadas, as mesmas procuram o pré-natal muito tardiamente, seja por falta de informação, acesso aos serviços ou como ressalta a autora por medo de que sejam obrigadas a interromper a gravidez nos primeiros meses.

CAPÍTULO iii- Revisão da Literatura

3.1. Gênero , sexo , sexualidade: uma abordagem teórica

Partindo do pressuposto que o fenômeno da gravidez na adolescência é um problema social, nosso objetivo é tentar levantar alguns pontos que possam explicar a gravidez nesta etapa da vida. Se optarmos por este caminho, devemos estar cientes da importância de analisarmos a questão de gênero que perpassa o tema, uma vez que o comportamento sexual e reprodutivo de homens e mulheres, em uma sociedade, está fortemente associado à compreensão do uso da categoria gênero, que pode ser usada como pano de fundo para se fazer uma leitura do corpo e da sexualidade. Sendo uma construção social, podemos caracterizar a relação de gênero no Brasil como sendo marcada por uma forte assimetria de poder, fruto de nossa herança patriarcal, que influenciou e ainda influencia, exerce um forte controle sobre a sexualidade e a reprodução feminina.

Tendo isto em vista, este capítulo será dedicado à discussão da construção da identidade feminina, a partir de um contexto de transformações da década de 60 (urbanização, liberalização dos costumes, o advento da pílula, etc.) e suas repercussões no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes nas décadas subseqüentes.

As questões de gênero ganharam centralidade nos debates teóricos, principalmente nas décadas de setenta e oitenta. Nos anos setenta, as discussões tomavam como suposto a universalidade da dominação masculina e se debruçavam na busca das causas e origens de tal fato. As dicotomias natureza/cultura, privado/público eram utilizadas como categorias analíticas para elaborar hipóteses que dessem conta de explicar a condição subordinada da mulher. O principal objetivo era tentar desviar das teorias que explicavam tal fenômeno sob o prisma do determinismo natural/biológico. É válido destacar que esta preocupação está inserida em um projeto político de emancipação da mulher:

(...) A coletânea organizada por Rosaldo e Lamphere foi a primeira, entre as publicadas na década de setenta, com o objetivo de responder às inquietações intelectuais das militantes feministas, que cobravam da academia uma explicação científica para a dominação masculina no Ocidente. (Lasmar, 1997, p.77)

Desse modo, a antropologia de gênero da década de setenta buscou em Beauvoir (1980) o ponto de partida para as discussões do fato da universalidade da dominação masculina nas sociedades humanas. Na perspectiva de Lasmar (1997), autoras como Rosaldo e Lamphere tomavam como indiscutível a posição subordinada das mulheres em todas as sociedades.

Segundo as autoras, a idéia da coletânea objetivou fazer uma revisão crítica da universalidade da subordinação feminina, uma vez que tal divisão deve ser entendida como um produto cultural (Rosaldo & Lamphere, 1979).

A maioria dos artigos tenta elucidar a teoria do Status secundário da mulher, apontando sugestões para o futuro.

Rosaldo (1974) empreende esforços para explicar a origem daquilo que ela compreende como "*(...) desigualdade universal nas avaliações culturais dos sexos*". Segundo a autora, mesmo em sociedades onde é creditado poder e prestígio às mulheres em relação aos homens as mesmas sempre são avaliadas secundariamente.

Toda sociedade conhecida reconhece e elabora algumas diferenças entre os sexos e embora haja grupos onde os homens vestem saias e as mulheres calças, em especialmente associadas com as mulheres ou com os homens (...) o que talvez seja mais notável e surpreendente é o fato de que as atividades masculinas, opostas às femininas, sejam sempre reconhecidas como predominantemente importantes e os sistemas culturais dêem poder e valor aos papéis e atividades dos homens". (Rosaldo, 1974, p.140)

Ao tomar como base a dominação masculina, a autora se preocupou em conceituá-la, partindo das concepções weberianas de poder e autoridade. Desse modo, sustentou a idéia do domínio masculino enquanto universal sob três pilares: a autoridade (poder formal) está concentrada nas mãos dos homens; o exercício do poder por parte das mulheres repousa, culturalmente, como subversivas, desviantes e anômalas; decorrem, deste último fato, as representações culturais da mulher como um ser perigoso e impuro. Uma vez traçada a idéia da subordinação social da mulher era necessário investigar suas causas e origens.

Dois aspectos importantes devem ser destacados: embora reconheça o fato universal da autoridade masculina, a autora não nega a importância feminina, destacando os tipos de poder que estão à disposição das mulheres, explicita também as razões pelas quais eles têm sido tradicionalmente ignorados. Da mesma forma, não desconsidera os aspectos biológicos, reconhecendo que a sociedade esteja constringida e dirigida em seu desenvolvimento por fatores da natureza física. No ponto de vista de Rosaldo, (1974):

A pesquisa biológica pode ilustrar a ocorrência nas tendências e possibilidades humanas, mas não pode considerar a interpretação desses fatos numa ordem cultural. Pode contar-nos sobre a proporção das dotações dos grupos ou de indivíduos particulares, mas não pode explicar o fato de que em todos os lugares as culturas têm determinado o Homem como uma categoria oposta à Mulher em valor social e importância moral.

Dessa forma,

(...) a posição da mulher não é biologicamente determinada, então é um produto cultural que pode ser alterado. Dizer que o status secundário da mulher é universal não significa ser necessário ou justo. Ao contrário, segundo a biologia, a mulher dá a luz e amamenta os filhos. Mas as consequências culturais e sociais deste fato - a mulher ser considerada como esposa e mais especificamente como mãe, ter sua vida definida em

termos das funções reprodutoras e ter sua personalidade formada através dos laços com a "mãe" que por sua vez é mulher - todos esses, são produtos humanos que sentimos serem responsáveis pelo status secundário da mulher, além disso, propomos que ela esteja sujeita e passível de mudança (Rosaldo, 1974, p. 131)

Uma vez que considera insustentáveis os relatos que tentam explicar as relações desiguais entre os sexos enquanto universal e necessário, a autora irá buscar na oposição entre a esfera doméstica e pública a chave para o entendimento do universalismo da dominação masculina.

Rosaldo toma essa ditomia como uma realidade quase universal, onde o fato das mulheres dedicarem grande parte da vida adulta para a geração e criação dos filhos irá determinar diferenças das atividades nas esferas domésticas e públicas que, em última instância, servirá para traçar o contorno de vários aspectos - culturais, psicológicos, sociais e econômicos - da estrutura social no que se refere às questões de gênero.

Desse modo, a oposição sustenta uma identificação universal das mulheres com a esfera doméstica e dos homens com a esfera pública.

O papel de mãe prenderia as mulheres - física e psicologicamente aos filhos e ao lar - restringindo a participação das mesmas em atividades econômicas e políticas (espaço público). Os homens, por sua vez, ao passo que não teriam um único comprometimento tão duradouro, como o da mulher com seus filhos pequenos, estariam livres para ocupar o espaço público (Rosaldo, 1974).

Embora não faça uma apologia da necessidade desse arranjo, a autora acredita que o mesmo é capaz de oferecer a estrutura necessária para estudar papéis femininos e masculinos em toda a sociedade.

Da mesma forma, Chorodow (1974) desenvolve uma teoria, sob uma perspectiva psicanalítica, que aponta para o fato de que o papel universal das mulheres, de mães e responsáveis pelos cuidados dos filhos pequenos seria um fator decisivo na experiência discriminativa no desenvolvimento masculino e feminino. A autora mostra como o contato com a figura feminina irá refletir de maneira distinta na experiência dos sexos: há continuidade da experiência do crescimento feminino, já que a menina torna-se mulher ao seguir os passos da mãe; no caso masculino, o que marca esta experiência é a descontinuidade.

A experiência do homem falha nessa continuidade, ele pode ser arrancado da esfera doméstica onde passou sua infância, por meio de uma série de rituais ou iniciações que o ensinaram a rejeitar e desprezar o mundo de sua mãe e a procurar sua virilidade fora do lar. (Chorodow, 1974, p. 45)

Para as meninas o *status* feminino surge então, naturalmente, no qual as cerimônias de iniciação parecem ser mais uma celebração de desenvolvimento natural e biológico do que propriamente algo para ser colocado em prova a feminilidade. De maneira contrária a iniciação masculina é marcada pela provação e "*tornar-se homem*" é visto como um feito.

No que diz respeito à origem da dominação masculina, Rosaldo creditava à divisão da vida social entre público/privado a responsabilidade da posição subordinada da mulher. Ortner (1974) compartilha da posição secundária das mulheres e constrói sua teoria com base nesta suposição, avançando nos estudos que tentam dar conta da posição hierarquizante explícita na separação entre os domínios público e privado. Para a autora, a ligação da mulher à esfera privada e a própria natureza fisiológica feminina serviriam para identificá-la no âmbito da natureza, portanto em posição inferior ao homem que estaria ligado à idéia de cultura, superior. A autora argumenta que o status secundário da mulher:

(...) poderia ser considerado, simplesmente, postulando-se que as mulheres são identificadas ou simbolicamente associadas com a natureza, em oposição aos homens que são identificados com a cultura. Uma vez que o plano da cultura é sempre

submeter e transcender a natureza, se as mulheres são consideradas parte dela, então a cultura achará "natural" subordiná-las, para não dizer oprimi-las (Ortner, 1974, p.95)

Podemos perceber que o argumento de Ortner e Rosaldo, longe de alcançar uma explicação para a dominação masculina, fora da perspectiva biológica do sexo, reforça tal idéia. Na perspectiva de Lasmar (1997, p.82), a hipótese de Ortner "(...) leva à conclusão de que as diferenças biológicas entre os sexos estariam na raiz da subordinação feminina, ainda que a cultura atue como intermediária entre os fatos brutos da biologia e as concepções ideológicas legitimadoras da dominação".

Na década de oitenta, o eixo do debate se desloca do universal para o particular. A perspectiva relativista ganha espaço em detrimento das teorias universalistas que sofrem duras críticas. A noção de dominação masculina como fato universal é posta em xeque, ganhando espaço as vertentes teóricas que buscavam explicações para a assimetria sexual em contextos particulares. Desse modo, na década de oitenta, as teorias que propunham a universalidade simbólica entre mulher e natureza, e que teve em Ortner (1974) seu principal expoente, sofre duras críticas. A primeira delas, de caráter epistemológico, colocou à prova a própria utilização dos conceitos de natureza e cultura, enquanto categorias analíticas. Na perspectiva de Lasmar (1997, p.91):

(...) um ponto frágil das análises que elegeram a dicotomia natureza/cultura como ponto de partida era de não levar em consideração as variações culturais dos conteúdos simbólicos da dicotomia (...) As categorias natureza e cultura não deveriam ser utilizadas analiticamente sem referência aos contextos que lhes confere significado.

De modo análogo, o uso da dicotomia público/privado que foi enfatizado na década anterior como chave para os estudos de gênero é, agora, alvo de críticas. A própria Rosaldo (1980), em uma revisão de seus estudos anteriores, nos quais havia proposto a utilização de tal

dicotomia para se entender as questões de gênero, abandona tal perspectiva reconhecendo que a postura anterior não permitia enxergar as singularidades culturais. Esta revisão teórica permite a ênfase no ator social enquanto objeto de estudo, permitindo a análise de sociedades particulares e evitando questões universais:

(...) de objeto coerente, fechado e totalizante, a cultura passava a ser vista cada vez mais como um sistema onde há espaço para perspectivas e práticas não-dominantes, uma arena de possível confronto ou negociação entre ideologias e interesses divergentes. Essa visão abria espaço para a agência e a intencionalidade, incorporava a mudança social como tema de análise e redimensionava a questão da dominação masculina. (Lasmar, 1997, p.104)

É válido ressaltar que as oposições público/privado, natureza/cultura, não desapareceram por completo do debate teórico, mas sim perderam a centralidade como categorias analíticas capazes de explicar as questões da assimetria entre os gêneros, uma vez que não se buscava modelos totalizantes e universalistas para dar conta da diferença entre homens e mulheres, mas sim modelos que levassem em consideração aspectos particulares da cultura.

3.2. Sexo e Gênero: uma distinção conceitual

Devemos destacar o debate teórico marcado pela oposição entre a perspectiva do essencialismo e do construtivismo. Em um primeiro plano, se estabelece uma distinção clara entre as duas posturas onde:

(...) nas trincheiras do essencialismo viceja a convicção de que há algo inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual, que conduz as ações (...)
O construtivismo social reúne abordagens que buscam problematizar a universalidade deste instinto sexual (Heilborn, 1999, p.09)

Em um segundo momento, o construtivismo social como postura metodológica irá apresentar variantes internas que podem tomar a forma de uma abordagem cultural mais moderada ou mais enfática.

Não compartilharemos em nosso trabalho da abordagem naturalista, a qual utiliza o determinismo biológico e a universalidade dos papéis de gênero, para analisar sexo, sexualidade e gênero. Partiremos de uma perspectiva construcionista - sem entrar nas tensões internas do paradigma do construtivismo social, onde sexo, gênero, sexualidade e identidade sexual são vistos como uma construção social e histórica, ou seja, "*(...) ser homem ou ser mulher não é dado pela natureza, mas é, antes, uma forma de classificar os seres humanos definida em cada cultura a partir de significados culturalmente construídos*" (Martinez, 2002, p.137). Sendo assim "*(...) a sexualidade não possui uma essência a ser desvelada, mas é antes um produto de aprendizado de significados socialmente disponíveis para o exercício dessa atividade*" (Heilborn, 1999, p.137), em conseqüência "*(...) a identidade sexual, como modo de significação dos próprios sujeitos a respeito das diversas formas de verdade sobre o sexo, ganha sentido somente nos diferentes contextos históricos e culturais*" (Martinez, 2002, p.138).

O primeiro ponto que devemos salientar é a necessidade de estabelecer um conceito, bem como uma fronteira entre o sexo e gênero. Se usarmos sexo e gênero como sinônimos, estaremos reforçando a crença de que o sexo biológico é responsável pelos atributos de homens e mulheres, portanto, para entendermos o conceito de gênero devemos desvinculá-lo da esfera do biológico. Pois, "*(...) gênero se refere à construção social do papel da mulher e do homem e as relações estabelecidas entre eles*". (Bandeira, 1999, p.185).

O sexo pode ser visto como um dado da natureza biológica que dicotomiza o gênero humano entre fêmeas e machos e que se circunscreve aos órgãos de reprodução humana, (Bandeira, 1999), sendo os homens sujeitos capazes de fecundar e as mulheres sujeitos capazes de procriar. Os atributos psicológicos e sociais são também dicotomizados com o objetivo de

delimitar a esfera do masculino e do feminino, e tidos como consequência natural da ordem biológica. Desse modo:

A fêmea ficou restrita à relação de complementaridade, designada como natural, uma vez que ligada à reprodução vale dizer, à procriação da espécie, que limita, reduz ou classifica as relações entre os sexos como sendo do domínio da heterossexualidade procriativa. Portanto, desse tipo de complementaridade anatômica e psicológica fundadora, decorreu naturalmente, um conjunto vasto de outras complementaridades, tanto de ordem histórica, política, ética, psicológica quanto sociocultural. (Bandeira, 1999, p.182)

O conceito de gênero, por sua vez, nasce da crítica à idéia de naturalidade do que é ser homem ou mulher. Essa crítica do essencialismo permite se pensar que os gêneros são construídos socialmente, a construção da identidade de gênero é distinta do sexo biológico, enfatiza o caráter cultural e simbólico das idéias de feminino e masculino são enfatizados. Na mesma linha, Soares e Aguirre (2002, p.13) destacam que,

(...) Tornar-se um gênero é, todavia, um impulsivo e, ainda assim atento processo de interpretação da realidade cultural carregada de sanções, tabus e pressões (...) Escolher um gênero consiste em interpretar normas de gênero recebidas de forma que se possa reproduzi-las de novo.

Se amamenta e engravidar estão ligadas à uma condição biológica que só pode ser exercida pelo sexo feminino, as tarefas de cuidar dos filhos, lavar, passar cozinhar são construídas socialmente, sendo, portanto, relacionadas à distinção entre os gêneros. Segundo Goldani (1999, p.58) “(...) cada sociedade inscreve e normatiza atributos de condutas masculinas e femininas que vão, até mesmo de forma estereotipada, construindo as relações de gênero”. Corroborando, SAFFIOTI (1992, apud Soares & Aguirre, p.222) argumenta que “(...) gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é também a maneira primordial de significar relações de poder”.

Desse modo, percebemos que as relações de gênero exprimem as relações de poder, onde as mulheres estão em posição subalterna na organização social, pois o poder é distribuído de maneira desigual entre os sexos. (Soares e Aguirre, 2002.)

Partindo do pressuposto que gênero é uma construção social e que as relações de poder se expressam através das relações de gênero, faz-se necessário analisar as implicações desta assimetria na esfera familiar e sua relação com comportamento reprodutivo.

3.3. Transformações sociais e de gênero no século XX

"Sociologicamente a família moderna surgiu junto com o desenvolvimento da sociedade capitalista moderna, mais tarde industrial moderna, na qual se processou uma redefinição não só das relações entre as classes mas também de gênero" (Vaitsman, 2001, p.13). A família privatizou-se, circunscrevendo a mulher à esfera da casa - reprodução, afazeres domésticos e cuidado dos filhos- oposto à esfera do público, mundo masculino.

A reclusão feminina ao espaço doméstico e privado estabelece, hierarquicamente, as fronteiras entre feminino e masculino em termos de socialização e comportamento. O individualismo, com os ideais universalistas de igualdade e a liberdade, esteve fortemente associado ao processo de construção dos gêneros:

(...) que cerceou a liberdade das mulheres e impediu que a igualdade e as conquistas da cidadania inicialmente também se estendessem a elas, que eram legalmente subordinadas aos maridos. Neste sentido, o Individualismo conformou-se concretamente a um individualismo patriarcal, legitimando as relações hierárquicas entre homens e mulheres, nas esferas pública e privada (Vaitsman, 2001, p.14).

Com o desenvolvimento da sociedade moderna, o casamento e a família moderna entraram em crise, principalmente devido ao abalo da estrutura sob as quais estavam assentadas tais instituições: a divisão sexual do trabalho e a dicotomia entre público e privado atribuída segundo o gênero. A partir da entrada das mulheres na esfera pública, suas aspirações não se restringiam mais ao casamento e aos filhos. Desse modo, "*(...) o individualismo patriarcal foi abalado e a igualdade entre homens e mulheres colocou-se como possibilidade social*" (Vaitsman, 2001, p.16).

Neste contexto de mudanças sócio-econômicas, tecnológicas e culturais que se difundiram e se aprofundaram, no Brasil, a partir da década de setenta, a identidade de homens e mulheres também foi atingida. A flexibilidade na dicotomia funções públicas/ masculinas e privadas/ femininas ganha destaque em contraste com a rigidez anterior.

É válido ressaltar que Roberto DaMatta foi o primeiro a formalizar a idéia desta oposição binária rua/casa, que enquanto categorias sociológicas implicam oposição e também gradações. Segundo DaMatta (1981), em casa a hierarquia da idade (mais velhos) e do sexo (homens) prevalecem naturalmente. Já na rua, a hierarquia é menos visível, tendo o indivíduo de descobrir ou localizar os eixos fundantes da mesma - para não violar hierarquias não sabidas ou não percebidas.

Desse modo, temos de um lado casa/mulher/reprodução e do outro lado rua/homens/produção, onde em última instância estaríamos tratando das esferas público/privado (Arendt, 2000). De acordo com esta autora, baseando-se na experiência helênica, a dimensão do privado estaria relacionada a atividades ligadas ao universo da produção e da reprodução. Somente quando as dificuldades relacionadas à sobrevivência da espécie estivessem superadas é que o indivíduo poderia ser alçado ao mundo público, ou seja, da participação política. Pode-se dizer, portanto, que o caráter negativista do universo privado diria respeito, basicamente, à potencial ausência do indivíduo no universo da discussão política.

A emergência do mundo moderno deslocou as atribuições de manutenção da vida (produção de alimentos e reprodução da espécie), antes restritas ao universo da família (privado) para o espaço público. Neste sentido, o universo da produção e da reprodução abandonaram a esfera estritamente familiar e passaram a ser objeto de interesse coletivo.

(...) com a ascendência da sociedade, isto é, a elevação do lar doméstico (oikia) ou das atividades econômicas ao nível público, a administração doméstica e todas as questões antes pertinentes à esfera privada da família transformaram-se em interesse coletivo. (ARENDETT, 2000, p. 42)

Neste aspecto da modernidade, há que se destacar como as questões referentes ao âmbito da sexualidade ganham, cada vez mais, a esfera pública vis a vis a interferência do Estado, corporificação maior da esfera do mundo público, em questões ligadas à reprodução. A mídia também exerce forte influência na publicização do sexo, na imagem erotizada, principalmente, do corpo feminino.

Desse modo, as representações e identidades de gênero oscilam entre o tradicional e o moderno. Este, apresentando representações modernizantes do masculino e do feminino à medida em que questiona a divisão de papéis, a dupla moral sexual, a proibição da contracepção e a hierarquia presentes na representação tradicional, colocando em evidência a igualdade de direitos entre os sexos, o reconhecimento da sexualidade de crianças e jovens, a queda do tabu da virgindade, o direito à informação, entre outros.(Afonso, 2001).

É válido ressaltar que, se por um lado a igreja reafirma o discurso tradicional, através da oposição ao uso de medidas de anticoncepção, por outro lado a mídia enuncia um discurso modernizante e igualitário, onde era possível para as mulheres unir as várias dimensões de sua participação na família e na sociedade. No mesmo sentido, o movimento feminista denuncia a discriminação e empreende uma luta por igualdade de direito entre os sexos, tanto na esfera pública, quanto na privada. Desse modo, várias publicações da década de 70- com base na

demanda das militantes femininas - tentam explicar cientificamente a dominação masculina no mundo ocidental.

Segundo Afonso (2001, p.221):

(...) a partir dos anos sessenta, o questionamento dos valores tradicionais e hierárquicos sobre as relações de gênero e a vida reprodutiva provocou um desmapeamento das regras e expectativas e instigou o aparecimento de novas representações, se hoje a geração de adolescentes tem ao seu alcance uma quantidade maior e mais sofisticada de informações técnicas sobre sexualidade e vida reprodutiva, também é herdeira dos mapas contraditórios e das continuidades da crise de gerações anteriores.

No Brasil, durante a década de 80, grandes esforços foram tomados para obter maior integração entre o planejamento familiar e saúde da mulher, porém os aspectos reprodutivos continuaram em primeiro plano, deixando de lado mais uma vez, uma visão de saúde mais geral e uma atenção mais especial quanto à saúde da mulher.

Apesar de se iniciar a discussão sobre saúde reprodutiva, o papel do homem e a questão do gênero não entraram na pauta de discussão. Durante as duas décadas subseqüentes, muitas questões foram colocadas e muitas transformações surgiram, principalmente devido ao movimento organizado das mulheres, que lutaram e lutam pela democratização das discussões referentes à saúde. Este movimento resultou na inserção do homem no debate, incluindo os temas referentes à sexualidade, no sentido de tê-la de modo prazeroso, saudável e com as possibilidades de escolha de quando e quantos filhos ter ou da escolha de não tê-los.

Um marco na evolução da abordagem à saúde da mulher foi a adoção, no Brasil, do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Na base desse programa estão definidos os quatro componentes fundamentais de atendimento à saúde integral da mulher:

pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e planejamento familiar. Notamos que o planejamento familiar passa a ser, não mais o único, mas um dos aspectos a serem considerados no atendimento à saúde da mulher. Se no campo teórico os serviços devem ter a mesma prioridade, na prática constatamos que os dois primeiros são prioridades, colocando em segundo plano as questões referentes às DST's e ao Planejamento Familiar.

A atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significavam incorporar a mulher em todo o seu ciclo vital considerando a adolescência e o climatério e incluir os homens, ainda está no campo teórico, e tem sido efetivado em poucos serviços” (Declaração de Beijing, 1996)

Apesar da reorientação dos programas, com esforços voltados para um atendimento mais integrado e que significasse melhoria de atendimento e qualidade de vida das usuárias, os aspectos reprodutivos não eram privilegiados e as questões de gênero não eram foco de discussão, sendo, as mulheres objetos dos programas e os homens completamente ignorados. É nesse momento que a categoria gênero surge nos debates, uma criação das intelectuais mulheres, para ser usado como instrumento metodológico capaz de dar conta da nova realidade que incorporava cada vez mais as mulheres no domínio público.

A década de 90 irá vivenciar marcos importantes para o entendimento das questões ligadas à saúde reprodutiva, que passou a ser considerada

(...) como um direito de homens e mulheres desfrutarem de uma sexualidade prazerosa, livre de riscos de doenças provocadas pelo exercício da sexualidade e de terem filhos no número e no tempo desejado, ou simplesmente não tê-los. (Galvão & Díaz, 1999, p.16).

O termo saúde reprodutiva traz em seu encaixe alguns outros que são na mesma proporção imprecisos e importantes: direitos reprodutivos, direitos sexuais, saúde sexual e direito sexual. Segundo Azeredo & Stolcke (1991, p.06):

Por direitos reprodutivos se entendem os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidades pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade. Geralmente, são as mulheres as exclusivamente responsáveis pelas conseqüências do exercício da sexualidade. Para elas, é novidade reconhecer que têm direitos de decidir sobre sua reprodução e que podem exigir dos homens compartilhar responsabilidades com elas, reivindicando que eles sejam incluídos na regulação da fecundidade.

O termo surgiu explicitamente com a criação da Rede Mundial dos Direitos Reprodutivos das Mulheres, em 1979. Anteriormente, em 1968, na I Conferência Mundial de Direitos Humanos em Teerã, reconhece-se a questão dos direitos reprodutivos no campo dos direitos humanos, ou seja, não importava o sexo, gênero, religião, idade, etnia ou grupo social do indivíduo, a todos devem ser garantidos direitos neste campo, devendo ser asseguradas as condições para o exercício pleno dos mesmos.

Podemos considerar que tal fato representa um grande avanço no sentido da incorporação progressiva da reprodução como campo legítimo de aplicação dos direitos humanos. As conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995) foram de fundamental importância para refinar os conceitos de saúde sexual e reprodutiva, e direitos sexuais da mulher. Nesta segunda, enfatizou-se a necessidade da inclusão do conceito de gênero e a igualdade entre os sexos como temas prioritários para o avanço nas questões referentes à melhoria da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres

Alguns trechos da Declaração de Beijing são esclarecedores no que diz respeito à busca de equidade entre homens e mulheres nas organizações familiares, bem como nas questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva, por exemplo:

A igualdade de direitos, oportunidades e acesso aos recursos, divisão equitativa das responsabilidades familiares entre homens e mulheres e uma parceria harmoniosa são fundamentais ao seu bem-estar e ao de suas famílias, bem como para a consolidação da democracia. (Declaração de Beijing, 1996, p.28).

Apesar de já vislumbrarmos alguns avanços no que se refere às questões de gênero em nossa sociedade, a construção social em torno do masculino e feminino ainda está fortemente demarcada. Segundo Afonso (2001, p.226),

(...) a flexibilização das representações e papéis de gênero não anula necessariamente uma ordem hierárquica onde as identidades de gênero são construídas. Também a dupla moral pode se modificar em direção a uma maior tolerância de práticas sexuais podendo, ou não, acompanhar mudanças substanciais na relação de hierarquia.

Se por um lado temos a associação da mulher à esfera privada, familiar, ligada à reprodução, portanto à maternidade, do outro temos o masculino, que tem sua identidade assentada na esfera pública, do homem provedor e protetor da família. A mulher é socializada para casar e ter filhos, a função da sexualidade reduz-se à esfera da procriação, e o homem é reconhecido como aquele que exerce o papel dominante (Bandeira, 1999). As relações estabelecidas entre homens e mulheres em nossa sociedade têm-se firmado na base da desigualdade e da iniquidade, estando as mulheres, na maioria das vezes, subordinadas às decisões dos homens. Segundo Vaitsman (2001, p.20), na condição contemporânea,

(...) Por um lado, a dicotomia público/privado e a associação mulher/natureza/procriação/esfera doméstica vem se tornando, teoricamente, "desfuncionais" não só devido ao lugar que as mulheres passaram a ocupar no mundo do mercado e da política, mas também devido à própria situação de domínio da biologia, da natureza. Por outro lado - mesmo nas condições do capitalismo avançado - na prática as mulheres ainda têm sido as principais responsáveis pela procriação e pela esfera da reprodução doméstica.

Corroborando Vaitsman, Diaz destaca que, apesar de já vislumbrarmos mudanças, ainda é recorrente a associação entre masculino/superior e feminino/inferior, fazendo com que se perpetuem “(...) de geração em geração, as relações desiguais de poder em torno de quatro eixos: a sexualidade, a reprodução o trabalho e o poder público”. (Díaz, 1999, p.227)

3.4. Sexualidade e Gênero

Parte das teorias que abordam a questão da sexualidade tem como marco de referência as noções formuladas pela teoria freudiana. Segundo Freud (1905), a atividade sexual é expressão de uma "*poderosa pulsão*", de origem biológica, onde estariam em choque duas forças: o indivíduo que procura a todo custo satisfazer seus desejos; e a sociedade que através de constrangimentos exteriores ao indivíduo, procura controlar seus instintos. A repressão dos instintos, principalmente pela socialização vivida na família, levaria os indivíduos a canalizar suas pulsões para a sexualidade genital e heterossexual.

A conceituação do termo sexualidade esteve, durante muito tempo, atrelada ao ato sexual. Sua prática visava somente à reprodução, a sexualidade era vista como uma dimensão biológica, um instinto, um impulso oriundo da natureza (Bandeira, 1999). A partir das mudanças que vêm ocorrendo na percepção dos corpos masculinos e femininos podemos fazer uma leitura da sexualidade para além da visão reprodutivista.

(...) ao falarmos do alargamento da sexualidade nos corpos reconhecemos a existência de necessidades, libidos e desejos que não se restringem às “zonas erógenas”, genitais tradicionais mas, que buscam outras formas de prazer e de gozo, da satisfação da libido independentemente do exercício da função reprodutiva e que podem transcender aos papéis de gênero tradicionais. (Bandeira, 1999, p.193)

Podemos identificar dois fatores decisivos que contribuíram para reforçar a não identificação entre sexo e sexualidade, e possibilitar o reconhecimento de outros espaços para o exercício da sexualidade para além dos casamentos legais. Primeiramente, o advento da pílula, que permite o sexo sem procriação, e por outro lado o aparecimento e desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas (bebês de proveta , banco de espermatozóides, mães de aluguel) que permitem a " reprodução" sem sexo. A evolução e desvinculação de sexo e reprodução abriu a possibilidade de reconhecer que pessoas não legalmente casadas possam ser sexualmente ativas. Nogueira & Grandino (1987, p.07):

"(...) as possibilidades proporcionadas pela ciência biológica(a de relacionar-se sexualmente o quanto quiser ou o quanto puder, desvinculando o sexo da procriação: e a procriação desvinculada do sexo através da técnica que permitem a manipulação exclusiva , atomizada , do espermatozóide e do óvulo) são algo inédito no decorrer da história da humanidade.(...)"

Percebemos então que as atitudes de homens e mulheres em nossa sociedade, no que diz respeito a sexo e sexualidade, são demarcadas pela a construção histórico cultural em torno de gênero e sexualidade. A sexualidade pode ser tomada como um componente universal da experiência humana no sentido de existência, mas seu exercício não se dá segundo modalidades universais, sua expressão é sempre situacional, variando em diferentes contextos culturais.

Em todas as sociedades podemos encontrar leis, sanções e discursos que regulam o sexo e as práticas sexuais,

“(..) as relações que medeiam as práticas da sexualidade são criações culturais... essas relações visam não apenas a obtenção do prazer, mas também e, principalmente, a sustentação da identidade (e das fantasias de identidade) de gênero e das aspirações de poder”. (Bandeira, 1999, p.281)

Além das variações entre culturas, a sexualidade pode variar no interior de uma mesma cultura, conforme o grupo social. Segundo Torres (2002, p.52),

(...) o exercício da sexualidade e da sexualidade do adolescente em particular, é uma atividade socialmente construída e, como tal, referida a um determinado contexto, no qual os distintos atores lhe atribuem diferentes significados e representações. Como a sexualidade, o conceito de adolescência torna-se também questionável quando utilizado abstratamente, para nomear de forma indiscriminada pessoas que compartilham uma determinada faixa etária e certas características, tomadas como gerais..

Desse modo, podemos perceber a importância das variáveis: classe social, etnia e educação para a compreensão da sexualidade, do comportamento sexual e do fenômeno da gravidez na faixa etária da adolescência, visto que as experiências de homens e mulheres adolescentes irão variar segundo os valores e códigos que informam e ordenam a sexualidade dentro de cada grupo.

Partindo do pressuposto da construção de uma identidade de gênero, em um momento histórico de persistência de valores tradicionais ou hierárquicos paralelamente aos valores modernos ou igualitários, construímos nossa análise em torno de três eixos: a dupla moral

sexual, a expectativa de papéis e a assimetria de poder, tentando associá-los à maternidade na adolescência.

CAPÍTULO IV: Determinantes culturais da gravidez na adolescência

4.1. A Dupla Moral sexual e a prevenção da gravidez precoce

Embora distintos em cada cultura, o conjunto de normas que regulam a sexualidade “(...) *tem em comum, o tratamento diferenciado que é dado à sexualidade, quer seja exercida por mulheres quer seja por homens*”. (Villela, 1999, p.311). A distinção entre a sexualidade masculina e feminina na cultura ocidental está fortemente impregnada no nosso imaginário, traduzindo-se em preconceitos e discriminações nas relações sociais entre homens e mulheres. O estereótipo masculino, em nossa cultura, concebe os homens como ativos, agressivos e objetivos; as mulheres são tidas como passivas. Suárez (1999,

(...) o estereótipo parece inocente. Entretanto, tem repercussões muito concretas na valoração diferenciada dos gêneros, na construção da identidade individual e grupal, no desempenho de homens e mulheres.

A postura adotada pelas sociedades quanto à atividade sexual entre pessoas não unidas pelo casamento, em especial entre adolescentes, interfere na adoção de práticas contraceptivas. A atitude de tolerância ou condenação em muitas sociedades é feita de maneira distinta entre os sexos, o que irá refletir no comportamento sexual de homens e mulheres. Em sociedades que condenam as relações sexuais de mulheres solteiras, muitas vezes o mesmo comportamento nos homens é tolerado e em muitos casos incentivado, sendo associado ao símbolo de virilidade ou masculinidade.

Segundo Desser (1993, p.17),

(...) há certo consenso em que " ser adolescente" em sua concepção moderna deve significar viver um período, transitório e legítimo, de menor responsabilidade (com

referência a responsabilidade adulta frente ao trabalho, à família) combinada com uma maior liberdade (referida, em parte, a menor independência e, em parte, decorrente da menor responsabilidade) e certos direitos (à experimentação, à descoberta; o que deve incluir os âmbitos da efetividade e da sexualidade).

Segundo a autora, liberdade e direitos são mais restritos para as adolescentes do sexo feminino, principalmente no campo da sexualidade. Se para os adolescentes do sexo masculino a exploração heterossexual é considerada não apenas normal, mas até mesmo irredesjeável, para as adolescentes mulheres o exercício da sexualidade está associado com o momento da descoberta do "grande amor" ou do "homem com o qual se quer casar". (Desser, 1993).

Desse modo,

"(...) enquanto é socialmente admitido ao homem adolescente experimentação e erro ("coisas da idade"), nos quais ele pode treinar e experimentar sua criatividade, à mulher adolescente multiplicam-se os discursos e práticas que treinam sua aptidão ao papel que deve, sobretudo, assumir na sociedade: mãe e esposa, isto é, reprodutora - da vida e do social, antes que produtora - da vida e do social." (Desser, 1993, p.18)

A experimentação não parece, *a priori*, estar assegurada às mulheres. Tal fato faz com que muitas vezes, elas não admitam que têm vida sexual ativa, negando a necessidade de tomar medidas contraceptivas. Em caso de "erro", quando a experimentação resulta em uma gravidez, por exemplo, irão pesar sobre as mesmas discursos reintegradores e/ou punitivos. (Desser, 1993)

Segundo a autora, a dupla moral sexual persistente em nossa sociedade interfere na identidade feminina adolescente, que é construída sobre um discurso ambíguo e contraditório, ora

propiciando, ora interditando o exercício da sexualidade, percebida pelas adolescentes como normal em sua existência, mas problemática em sua vivência.

Frente à persistência de valores tradicionais que resistem à modernização, como, por exemplo, a interdição do sexo para mulheres solteiras, principalmente adolescentes, obriga as mesmas a encontrar formas de moralizar sua sexualidade. O principal recurso de normalização/moralização que as adolescentes lançam mão é a "*produção da inocência*" e a "*não-premeditação*" da relação sexual. Sendo assim, a justificativa para o intercurso sexual, principalmente quando resulta em uma gravidez, repousa na "*inocência*", "*amor e concessão ao parceiro*", "*exiguidade do número de parceiros*", "*não-premeditação da atividade sexual*" e, finalmente, "*fortuidade das circunstâncias*" em que se deu o envolvimento sexual.

A necessidade de moralização, via não premeditação da atividade sexual, interfere no comportamento das mulheres, principalmente no que diz respeito ao uso de medidas contraceptivas. Bastante ilustrativa é a frase de Carmem Barroso em entrevista ao semanário Isto É: "*(...) Se a garota carregar o diafragma na bolsa, tira a idéia de que ela transou por não resistir ao calor da paixão*". Corroborando Barroso, Desser (1993, p.60) aponta que para as adolescentes "*(...) o uso de contracepção desmoralizaria sua vida sexual, mesmo depois do desvirginamento, uma vez que implicaria consciência, premeditação, antes que cessão e sedução*". Assim, a adolescente nos anos noventa se reconhece como ligada a um grupo social que tem direito a uma sexualidade legítima, mas ao mesmo tempo orienta o exercício de sua sexualidade através de normas que suspendem o exercício consciente e programado da sexualidade.

Não podemos deixar de destacar que o não uso do preservativo aumenta a probabilidade da mulher contrair DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS, uma vez que esse método é atualmente o único capaz de oferecer um alto grau de proteção contra a infecção pelo HIV e outras DST's.

A maior vulnerabilidade da mulher em contrair DST está relacionada a fatores biológicos, sociais e assistenciais. A conformação anatômica do aparelho genital da mulher faz com que o risco de infectar-se em relações sexuais desprotegidas seja maior que o dos homens. Outro complicador é que os sintomas de DST nas mulheres (corrimento vaginal, dor no baixo ventre, etc) são freqüentemente tidos como normais à condição feminina, o que dificulta a detecção e o diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis.

Somando-se aos riscos biológicos estão os fatores socioculturais e os relacionados a assistência à saúde da mulher.

A dupla moral sexual, à medida que dita padrões de comportamentos sexuais distintos e interfere na expectativa de papéis, reforçando os valores tradicionais, interfere, em última instância, na prática reprodutiva de homens e mulheres.

As representações tradicionais de gênero, segundo as quais a jovem adolescente deveria mostrar-se "*inocente*" ou pelo menos denotar uma não-premeditação do ato sexual, agiria como filtro para controle de informação e, conseqüentemente, o uso de medidas contraceptivas. (Desser,1993). As diferenças acentuadas de gênero, em nossa sociedade, que prescreve direitos e deveres distintos para homens e mulheres, principalmente no âmbito da sexualidade, irá traduzir-se em diferenças de procura, acesso, decodificação e uso da informação sobre sexualidade e vida reprodutiva.

Em pesquisa realizada entre adolescentes de 14 a 20 anos em Belo Horizonte, Afonso (2001, p.215) destaca que:

(...“ as mulheres mostram scores de informação mais altos do que os homens, talvez por que sejam em nossa cultura, consideradas responsáveis pela questão da concepção e da contracepção. Quando se desmembra a informação, pode-se ver que existe uma setorialização desta, na medida em que as mulheres respondem melhor as questões sobre contracepção e

os homens a questões sobre doenças sexualmente transmissíveis”.

Na verdade esta divisão de informações é reflexo da divisão de papéis na sociedade. À mulher, uma vez vinculada ao espaço da casa, caberia a responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos, por isso seu maior conhecimento, embora o conhecimento não seja traduzido em uso efetivo. Por sua vez, o maior conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis pelos homens pode ser explicado pelo fato de que uma parte da atividade sexual dos mesmos deve ser exercida no espaço da "rua".

No que se refere ao conhecimento de medidas contraceptivas por parte das adolescentes, e o não-uso das mesmas, podemos associar alguns fatores de ordem cultural.

O fato da adolescente viver uma vida sexual "desautorizada" inviabiliza a obtenção de informações, o acesso e a escolha correta de práticas contraceptivas. Somando-se a estes fatores, destacamos "*(...) o medo da família descobrir o uso do método e a vergonha de submeter ao exame ginecológico*". Como já foi citado anteriormente, a necessidade de moralização através da não-premeditação da relação dificulta a escolha correta e o uso de práticas contraceptivas. Os temas ligados ao sexo e sexualidade ainda são tabus em nossa sociedade, embora recorrentes de maneira indireta através da mídia - os adolescente encontram pouco espaço de diálogo para debater temas ligados à sexualidade.

A falta de informação, principalmente sobre: ciclo reprodutivo, período fértil, utilização correta dos métodos, bem como o mito recorrente em nossa sociedade de que "*(...) comigo isto não vai acontecer*" e que "*da primeira vez não se engravida*", faz com que o intercurso sexual de adolescentes, em muitos casos, resulte em uma gravidez não planejada.

A vida sexual ocasional pode ser citada como outro motivo para a não adoção de práticas anticonceptivas entre os adolescentes. A ocasionalidade das relações dificulta o uso e o

planejamento, a longo prazo, de um método eficaz, como por exemplo, a pílula. A falta de um parceiro fixo é muitas vezes usada como justificativa para não utilização da pílula. Se o uso da mesma é dificultado pela intermitência das relações, outros fatores podem estar associados ao não uso do preservativo, como por exemplo: a vergonha em pedir ao parceiro que utilize a camisinha, a dificuldade de acesso, o preço e até mesmo o desconhecimento deste método. Ou ainda, a falta de aceitação por parte da sociedade pode levar a um sentimento de infração mais por premeditar o sexo do que por fazê-lo esporadicamente.

4.2. Assimetria de poder e a prevenção da gravidez na adolescência

Embora a sexualidade seja parte da vida das pessoas, ela é ainda sujeita a controles e normas sociais, rodeada de tabus, mitos e crenças, que irão influenciar no exercício da sexualidade de homens e mulheres.

Podemos destacar que na sociedade brasileira, enquanto na esfera pública – ingresso no mercado de trabalho e participação política – o questionamento dos valores tradicionais se faz de forma mais explícita e as mulheres já se encontram em posições mais igualitárias, no âmbito do privado, os novos valores sobre o masculino e feminino ainda são obscuros. No campo da sexualidade e da reprodução, as mulheres ainda têm pouco poder de decisão, uma vez que, a relação é fortemente marcada pelas assimetrias de poder entre os sexos, persistindo a postura hierarquizante e tradicional.

Segundo Afonso (2001, p.225),

(...) as representações de gênero entre os adolescentes mostram uma geração dividida entre o discurso igualitário e o tradicional, onde há maior tendência para se defender o igualitarismo em proposições gerais e restringi-lo em proposições particulares (...) Enquanto a postura igualitária tende a ser majoritária - e mais homogênea - quando se trata de proposições gerais relativas à esfera pública, à esfera da família continua sendo objeto de disputa (...) A não-coerência entre as posições igualitárias (ou mesmo entre as posições

tradicionais) mostra uma geração dividida entre dois discursos e tentando soluções de compromisso entre eles.

A persistência de valores tradicionais no que diz respeito à superioridade do homem em relação à mulher, principalmente no âmbito da sexualidade, faz com que as mulheres ainda se encontrem em posição de submissão em relação ao sexo oposto. A sensação vivida por muitas mulheres de terem sido usadas por namorados, parceiros ou companheiros demonstra que as mesmas não sentem que participaram da relação ou não puderam decidir sobre ter a relação.

Esta falta de poder estende-se muitas vezes às questões ligadas à anticoncepção, na qual as mulheres têm poucas possibilidades de discutir e decidir com seus parceiros o uso ou não de um método contraceptivo, bem como qual método utilizar e quando interromper o seu uso. Como visto anteriormente, esta postura põe as mulheres numa situação de vulnerabilidade para adquirir doença sexualmente transmissível, bem como ter uma gravidez contra sua vontade.

Na maioria das sociedades, as questões ligadas à reprodução são vistas como exclusivamente da esfera feminina, dificultando assim que os homens assumam responsabilidades no que se refere à contracepção. Ainda é a mulher a principal responsável por prevenir-se e evitar a gravidez. É bastante comum que a culpa de uma gravidez não planejada recaia sobre a mulher, ela mesma, em muitos casos, responsabiliza-se totalmente pelo fato de não ter se prevenido, isentando assim o parceiro da co-responsabilidade.

Sobre o mesmo ângulo, podemos relacionar a não prevenção por parte das mulheres (não uso de medidas anticoncepcionais) à diferença de poder de homens e mulheres na relação. Como vimos anteriormente, o processo de tomada de decisões referentes à adoção de medidas contraceptivas está relacionado a fatores de ordem econômica, social e cultural. O papel da mulher na sociedade brasileira não permite que a mesma possa negociar com o parceiro de forma clara a adoção de medidas de contracepção. O medo de serem rejeitadas pelos parceiros

faz com que muitas mulheres hesitem em “negociar” o uso do preservativo, visto que isto poderia gerar desconfiança por parte do parceiro. Segundo Barbosa (1999, p.287):

(...) ao insistir no uso da camisinha, ou apenas pedir aos parceiros que a usem, muitas receiam estarem colocando em risco sua relação – o que pode significar não só a perda do status e segurança emocional, mas, principalmente, o suporte econômico necessário à sua sobrevivência.

Além disso, “(...) as mulheres que tentam introduzir o condom na relação são, freqüentemente, percebidas como preparadas demais para o sexo”, desconfiadas da infidelidade do parceiro, infiéis ou mesmo infectadas pelo HIV.” (Carovano, 1991, p. 322).

Outro ponto que deve ser destacado é que a relação assimétrica no que diz respeito ao âmbito da sexualidade está fortemente relacionada à distribuição desigual de poder em outras esferas da vida social. Como dito anteriormente, a inserção das mulheres no mercado de trabalho permite a construção de uma identidade feminina para além da esfera do mundo privado, uma vez que o trabalho, enquanto instância integradora, fornece parâmetros para a vida social. Se analisarmos, no caso do Brasil, a integração no mundo do trabalho sob uma perspectiva de gênero, percebemos que,

(...) essa integração no mundo do trabalho é "gendered", isto é, ao fazer clara distinção entre homens e mulheres no mercado de trabalho: oferece oportunidades diferenciadas de acordo com o sexo em prejuízo da mulher; em regra, para as mulheres salários menores no caso dos mesmos postos de trabalho ocupados por homens; não reconhece a dupla jornada de trabalho feminina. (Soares & Aguirre, 2002, p.09)

Devido a tais fatores, podemos concluir que a inserção da mulher no mundo do trabalho torna-se mais difícil. As possibilidades diferenciadas de inserção de homens e mulheres no

mercado de trabalho servem para esvaziar ainda mais o poder das mulheres na esfera da reprodução, trazendo conseqüências sobre o controle da fecundidade.

Segundo Goldani (1999, p.54), a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que permite uma relativa independência econômica em relação aos homens, aumenta a possibilidade de estabelecer relações de gênero mais igualitárias. Mas, para a autora, no Brasil: “(...) *mesmo entre as mulheres que trabalham e têm salários, a renegociação nas relações de gênero continua sendo tarefa difícil*”.

3. Expectativa de papéis e a prevenção da gravidez na adolescência

Neste tópico iremos analisar como as relações sociais e culturais em nossa sociedade, em torno da maternidade, guardam estreita relação com o fenômeno da gravidez adolescente.

Segundo Goldani (1999, p.50) “(...) *expectativas socialmente construídas do comportamento de homens e mulheres, presentes de formas variadas nas sociedades humanas conhecidas (...) exercem influência sobre a fecundidade*”. Ela argumenta que no Nordeste, por exemplo, as mulheres acabam tendo mais filhos do que gostariam, o que pode ser indício de uma relação desigual de poder entre os sexos, visto que as mulheres têm pouco espaço para decidir e implementar suas preferências reprodutivas.

No que se refere à expectativa de papéis sociais, podemos perceber que a divisão tradicional que vincula os papéis femininos à esfera do lar ou da prole (âmbito da casa) e os papéis masculinos à esfera do público, tem sido bastante questionada. Cada vez mais as mulheres conquistam “*as esferas masculinas*” e ao mesmo tempo tentam dividir com os homens a “*esfera feminina*”. Estas transformações irão abalar a estrutura sobre a qual se constrói a identidade feminina.

(...) Neste sentido, identidade feminina adolescente num contexto que pode incluir tanto a exigência e direito à

sexualidade como forma de participar de uma identidade moderna, quanto não sancionamento do exercício moral da sexualidade, deveria incorporar esta ambigüidade (Desser, 1993, p.15)

Desser (1993) conclui que a percepção da adolescência como um período de trânsito para uma vida adulta - com maior responsabilidade e maior liberdade - é consensual entre as adolescentes. Para as mesmas, a identidade de mulher adulta é formada pelo padrão da "*mulher independente*" e profissionalizada. Tal projeto seria alcançado via o estudo formal e a profissionalização. No entanto, devemos destacar que, se por um lado a aspiração é consensual, a efetiva possibilidade irá variar segundo o nível sócio-econômico e ambiente cultural no qual está inserida a adolescente. Tal fato pode ser ilustrado a partir da conclusão dos estudos de Desser (1993, p.24):

(...) diferentemente das adolescentes dos estratos médios para quem este projeto está relativamente assegurado, as adolescentes dos estratos operários têm que alocar grande parte de suas energias para assegurá-lo, o que é tanto mais difícil quanto mais precárias as condições de existência da família. (...) Esse projeto é, também, tanto mais difícil de ser atualizado quanto mais a visão de mundo da adolescente diferir daquela dos seus pais a respeito do papel da mulher na sociedade e na família.

Outra diferenciação encontrada no estudo refere-se às adolescentes que pertencem a famílias chefiadas por mulheres com inserção instável no mercado de trabalho (lavadeiras, diaristas, biscateiras de outros tipos). Do mesmo modo que as anteriores, estas adolescentes aspiram ao aumento de autonomia em relação à família. O ponto que difere estas adolescentes das anteriores diz respeito à autopercepção que as mesmas têm em relação à adolescência como um período anterior à constituição de suas famílias. Aqui prevalece a identificação com o papel tradicional feminino de esposa/mãe, em detrimento da identidade de "*mulher independente*". A construção de uma família autônoma e a afirmação da identidade

mãe/família finalizariam o período da adolescência. Desse modo, a adolescência seria um compasso de espera entre a infância e a construção da própria família. (Desser, 1993).

Um projeto modernizante de identidade feminina assentada na autonomia e na profissionalização estaria mais disponível para as adolescentes das classes médias e altas, e ainda reduzido para os estratos economicamente menos favorecidos, onde predominaria a identidade tradicional de esposa e mãe (Monteiro,2002). Nas camadas baixas, onde o fracasso escolar e o abandono da escola são freqüentes, a gravidez precoce seria a busca do *status* adulto.

Segundo Dadooriam (1996, p.50),

(...) Nas classes populares o intercurso da gravidez na adolescência é um fato rotineiro e comum (...) Constatase uma valorização da maternidade, onde ser mãe equivale a assumir um novo status social, o de ser mulher (...). A afirmação social neste meio se expressa na maternidade, o que possibilita dizer que trata-se, neste caso, de uma gravidez social, isto é, maternidade social.

Nas classes economicamente favorecidas, onde as adolescentes aspiram a níveis mais elevados de escolarização, a gravidez é vista de outra forma. Tal fato pode explicar a menor incidência da gravidez precoce nestas camadas. No entanto, a interferência das variáveis classe–social e educação é importantes para entender a gravidez na adolescência.

A revisão da literatura de gênero não teve por objetivo uma análise exaustiva, nem tentou dar conta das polêmicas teórico metodológicas que tomaram conta das correntes antropológicas e sociológicas que se propuseram a investigar a questão da dominação masculina, como universalizante. Nosso intuito foi somente entender algumas das principais vertentes teóricas que analisam as relações sociais entre os sexos, a fim de avaliar como as relações de gênero

interferem nas práticas reprodutivas de homens e mulheres e, em última instância, apresenta-se como parte importante do processo de decisão da fecundidade.

A postura adotada em nossa análise, como ressaltado no início deste capítulo, aproxima-se dos trabalhos que tomam as relações de gênero como construções sociais e adotam uma postura relativista para explicar o fenômeno da dominação masculina.

Desse modo, partindo da revisão teórica, nosso objetivo é compreender como os fatores acima destacados se relacionam com a saúde reprodutiva e especificamente a gravidez adolescente. Embora tenham sido apresentados separadamente, não podemos perder de vista que tais aspectos estão fortemente correlacionados. Partimos dos dados da DHS-1996 para traçar o perfil da saúde reprodutiva dos adolescentes, tentando localizar variáveis socioculturais que possam ajudar-nos a compreender o fenômeno da gravidez na adolescência. A seguir iremos descrever as hipóteses que guiaram nossa análise quantitativa.

4.4. Hipóteses de trabalho

Como foi exposto no capítulo anterior a dupla moral, a assimetria de poder e as expectativas diferenciadas de papéis sociais foram apontadas na literatura como pontos relevantes para a explicação do fenômeno da gravidez precoce. Desse modo, partindo da teoria levantamos duas hipóteses de trabalho que serão testadas a fim de analisar a aproximação da discussão teórica com os dados quantitativos referentes à saúde reprodutiva na adolescência.

O fato dos três eixos estarem fortemente associados nos dificultou a elaboração de hipóteses para cada um em separado. Para contornar tal situação resolvemos elaborar uma única hipótese que fosse válida para a dupla moral e assimetria e poder. E no que se refere à expectativa de papéis criamos a segunda hipótese. Uma outra dificuldade refere-se a própria limitação do banco de dados que não nos fornecia informações suficientes para testar algumas hipóteses separadamente.

A persistência da dupla moral sexual, que dita padrões de comportamentos diferenciados para homens e mulheres, interfere na vida sexual e reprodutiva das adolescentes. A dupla moral sexual e assimetria de poder ainda persiste no grupo de adolescentes da década de 90 e interfere no comportamento sexual, contribuindo para o aumento da gravidez na adolescência, uma vez que a dupla moral, de certa forma, legitima a assimetria de poder. Quando a adolescente é capaz de romper com esta situação e criar um espaço de diálogo com a mãe sobre questões ligadas à saúde reprodutiva e planejamento familiar, acreditamos que as mesmas estarão mais propensas a usarem métodos contraceptivos na primeira relação, e terão maiores chances de não engravidarem antes dos 20 anos.

A escolha da mãe como referência para um possível diálogo está pautada na centralidade, em nossa sociedade, da figura materna como referência de proteção. Nos depoimentos coletados por Monteiro (2002, p.32), por exemplo, “(...) a mãe aparece de forma recorrente como referência de proteção (expressa nos conselhos e ensinamentos maternos, nos cuidados com alimentação e saúde, na doação de afeto, defesa pessoal e apoio moral), seguida de outros membros da família (avó, marido) e dos amigos”. A partir deste pressuposto, elaboramos nossa primeira hipótese de trabalho:

Hipótese 1- A possibilidade de diálogo sobre as questões ligadas à saúde reprodutiva interfere no comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes (No caso específico de nosso estudo, estaremos trabalhando com a variável conversar com a mãe).

A segunda hipótese está associada à diferença de expectativa de papéis sociais, contrapondo o tradicional papel feminino de "esposa/mãe", com o projeto modernizante de "mulher independente", através do estudo e da profissionalização. Desse modo, o local de residência da adolescente poderá criar expectativas diferenciadas, bem como diferenças na criação de oportunidades para realização da expectativa criada pelo adolescente. Em que medida a expectativa de papéis interfere no fenômeno da gravidez na adolescência.

Hipótese 2- Morar em áreas urbanas ou rurais interfere no comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes, à medida que a expectativa de papéis sociais irá sofrer variações segundo o ambiente cultural em que vivem os adolescentes.

CAPITULO V: METODOLOGIA

5.1. Fonte de Dados

A análise de dados foi feita a partir dos dados da PNDS/96, pesquisa quantitativa por amostragem. A coleta de dados foi feita de março a junho de 1996, adotando a técnica de entrevistas domiciliares com a aplicação de três tipos de questionários: domiciliar, individual para mulheres e para homens. A amostra da pesquisa, uma sub-amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/1995) do IBGE, foi desenhada para obter resultados representativos e estimativas independentes para todas as sete regiões da PNAD: Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (área urbana) e Centro-Oeste. Além disso, assegura estimativas independentes para os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Bahia, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul.

A amostra da pesquisa é probabilística, selecionada aleatoriamente em dois estágios. Primeiramente foram selecionados setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios em cada setor. No segundo estágio foram selecionados domicílios considerando a representatividade dentro de cada setor. Todas as mulheres de 15 a 49 anos pertencentes aos domicílios selecionados fizeram parte da amostra. A seleção da amostra dos homens foi feita utilizando-se uma sub-amostra de domicílios correspondente a 25 % do total onde foram entrevistados todos os homens de 15 a 59 anos de idade.

Nos 14.252 domicílios ocupados foram coletados dados de 13.282, sendo encontradas 14.579 mulheres (em média uma mulher por domicílio). Do total de mulheres encontradas foram entrevistadas 86 %, ou seja, 12.612 mulheres. Para a pesquisa com os homens, nos domicílios selecionados, foram encontrados 3.986 homens de 15 a 59 anos dos quais foram entrevistados 74 %, que significa 2.949 homens. Na faixa etária de 15 a 24 anos, foram entrevistadas 4.528 mulheres e 1.093 homens. Deste total, 2.537 mulheres (57,0%) encontravam-se na faixa de etária 15 a 19 anos, ou seja, eram adolescentes. A pesquisa coletou, ainda, informações para 1.642 crianças menores de 5 anos, filhas e filhos destas jovens. Nosso trabalho utilizou a parte

da amostra que se dedicou ao estudo do comportamento sexual feminino. Foram selecionadas mulheres que no momento da entrevista declaram ter entre 15 e 24 anos.

5.2. Variáveis e modelos

Os dados da DHS serviram para subsidiar nossa análise em dois momentos. Primeiramente, fizemos uma análise descritiva de algumas variáveis que nos apontam características individuais e sócio-demográficas destacadas na literatura como interligadas ao fenômeno da saúde reprodutiva e gravidez na adolescência. Posteriormente, utilizamos o modelo de regressão logística a fim de estimar a probabilidade de uma adolescente ter usado qualquer método preventivo no primeiro intercurso sexual, bem como a probabilidade de ter tido um filho antes dos 20 anos, levando-se em consideração alguns fatores sócio-demográficos.

Como foi ressaltado, na parte descritiva iremos trabalhar com algumas variáveis sócio-demográficas e outras ligadas ao comportamento sexual das adolescentes. As variáveis foram escolhidas segundo o poder explicativo das mesmas em relação ao comportamento sexual e reprodutivo na adolescência. Nesta parte optamos por analisar as frequências e em alguns casos trabalhamos com modelos de correlação simples.

5.2.1. Variáveis do perfil sócio demográfico.

Idade: idade corrente dividida em grupos de 5 anos foi produzida a partir da variável idade atual do respondente. A idade corrente em anos completos é calculada a partir do mês de nascimento do respondente (V011) e da data da entrevista (V008). Em alguns casos, a idade no banco de dados será diferente daquela reportada pelo respondente quando o aniversário deste for no mês da entrevista, mas ainda não tenha feito aniversário. Em nosso estudo trabalhamos prioritariamente com a faixa de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos.

1. **Local de residência:** local de residência no qual o respondente foi entrevistado estando dividido entre urbano ou rural. Esta não é uma categorização própria do respondente, mas foi criada com base no grupo ou amostra definida como urbana ou rural.
2. **Religião:** as questões e os códigos são específicos de cada país. Em nossa análise trabalhamos com as seguintes categorias; Sem Religião, Espirita/Kardecista, Protestante tradicional, Evangélica, Católica e outras.
3. **Raça:** as questões e os códigos são específicos de cada país. Em nossa análise trabalhamos com as seguintes categorias; Branco, Pardo/Mulato, Preto, Amarelo e indígena.
4. **Anos de educação:** número de anos de escolarização formal concluído com sucesso.
5. **Frequência à escola:** indica se o respondente ainda está estudando. Este dado é retirado da “household schedule” (fila/horário do lar). Na DHS III, estes dados não são tomados diretamente de uma questão no questionário das mulheres. Mulheres com mais de 24 anos de idade são codificadas com 0, presumindo que elas não frequentam mais a escola.
6. **Estado civil:** No caso da respondente estar atualmente casada, “antigamente” casada ou nunca ter casado (ou viveu junto com um parceiro). Atualmente casada inclui mulheres casadas e mulheres que vivem junto com um parceiro; “antigamente” casadas inclui viúvas, divorciadas, separadas e mulheres que viviam com um parceiro e, agora, não vivem mais.
7. **Razões para parar de frequentar a escola:** razão principal para a respondente parar de frequentar a escola. BASE: Mulheres com idade inferior a 25 anos e que não frequentam escola.

5.2.2. Variáveis relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo.

1. **Tipo de parceiro:** tipo de parceiro no primeiro intercuro sexual, considerando-se: marido, namorado, amigo, estupro, outros.
2. **Usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual:** se o respondente usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual.
3. **Razões para o não uso:** motivos alegados para o não uso de método contraceptivo no primeiro intercuro sexual.
4. **Número de crianças:** Número total de crianças nascidas vivas.

5. **Desejo da gravidez atual.** No caso da gravidez atual, foi perguntado ao respondente se, no momento, a gravidez era desejada (agora, mais tarde ou de forma alguma).
6. **Desejo do último filho:** No caso do nascimento do último filho nos últimos três/cinco anos ter sido desejado naquele momento, mais tarde ou de modo algum. BASE: Mulheres que tiveram filhos nos últimos três/cinco anos.
7. **Atitude diante da gravidez:** Atitude do respondente frente à possibilidade de engravidar. BASE: não-grávidas, mulheres não-esterelizadas.
8. **Idade da primeira relação:** Idade do primeiro intercuro sexual. Respondentes que nunca se relacionaram sexualmente são codificadas com 0.
9. **Conhecimento de método contraceptivo:** Conhecimento de algum método (moderno, tradicional ou folclórico).
10. **Estado atual:** No caso da respondente estar atualmente grávida.
11. **Discutiu planejamento familiar com o parceiro:** se a respondente discutiu planejamento familiar com seu parceiro no último ano.
12. **Conhecimento de preservativo:** no caso da respondente alguma vez ter ouvido falar sobre o uso ou do não uso de preservativos para evitar DST's.
13. **Discutiu planejamento familiar:** no caso da respondente ter discutido planejamento familiar com alguma das pessoas a seguir: marido ou parceiro, mãe, pai, irmã, irmão, filho, filha, madrasta, amigos, líder religioso, profissional de saúde, outras pessoas.
14. **Uso de preservativo:** no caso da respondente alguma vez ter usado preservativo para contracepção ou para prevenir DST's.

5.2.3 Modelos estatísticos - análise de regressão logística

Neste estudo adotamos o Modelo de Regressão Logística, muito utilizado no caso da variável resposta ser discreta e dicotômica. Utilizaremos algumas variáveis como independentes, ou seja, adotaremos o que Hosmer e Lemeshow (1989) denominam "*caso multivariado*". Desse modo, em nossa análise utilizamos a estimação de uma função de regressão logística (*logit model*) .

O modelo considera uma série de p variáveis independentes, denotadas pelo vetor $\mathbf{x}' = (x_1, x_2, \dots, x_p)$. A probabilidade condicional da variável resposta é dada por $P(Y = 1 / \mathbf{x}) = \pi(\mathbf{x})$. Desta forma, o logito do modelo de regressão logística é dado pela equação

$$g(\mathbf{x}) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

no qual

$$\pi(\mathbf{x}) =$$

onde e representa a base do logaritmo natural. Desta forma, P é a probabilidade de um indivíduo fazer uma escolha, dado o conhecimento de \mathbf{x} .

Para nossa análise utilizaremos a estimação de uma função de regressão logística (*logit model*), e foram testados dois modelos. No primeiro, a variável dependente foi representada pela dicotomia entre ter usado método contraceptivo no primeiro intercurso sexual ($Y = 1$) e não ter usado método contraceptivo no primeiro intercurso sexual ($Y = 0$). No segundo tomamos ter tido filho na adolescência como variável dependente, também dicotômica, sendo ter tido filho na adolescência ($Y=1$) e em caso negativo ($Y=0$).

Assim, serão observados os efeitos das variáveis independentes sobre a probabilidade de ter usado método no primeiro intercurso e sobre a probabilidade de ter um filho antes dos 19 anos. Através da fórmula $(e^b - 1) \times 100$, serão calculados os incrementos percentuais que o

aumento de uma unidade em cada variável independente gera na variável dependente de cada modelo. Será estimada uma função de regressão logística para o país como um todo.

Segue abaixo os modelos e as variáveis *dummies* que foram criadas. A base de referência no primeiro modelo são as mulheres que à época da pesquisa tinham até 24 anos, mas que o primeiro intercurso sexual aconteceu até os 19 anos e no segundo mulheres de 15 a 24 anos que tiveram filhos na adolescência (até 19 anos).

Modelo 1: Estimando as chances do uso de contraceptivo no primeiro intercurso sexual

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1-P(Y = 1)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Uso contraceptivo no primeiro intercurso sexual (usou algum método contraceptivo =1; não usou=0).

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Urbano (mora em zona urbana=1; mora em zona rural=0);

X₃ = Covtmãe: Declarou ter conversado sobre planejamento familiar com a mãe (conversou com a mãe = 1; não conversou = 0).

ε = Erro estocástico

Modelo 2: Estimando as chances de ter filho na adolescência

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1-P(Y = 1)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

Onde:

Y = Ter tido filho na adolescência (teve filho=1; não teve=0).

X_1 = Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X_2 = Urbano (mora em zona urbana=1; mora em zona rural=0);

X_3 = Covmãe: declarou ter conversado com a mãe sobre planejamento familiar (conversou com mãe=1; não conversou=0).

ε = Erro estocástico

Serão ainda demonstrados gráficos das seguintes relações bivariadas: "escolaridade" X "probabilidade de ter usado algum método contraceptivo no primeiro intercurso sexual" e "Escolaridade X " probabilidade de ter tido filho(s) na adolescência"

Capítulo VI: O perfil da saúde reprodutiva na adolescência

Conforme o descrito na parte metodológica, este capítulo tem por objetivo descrever nossa população alvo, ou seja, as mulheres de 15 a 19 anos. É válido ressaltar que em alguns momentos utilizamos o grupo de mulheres de 20 a 24 (jovens) como referência para comparar com o comportamento das adolescentes. Desse modo, fica mais fácil sinalizar rupturas ou continuidades, que por ventura possam existir entre o comportamento da adolescente e o da jovem.

6.1. Perfil sócio-demográfico

Em um primeiro momento destacaremos algumas variáveis (raça/etnia, escolaridade, estado civil, religião, evasão escolar etc), que nos ajudem a traçar o perfil sócio demográfico das adolescentes. Paralelamente, utilizamos variáveis ligadas à atividade sexual (idade da primeira relação, uso e conhecimento de método e fecundidade), para compor o perfil da saúde reprodutiva das adolescentes.

A sobreposição desses perfis serviu de pano de fundo para o entendimento do comportamento sexual e reprodutivo das mesmas, e suas implicações na fecundidade e gravidez na adolescência.

No universo de amostra de 12.612 mulheres entrevistadas pela DSH, as jovens representavam um pouco mais de um terço, ou seja, 4.528 mulheres na faixa de 15 a 24 anos. Deste total, 2.537 mulheres (57,0%) encontravam-se na faixa etária 15 a 19 anos, ou seja, eram adolescentes.

Quanto ao local de residência, os dados da tabela 1 apontam para um grande percentual de adolescentes vivendo em áreas urbanas (80,7%) em detrimento das áreas rurais (19,3%), o

que é reflexo do processo de urbanização vivenciado nas últimas décadas para o conjunto da população. Esta variável é apontada na literatura como importante determinante de fecundidade, sendo esperado menores taxas no meio urbano. No caso brasileiro, os dados da DHS-1996 apontam nesta direção, uma vez que a TFT (Taxa de Fecundidade Total) em áreas rurais é de 3,5 nascidos vivos e no meio urbano 2,3.

TABELA 01

Local de Residência (mulheres de 15 a 19 anos)

Local de Residência	Frequência	Percentual
Urbano	2048	80,7
Rural	489	19,3
TOTAL	2537	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No que se refere à religião, temos a católica como predominante (78,8%), seguida do conjunto de religiões evangélicas e um pequeno percentual que se declaram sem religião (6,6 %) (tabela 2). É válido ressaltar que a religião pode influenciar o comportamento de homens e mulheres com valores tradicionais no que se refere ao aborto, uso de medidas contraceptivas, bem como no que diz respeito ao intercursos sexual antes do casamento.

No caso brasileiro, se levarmos em consideração que homens e mulheres estão se iniciando sexualmente cada vez mais cedo, e em relações pré- maritais podemos questionar a influência dos valores religiosos. Segundo Gupta e Leite (2001 pg 26) no Brasil "*(...) a Igreja católica tem exercido mais influência sobre as políticas de planejamento familiar do governo brasileiro, em relação a limitar o acesso a estes serviços, do que em termos de desencorajar o comportamento que limita a fecundidade entre seus seguidores*".

No caso dos adolescentes, aspectos psicológicos inerentes a esta etapa da vida – que faz com que os mesmos questionem ou até mesmo neguem os valores representados pelas instituições sociais tradicionais como família e religião – nos levam a indagar a respeito da influência dos valores religiosos no comportamento deste grupo etário. Um fato que pode ser utilizado para respaldar nossa hipótese da interferência tênue de preceitos religiosos diz respeito ao baixo percentual de adolescentes que alegaram motivos religiosos para a não adoção de métodos anticoncepcionais. (DHS, 1996).

TABELA 02

Religião (mulheres de 15 a 19 anos)

Religião	Frequência	Percentual
Sem religião	168	6,6
Espírita/Kardecista	21	0,8
Protestante tradicional	48	1,9
Evangélica	277	10,9
Católica	2000	78,8
Outras	23	0,9
TOTAL	2537	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No que se refere à composição por raça/etnia, o percentual de mulheres de cor parda é de 61,3%; as brancas representam 35,8% do total; aparece ainda uma porcentagem pouco expressiva de pretos, apenas 2,4%. O restante, 0,4% são amarelos e indígenas (tabela 3). É válido ressaltar que os dados referem-se a auto classificação e, quando comparamos com a classificação feita pelo entrevistador, não encontramos diferenças significativas.

A constatação do aumento de adolescentes grávidas, sobretudo nas camadas de baixo nível sócio-econômico, e a forte relação existente em nossa sociedade entre esta última variável e etnia/ “cor de pele”, ou seja, frente à existência de uma desigualdade sócio-econômica substancial por cor de pele em nosso país, faz-se necessário analisar as questões da saúde reprodutiva levando em consideração esta diferença.

TABELA 03**Auto-classificação de raça (mulheres de 15 a 19 anos)**

Raça/Etnia	Frequência	Percentual
Branco	909	35,8
Pardo/Mulato	1554	61,3
Preto	62	2,4
Amarelo/Indígena	11	0,4
TOTAL	2536	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No caso das adolescentes, quando analisamos o nível de escolaridade, observamos na tabela abaixo uma porcentagem significativa com baixo nível de instrução: 16,04% declararam de 0 a 3 anos de escolaridade e 12,3 % tinham apenas 4 anos de estudo o que corresponde à quarta série do ensino fundamental. A situação é pior no meio rural onde 37,2% das adolescentes têm de 0 a 3 anos de escolaridade e apenas 8% têm 9 anos ou mais. No meio urbano estes percentuais chegam a 11,0% e 26,1% respectivamente.

TABELA 04**Anos de educação / Local de Residência / Faixa etária (Distribuição percentual)**

Anos de Educação	15 a 19 anos			20 a 24 anos		
	Local de Residência			Local de Residência		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
0-3 anos	11,0	37,2	16,0	12,2	35,6	16,5
4 anos	10,1	21,7	12,3	10,3	29,5	13,8
5-8 anos	52,9	33,1	49,1	36,9	23,7	34,5
9-11 anos	25,1	7,8	21,8	33,7	10,5	29,4
12 ou mais	1,0	0,2	0,8	6,9	0,8	5,8

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No que se refere à evasão escolar, dados da DHS, expresso na tabela 5, mostram que em 1996 34,1% das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos já havia abandonado a escola, sendo que em áreas rurais este percentual chega a aproximadamente 53,0% e nas áreas urbanas 29,6%. No grupo etário subsequente estes valores sobem significativamente: 74,0% das jovens de 20 a 24 anos já estavam fora da escola, 71,3 % dos jovens nas zonas urbanas e 87,1 % no meio rural já não freqüentam a escola. No meio rural, o principal motivo alegado para o abandono dos estudos foi o difícil acesso à escola.

TABELA 05

Evasão Escolar (Distribuição percentual)

Local de Residência	15 a 19 anos			20 a 24 anos		
	Freqüentando escola			Freqüentando escola		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Urbano (%)	1440 70,4	605 29,6	2045 100,0	467 28,7	1161 71,3	1628 100,0
Rural (%)	230 47,0	259 53,0	489 100,0	47 12,9	316 87,1	363 100,0
Total	1670 65,9	864 34,1	2534 100,0	514 25,8	1477 74,2	1991 100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Dentre as jovens de 20 a 24 anos, a principal razão alegada para abandonar os estudos foi a “necessidade de trabalhar”, seguido de “não gosta da escola” e “casamento”. Entre as

adolescentes de 15 a 19 anos, o fato de não gostarem da escola foi a resposta mais freqüente, muito próximo de “ escola de difícil acesso” e “ precisou trabalhar”. Em ambos os casos foram mencionados também, gravidez, necessidade de cuidar dos filhos e escolaridade suficiente (tabela 6).

TABELA 06
Razões para abandonar a escola

Razões	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Frequência	%	Frequência	%
Gravidez	88	10,5	126	8,80
Casamento	85	10,1	195	13,60
Necessidade de cuidar de crianças	34	4,00	77	5,40
Família precisou de ajuda	34	4,00	69	4,80
Não pode pagar escola	28	3,30	72	5,00
Precisou trabalhar	132	15,70	277	19,30
Escolaridade suficiente	27	3,20	89	6,20
Não passou nos exames	17	2,00	13	0,90
Não gosta da escola	152	18,1	207	14,5
Escola de difícil acesso	144	17,10	164	11,5
Outras razões	101	12,1	243	10,00
Total	842	100,00	1432	100,00

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Ao analisarmos a tabela seguinte, podemos constatar uma melhoria no nível educacional da população jovem feminina – 15 a 24 anos – se comparamos esse grupo com as gerações mais velhas. Enquanto para as mulheres de 40 a 44 anos de 45 a 49 anos a proporção das que têm até quatro anos de estudo é respectivamente, 52,3% e 61,0%, na faixa etária de 15 a 24 este percentual é de, aproximadamente, um quarto. Já nos níveis mais altos de escolaridade a situação é inversa, sendo que 23,3 % das mulheres na faixa de 40 a 44 anos e 18,1 % de 45 a 49 anos possuem de cinco a oito anos de estudo, na faixa etária de jovens este valor sobe para 49,1% no grupo de 15 a 19 anos e 34,5% na faixa etária subsequente.

TABELA 07

Escolaridade por grupo de idade

Escolaridade	Grupos de idade							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Sem educação	40 1,6%	51 2,6%	91 4,7%	110 5,9%	142 8,3%	163 11,7%	172 15,0%	769 6,1%
1-3 anos	366 14,4%	276 13,9%	319 16,3%	324 17,3%	348 20,3%	354 25,3%	338 29,5%	2325 18,4%
4 anos	312 12,3%	274 13,8%	294 15,0%	304 16,3%	316 18,4%	228 16,3%	201 17,5%	1929 15,3%
5-8 anos	1245 49,1%	687 34,5%	590 30,2%	500 26,8%	423 24,7%	326 23,3%	208 18,1%	3979 31,6%
9-11 anos	552 21,8%	586 29,4%	540 27,6%	483 25,8%	333 19,4%	224 16,0%	142 12,4%	2860 22,7%
12+ anos	21 ,8%	116 5,8%	121 6,2%	148 7,9%	151 8,8%	103 7,4%	86 7,5%	746 5,9%
Total	2536 100,0%	1990 100,0%	1955 100,0%	1869 100,0%	1713 100,0%	1398 100,0%	1147 100,0%	12608 100,0%

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

O gráfico a seguir é bastante ilustrativo em relação à melhoria educacional das mulheres, considerando-se a soma de 5 a 11 anos de estudo percebemos uma relação inversa entre anos de escolaridade e idade, em expressivo e contínuo aumento. Tal fato em nosso estudo é de grande relevância pois a variável educação tem um papel importante nas questões ligadas a saúde reprodutiva.

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Como era de se esperar, a maioria das adolescentes encontrava-se solteira na época da pesquisa (82,5%). No grupo das casadas, 7,6% encontrava-se em união consensual e 6,5% eram unidas formalmente (civil e/ou religioso). No grupo etário subsequente, percebemos que o percentual de solteiras é menor (46,2%). A proporção de casadas sobe para 31,0% e as mulheres em união consensual representavam 16,1%(tabela 08).

TABELA 08

Estado civil por faixa etária

Estado Civil	15 a 19 anos	20 a 24 anos
---------------------	---------------------	---------------------

	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Solteira	2094	82,5	920	46,2
Casada	166	6,5	617	31,0
União Consensual	193	7,6	321	16,1
Viúva/Divorciada/Separada	84	3,3	133	6,7
Total	2537	100,0	1991	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Segundo o disposto no Art .183. inciso XII do Código Civil Brasileiro, não podem se casar: “(...) *as mulheres menores de 16 anos e os homens menores de 18 anos*”. Para as mulheres menores de 21 anos, segundo o Art.185, é “(...) *mister o consentimento de ambos os pais*”. A porcentagem de mulheres de 15 a 19 anos em união consensual (7,6%), pode ser explicada pelo impeditivo legal de formalização da união para mulheres adolescentes

Devemos destacar que o impeditivo legal não é o único fator explicativo das uniões não formalizadas entre os jovens. O que comprova nossa hipótese é o percentual significativo de uniões não legais na faixa etária subsequente, 16,1%. O questionamento do valor da união civil, em uma sociedade com altas taxas de separação e divórcio, bem como os custos do casamento civil, elevado para certas parcelas da população, podem ser destacados com fatores que exercem forte influência na decisão do casal. Podemos destacar que talvez na adolescência o motivo da união consensual esteja relacionado a dúvida a cerca da união, esta seria uma forma de experimentação, o que mais tarde pode vir a se tornar uma união legal.

Outra questão de grande relevância é o fato do casamento precoce muitas vezes ser decorrente de uma gravidez, desejada ou não, principalmente entre as adolescentes mulheres. Neste caso, unir-se com o pai da criança é visto como a solução encontrada pela família ou pelos adolescentes para “remediar” uma situação não aceita pela sociedade. Em muitos casos também a decisão da união parte dos próprios jovens pela necessidade de auto-afirmação ou

mesmo pela visão romântica e idílica através da qual muitos jovens enxergam a maternidade e o casamento.

6.2. Perfil da saúde reprodutiva

Bozon (1993) aponta que a primeira relação sexual de uma pessoa é um marco importante podendo determinar o conjunto de sua atividade sexual por toda a vida. Segundo o autor, mulheres mais precoces sexualmente tendem a ter uma vida sexual mais completa, com um número maior de separações, bem como uma maior diversidade nas práticas sexuais. Gage (1998) aponta a necessidade de afeição e de uma relação emocionalmente forte como motivação para o início precoce da atividade sexual.

Dados da DHS (1996) apontam que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo. Comparando-se três coortes, 45 a 49 anos, 25 a 29 anos, e 15 a 19 anos, percebe-se que enquanto para o primeiro grupo a média de idade para o início da atividade sexual é de 21,5 anos, nos demais grupos temos 16,9 e 15,1 anos respectivamente. Percebemos que as adolescentes da década de 90 tiveram seu primeiro intercuro sexual em média 6 anos mais cedo, se comparadas com aquelas da década de 70. O início precoce do intercuro sexual pode contribuir para o aumento do número de adolescentes grávidas.

Dados do relatório do National Research Council (1997) apontam para realidade semelhante no contexto mundial, onde a grande maioria das mulheres se iniciam sexualmente na adolescência. O contingente de mulheres que se tornam ativas sexualmente, na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo o relatório "Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives", do Alan Guttmacher Institute de 1998, pode chegar a 50 % na América Latina e no Caribe, 75 % em grande parte dos países desenvolvidos e ultrapassar 90 % em muitos países da África Sub-saariana.

O início da atividade sexual na adolescência pode acarretar certos riscos para as mulheres, como por exemplo, maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e a

maternidade não planejada. No caso da gravidez, a mulher solteira pode ter que decidir entre ter um filho fora do casamento ou submeter-se a um aborto, situação na qual estão expostas a conseqüências médicas. Quando a opção é pelo casamento, as adolescentes têm pouco poder de decisão sobre reprodução, o acesso à educação pode ser inviabilizado e o ingresso no mercado de trabalho se torna mais difícil.

A não sobreposição da idade da primeira relação sexual com a idade da primeira união, que era de 24,1 anos em 1991, mostra o deslocamento das relações sexuais e casamento. Tal fato pode ser observado nos dados da tabela abaixo, segundo os quais 82,5% das adolescentes se declararam solteiras. Do total de mulheres solteiras, 18,9% já tinham tido a primeira relação sexual, o que nos dá uma proporção significativa de mulheres que se iniciaram sexualmente antes do casamento.

TABELA 09

Relação sexual x Estado civil

Estado Civil	Teve relações sexuais			Total
	Não teve	Já teve	Outras respostas	
Solteira	1694 <i>81,1</i>	394 <i>18,9</i>	1 <i>0,0</i>	2089 <i>100,0</i>
Casada		124 <i>75,2</i>	41 <i>24,8</i>	165 <i>100</i>
União Consensual		167 <i>87,0</i>	25 <i>13,0</i>	192 <i>100</i>
Viúva / Divorciada		74 <i>89,2</i>	9 <i>10,8</i>	83 <i>100</i>
Total	1694 <i>67,0</i>	759 <i>30,0</i>	76 <i>3,0</i>	2529 <i>100</i>

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Algumas alterações socioculturais podem ser apontadas como explicativas para o intercuro sexual cada vez mais precoce entre as mulheres. O primeiro deles diz respeito ao aumento da escolaridade entre as mulheres e o ingresso das mesmas no mercado de trabalho, já que a escola e o trabalho permitiriam uma convivência mais estreita entre os sexos. Somado à diminuição da vigilância da família e a forte erotização, principalmente do corpo feminino, divulgada pela mídia, temos um conjunto de fatores que propiciam e induzem a que as adolescentes se iniciem sexualmente cada vez mais cedo.

A tabela seguinte nos aponta que aproximadamente um terço das adolescentes já havia tido a primeira experiência sexual, sendo que para 3,2% a experiência foi marital e, para 29,1% foi pré marital. No grupo etário de 20 a 24 anos, 72,7% das mulheres já havia tido relação sexual, sendo que para 58,5% a experiência ocorreu pré-maritalmente.

TABELA 10

**Distribuição percentual das mulheres de 15-24 anos de idade,
Segundo a época da primeira relação sexual**

1 Experiência Sexual	15-19	20-24	Total
Com experiência Sexual	32,7	72,7	50,1
Marital	3,2	12,8	7,3
Pré-marital	29,1	58,5	41,9
Parceiro desconhecido	0,4	1,4	0,8
Sem experiência Sexual	67,2	26,6	49,0
Sem informação	0,0	0,8	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mulheres	2464	1893	4357

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

A precocidade do início da relação sexual, bem como o aumento de mulheres que se iniciam sexualmente antes do casamento podem ser explicados pela aspiração a direitos iguais entre os sexos; o discurso adolescente ganha cada vez mais um tom igualitário no que diz respeito aos direitos sexuais de homens e mulheres, seja no tocante ao direito de se iniciarem sexualmente em idade precoce, seja no direito de manterem relações sexuais antes do casamento, o que colocaria em choque o valor da virgindade.

O fato de viver em uma sociedade mais permissiva quanto aos padrões de comportamento sexual para as mulheres faz com que estas adotem, cada vez mais, posturas modernizantes que incluem o controle da própria sexualidade. O próprio número de mulheres solteiras que declaram atividade sexual antes do casamento, em uma pesquisa aberta, pode ser tomado como um indício de modernização.

Se o aspecto modernizante pode ser encontrado no aumento de mulheres que se iniciam precocemente, e em relações pré-maritais, a postura conservadora se faz presente no que se refere ao parceiro na primeira relação. A grande maioria das mulheres cita o namorado (80,75), e o marido (13,7%), como parceiros da primeira relação. (tabela 11).

TABELA 11

Tipo de parceiro na primeira relação sexual

Tipo de parceiro	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
Marido	113	13,7	338	24,0
Namorado	667	80,7	1015	72,1
Amigo	22	2,7	26	1,8
Estupro	13	1,6	14	1,0
Outros	12	1,5	14	1,0
Total	827	100,0	1407	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Desse modo, a moralização da atividade sexual pré-marital passa pela construção da "inocência" da " honestidade" e "não premeditação" que devem presidir a relação sexual. O amor, a ilusão e a paixão servem para legitimar o intercuro sexual. Tal moralização nos aponta não para uma perda do valor da virgindade, mas antes reforça este valor, uma vez que a necessidade de moralização se faz sentir exatamente pela persistência da virgindade enquanto valor.

Se a adolescente tem que usar a não-premeditação como recurso para moralizar, perante a família, bem como entre seus pares, torna-se difícil a adoção de práticas de contracepção, uma vez que o seu uso irá denunciar a premeditação do ato.

Os dados da DSH expressos na tabela 12 nos apontam que 66% das adolescentes não usaram método no primeiro intercuro. Na faixa etária de 20 a 24 a declaração de não uso foi de 70,5%.

TABELA 12

Uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual

15 a 19 anos			20 a 24 anos		
Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
273	536	809	410	979	1389
33,7	66,3	100,0	29,5	70,5	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Das mulheres que usaram algum método, prevalece o uso do preservativo no grupo de 15 a 19 anos (50,5%). De 20 a 24 anos, o maior percentual de uso é de pílula (43%). O maior uso da pílula entre o grupo de 20 a 24 ajuda a reforçar a tese de que a necessidade de não-premeditação pode interferir no uso de medidas contraceptivas. Sendo a pílula um método que requer um planejamento a longo prazo, seu uso se intensifica na parcela de mulheres que, de alguma forma, principalmente por estarem casadas podem premeditar ou assumir que estão tendo relações sexuais.

Gráfico 1
Tipo de Método Contraceptivo

Dentre as razões de não uso de métodos, a tabela seguinte nos aponta que em ambos os grupos, aproximadamente 30% das mulheres declararam não se preocupar com isso, e 28,8% alegaram que não esperavam ter relações sexuais no momento. É significativo o percentual de mulheres que declararam, como motivo para não uso, o desconhecimento de métodos: aproximadamente 20% nas duas faixas etárias.

TABELA 13

Motivo de não uso de método no 1o. Intercurso sexual

Motivo	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Não esperava ter relações no momento	155	28,8	282	28,8
Não conhecia nenhum método	107	19,9	193	19,7
Queria engravidar	34	6,3	63	6,4
Não se preocupou com isso	163	30,2	323	33,0
Outros	80	14,8	119	12,1
Total	539	100,0	980	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

O fato de um baixo percentual de mulheres (6,3 %), dentre as que não usaram método, apresentar como motivo para o não uso o desejo de uma gravidez, nos aponta que uma grande maioria de mulheres se expõem ao risco de terem uma gravidez não planejada e até mesmo não desejada.

Das adolescentes entrevistadas pela DSH, 15,% já tinham tido filhos e 5,6 % estavam grávidas, totalizando 20,8%.

TABELA 14

Gravidez na adolescência

15 a 19 anos					
Teve filhos ?			Atualmente grávida		
Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
386	2151	2537	141	2396	2537
15,2	84,8	100,0	5,6	94,4	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Dentre as mulheres que estavam grávidas, 58,9% manifestaram o desejo da gravidez "*mais tarde*" e 12% declararam não desejarem a gravidez (tabela 15). A proporção de mães adolescentes que não planejam a gravidez é de aproximadamente 25 % a 50 % na América Latina e no Caribe. Esse percentual varia de 15 % a 30 % nos países da África e do Oriente Médio.(Nacional Research Council, 1987.)

TABELA 15

Desejo em relação a gravidez atual

Desejo	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
Agora	41	29,1	17	14,4
Mais tarde	83	58,9	74	62,7
Não queria	17	12,1	27	22,9
Total	141	100,0	118	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Entre as que já tinham filhos, 38,1% declarou, em relação ao nascimento do último filho, que desejavam mais tarde e 12% não desejaram a última gravidez. Um fato que deve ser destacado é que apesar de ser significativo o percentual de mulheres que manifestaram o desejo da última gravidez mais tarde, ou até mesmo não desejavam a última gravidez, as mesmas não adotavam medidas contraceptivas.(tabela 16).

TABELA 16

Desejo em relação à última gravidez

Desejo	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
Agora	191	49,9	461	49,8
Mais tarde	146	38,1	319	34,5
Não queria	46	12,0	145	15,7
Total	383	100,0	925	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Das mulheres que estavam grávidas, ou já tinham tido pelo menos um filho, 39,9% das adolescentes declararam que a atitude foi de infelicidade e 12,5% declararam que não queriam a gravidez.

TABELA 17

Reação perante a gravidez

Atitude	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
Felicidade	225	44,9	364	49,8
Infelicidade	210	41,9	239	32,7
Indiferença	66	13,2	128	17,5
Total	501	100,0	731	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

A precocidade da atividade sexual e o aumento das relações sexuais antes do casamento, principalmente o das mulheres, em última instância interferem na taxa de fecundidade do grupo das adolescentes.

Segundo os dados da PNDS de 1996, a média estimada por mulher entre 1991-1996 era de 2,5 filhos, menor do que a média de 1981-1986 que era de 3,5 filhos. No entanto, essa redução não aparece no grupo de adolescentes. Na faixa de 15 a 19 anos, a fecundidade tem experimentado um pequeno aumento relativo, sendo que 20% do total de partos ocorre entre as mulheres com menos de 20 anos (Díaz & Díaz, 1999).

Utilizando dados da pesquisa DHS, Gupta & Leite (2001) mostram que o percentual de nascimentos entre as adolescentes aumentou de 12% para 19% de 1986 para 1996, enquanto que para as mulheres de 25 a 39 anos houve uma queda de 53% para 48% durante o mesmo período, o que demonstra uma maior contribuição das adolescentes na taxa de fecundidade total.

Desse modo, podemos constatar um aumento da fecundidade das adolescentes (15 a 19 anos) em oposição ao decréscimo na faixa etária subsequente (20 a 24 anos). O aumento da fecundidade precoce não é um fenômeno restrito ao caso brasileiro, nem mesmo peculiar aos países subdesenvolvidos, uma vez que aparece, também, na Europa e nos Estados Unidos. Em 1996, segundo dados da PNDS, 20,6% das adolescentes brasileiras já tinham pelo menos um filho ou estavam grávidas. No que se refere à sua distribuição espacial, podemos perceber nítidas diferenças se comparamos o aparecimento da gravidez precoce entre áreas urbanas e rurais. Segundo dados da DHS de 1996, a porcentagem de mulheres de 15 a 19 anos que estiveram alguma vez grávidas foi bem mais alta na zona rural (24%), do que na urbana (17%) (tabela 18).

TABELA 18

Porcentagem de mulheres adolescentes de 15-19 anos que são mães ou estão grávidas do primeiro filho, por características selecionadas

	Já mães	Grávidas do 1o. Filho	Total alguma vez grávida	Número de adolescentes
Idade				
15	3,1	1,2	4,3	557
16	7,5	3,1	10,6	534
17	15,4	5,1	20,5	489
18	21,5	3,8	25,3	493
19	28,8	6,1	34,9	396
Residência				
Urbana	13,0	3,6	16,6	2000
Rural	20,1	4,1	24,2	464
Anos de educação				
0-3 anos	29,0	4,5	33,5	331
4 anos	20,4	4,7	25,1	281
5-8 anos	14,2	4,0	18,2	1223
9-11 anos	4,2	2,2	6,4	605
12 ou mais	*	*	*	24
Total	14,3	3,7	18	2464

Nota: * Menos de 25 casos.

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No que se refere à escolaridade, dados da DHS (1996) apontam que aproximadamente 33,5 % das adolescentes de 15 a 19 anos, que já eram mães, possuíam de 0 a 03 anos de escolaridade. Este percentual cai para 25,1 dentro as que possuíam 04 anos de escolaridade, chegando a 6,4% na faixa de 09 a 11 anos de estudo.

A escolaridade pode ser tomada como um dos determinantes da fecundidade, principalmente entre mulheres adultas. Na relação entre gravidez na adolescência e educação, devemos

destacar que existe uma via de mão dupla, ou seja, estar grávida na adolescência pode limitar as oportunidades de educação e de desenvolvimento das aptidões para o trabalho e, por outro lado, a falta de acesso à educação pode ser considerada como fator de favorecimento para a gravidez, uma vez que a maternidade irá se apresentar para as mulheres como um caminho a uma possível melhoria nas condições de vida.

Gráfico 2

Escolaridade / Gravidez na adolescência.

A pesquisa da DHS não traz dados das mulheres de 10 a 14 anos, apesar da constatação de aumento de partos nesta faixa etária, bem como aumento do número de adolescentes que se iniciam sexualmente antes dos 14 anos. Analisando os dados da tabela seguinte, percebemos que 36,8% das mulheres de 15 a 19 anos havia se iniciado sexualmente antes dos 14 anos; para as mulheres de 20 a 24 este percentual cai para 14,6%.

TABELA 19**Idade do primeiro intercurso sexual**

	15 a 19 anos	
	Frequência	Percentual
Idade		
10	2	0,3
11	9	1,2
12	26	3,4
13	75	9,9
14	167	22,0
15	171	22,5
16	152	20,0
17	108	14,2
18	41	5,4
19	8	1,1
Total	759	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

No que se refere aos partos em menores de 14 anos, em 1997, segundo dados do Ministério da Saúde (quadro 1), aproximadamente 700 mil adolescentes deram a luz através do SUS, sendo que 32 mil destes partos foram realizados em meninas de 10 a 14 anos de idade. Nesta faixa etária, o parto representa a primeira causa de internação de meninas no Sistema Único de Saúde. Em 1993, 0,93% dos partos realizados no SUS aconteceram na faixa de 10 a 14 anos; para o ano de 1996, o percentual foi de 1,16%. Apesar de representar um peso estatístico pequeno, sua repercussão enquanto fenômeno social é alarmante. Do total de partos realizados no SUS, no ano de 1993, 21,40% foi realizado na faixa etária de 15 a 19 anos. Em 1997, este percentual chega a 25,27%, demonstrando um fenômeno em expansão.

Quadro 01

Partos por faixa etária - Brasil, 1993-1997

Ano	Totais de partos no SUS (todos os tipos)	% de partos de adolescentes (todos os tipos)			Outras idades	
		10-14	15-19	20-24		
1993	2.856.255,00	0,93%	21,41%	32,91%		44,75%
1994	2.852.834,00	0,93%	22,27%	32,85%		43,95%
1995	2.821.211,00	1,00%	23,44%	32,47%		43,09%
1996	2.743.141,00	1,16%	24,63%	32,33%		41,88%
1997	2.718.265,00	1,23%	25,27%		73,50%	

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS/FNS

No mesmo ano, na rede particular, os partos em adolescentes foram estimados em mais de 200 mil. Para além do ônus social de uma gravidez precoce, não devemos perder de vista o ônus econômico deste fato.

O aumento do número da gravidez precoce faz crescer, na mesma proporção, o número de curetagens decorrentes de abortos mal feitos em adolescentes. De 1993 a 1997, as curetagens pós-aborto feitas pelo SUS na faixa etária de 10 a 19 anos passaram de 19% para 22% do total de procedimentos.

6.2.1. Comportamento sexual

O aumento da gravidez adolescente e do número de mulheres jovens infectadas – via relação sexual– pelo HIV serve como indicativo de que as mulheres estão, de fato, tendo relações sexuais em idade cada vez mais precoce, e que não estão utilizando preservativo ou outras medidas contraceptivas. Cabe, portanto, entender o padrão de comportamento adolescente no que diz respeito ao conhecimento e ao uso de medidas contraceptivas .

Dados da DHS mostram que o conhecimento de métodos é bastante expressivo entre os adolescentes, visto que 99,4 % relataram conhecer pelo menos um método (tabela 20). A pesquisa não mede, no entanto, o tipo de conhecimento. Uma resposta positiva para o conhecimento da pílula, por exemplo, não nos permite avaliar se a adolescente sabe usar corretamente este método. O desconhecimento da forma correta de utilizar os métodos, bem como a escolha inadequada, pode levar a falhas e resultar em alguns casos, na gravidez . A inadequação do método pode levar a interrupção de seu uso: é o caso de mulheres que deixam de usar a pílula por receio dos efeitos colaterais. É válido destacar que os altos índices de gravidez na adolescência não podem estar associados simplesmente à questão de conhecimento ou não de métodos contraceptivos. O acesso aos métodos, bem como informações claras e precisas quanto à forma de utilização dos mesmos, devem ser levados em consideração.

TABELA 20

Conhecimento de algum método contraceptivo

Conhecimento	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Não conhece	22	0,9	8	0,4
Conhece métodos modernos	2515	99,1	1983	99,6
Total	2537	100,0	1991	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Como assinalado por Bozon (1993), o comportamento na primeira relação sexual é sinalizador da vida sexual das jovens. No caso de nossa população, percebe-se que embora o conhecimento seja quase total entre as jovens (15 a 19 anos), a grande maioria não usou nenhum método no primeiro intercuro sexual, sendo que 19,9% alegaram o desconhecimento como motivo para o não uso; 30,2 % das adolescentes alegaram a "*não preocupação*" e 28,8% "*não esperava*" ter relações no momento. Um percentual baixo de mulheres manifestou desejo de engravidar (6,3%). Tal fato demonstra que as mulheres não adotam um comportamento preventivo, seja no sentido de evitar uma gravidez não planejada ou as DST's. (tabela 21).

TABELA 21

Motivo de não uso de método no 1o. Intercuro Sexual

Motivo	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
Não esperava ter relações no momento	155	28,8	282	28,8
Não conhecia nenhum método	107	19,9	193	19,7
Queria engravidar	34	6,3	63	6,4
Não se preocupou com isso	163	30,2	323	33,0
Outros	80	14,8	119	12,1
Total	539	100,0	980	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Dentre as adolescentes que usaram algum método na primeira relação, a maioria utilizou a camisinha (50,5%) e a pílula (27,5%). Se a "*não premeditação*" ou a "*fortuidade*" das relações dificulta o uso da anticoncepção planejada a longo prazo(pílula ou diafragma), o preservativo pode ser uma alternativa para os adolescentes.

O conhecimento do preservativo é quase total entre as adolescentes, apenas 1,5 % declarou não conhecer este método. Outro dado interessante é que a grande maioria, 80,6%, conhece

o preservativo como método contraceptivo, bem como forma de prevenção de DST's. O conhecimento, portanto, não se traduz em uso: 78,5% não utilizaram o preservativo no último intercuro sexual.

TABELA 22

Conhecimento de método contraceptivo (preservativo)

Conhecimento	15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Nunca ouviu falar	39	1,5	21	1,1
Conhece apenas para PF	441	17,4	288	14,5
Conhece apenas para DSTs	12	0,5	3	0,2
Conhece para PF e DSTs	2045	80,6	1679	84,3
Total	2537	100,0	1991	100,0

Nota: PF - Planejamento Familiar ; DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)

Dados de outras pesquisas nos mostram que o conhecimento de métodos contraceptivos (MAC's) é elevado entre os jovens, embora este conhecimento não seja traduzido em uso efetivo. Segundo dados do relatório "**Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives**" (1998), das 260 milhões de mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos em todo o mundo, casadas e solteiras, cerca de 11% são sexualmente ativas e não desejam engravidar. No entanto, não usam qualquer tipo de contraceptivo moderno (pílula, injeções, DIU, implante, esterilização, diafragma, camisinha ou espermicidas).

Ainda segundo dados da Demography Health Survey - DHS/1996, o percentual de utilização de métodos contraceptivos por jovens ainda é muito reduzido. Apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos e 42% na faixa etária de 20 a 24 anos estavam utilizando algum tipo de método. Apesar de um baixo percentual de uso, se comparado com os dados de 1986, podemos notar um aumento na prevalência do uso de MAC's. O uso de contraceptivos por mulheres de 15 a 24 anos aumentou de 2,9% em 1986, para 11,5% em 1996

Como foi observado na parte descritiva o perfil das adolescentes no país nos mostra um quadro de mulheres vivendo em áreas urbanas, com predominância de brancas, católicas, solteiras e que já não freqüentam a escola. O comportamento sexual e reprodutivo ganha destaque à medida que se verifica uma alta porcentagem de adolescentes que conhecem métodos, mas um baixo percentual de uso. A realidade do intercuro sexual em relações pré-maritais é constatada , bem como a gravidez, com continuo aumento nas últimas três décadas, no Brasil e no mundo.

Os dois perfis traçados serviram de pano de fundo para a composição dos modelos estatísticos que serão analisados a seguir.

Capítulo VII: Análise dos dados

O objetivo do referido capítulo é testar os dois modelos que foram apontados na parte metodológica.

Modelo 1

No primeiro foram selecionadas só as mulheres que à época da pesquisa tinham de 15 a 24 anos e que tiveram o primeiro intercuro sexual até os 19 anos, ou seja, na adolescência. Estabelecida esta condição contamos com 1713 mulheres. A partir destes dados estimamos as chances das mesmas terem usado qualquer método contraceptivo na primeira relação, levando em consideração alguns fatores que acreditamos estarem fortemente relacionados ao fato de uso ou não de medidas contraceptivas, tais como: local de residência (urbano ou rural), escolaridade (anos de educação) e conversar sobre planejamento familiar com a mãe.

A nossa principal variável independente refere-se ao fato da adolescente ter conversado sobre planejamento familiar com a mãe e alguns fatores orientaram nossa escolha.

Em uma sociedade, que limita e condiciona a sexualidade das adolescentes do sexo feminino, o fato das adolescentes terem acesso a alguma forma de diálogo sobre planejamento familiar com a mãe pode propiciar às adolescentes a prática de relações sexuais protegidas, bem como escolhas mais acertadas quanto ao método mais adequado e informações mais seguras quanto a maneira correta de utilizá-los.

O resultado da análise de regressão para este fenômeno mostrou-se bastante significativa. Segundo a tabela 23, podemos perceber que o fato de conversar com a mãe aumenta em 188,44% as chances de uma adolescente usar algum método contraceptivo na primeira relação.

Tabela 23
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Terconv mãe	1,061	0,200	28,190	0,000	2,888	188,4
Constante	-0,815	0,055	221,9612	0,000	0,442	
-2 Log likelihood	2086,235					
R Cox & Snell	0,017					
R Nagelkerke	0,023					

Fonte: DHS-1996.

Nota: Variável Dependente = Ter usado método no primeiro intercurso sexual.

Este resultado é muito significativo e serve para confirmar nossa hipótese sobre a dupla moral sugerida no capítulo teórico.

A literatura referente ao tema, bem como pesquisas anteriores, apontam o nível educacional como um fator determinante do comportamento sexual e reprodutivo das mulheres. Como foi observado na parte descritiva, o aumento da escolaridade contribui para o adiamento da maternidade. Da mesma forma, mulheres mais escolarizadas são mais propensas a usarem método contraceptivo na primeira relação sexual.

Gupta e Leite (2001), analisam os determinantes do comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes sob três dimensões: a iniciação sexual, o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual e a fecundidade. Os autores utilizam as variáveis lugar de residência (urbano ou rural), religião (católica, outra, sem religião), raça (branca, outras), exposição a mídia e educação (0, 4-5, 5 ou mais anos de escolaridade) como fatores prováveis de influenciar o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes.

Nos resultados apresentados os autores destacam que as variáveis exposição à mídia e cor não foram estatisticamente significantes em nenhuma das três análises. A variável religião só apresentou efeito significativo em relação à probabilidade da mulher ter a primeira relação sexual antes dos 19 anos (Grupta e Leite, 2001). A variável Educação, por sua vez, aparece como o mais importante determinante do comportamento sexual e reprodutivo entre os adolescentes.

Adolescente com 5 ou mais anos de escolaridade são menos propensas a ter a primeira relação sexual; mais propensas a usarem algum método anticoncepcional na primeira relação; e apresentam riscos mais baixos de ter filhos, em comparação com adolescentes com até 4 anos de estudo. (Gupta e Leite, 2001, p16)

Tal realidade foi apontada na parte descritiva de nosso trabalho, na qual se observa a forte correlação entre escolaridade e gravidez na adolescência. O gráfico a seguir mostra a relação entre a probabilidade de ter usado algum método contraceptivo na primeira relação e os anos de estudo. Como podemos perceber as chances de usar proteção na primeira relação crescem monotonicamente à medida que aumentam os anos de escolaridade. Das mulheres que tinham 0 ano de escolaridade apenas 9% utilizou método preventivo na primeira relação. Ao passo que, entre as mulheres que declararam ter de 4 a 8 anos de escolaridade este percentual situa-se entre 20% e 44%. O maior percentual de mulheres que usou algum tipo de método na primeira intercurso aparece entre as universitárias, ou seja 85%.

Gráfico 3

Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual.

Probabilidade
de ter usado
método
contraceptivo
na 1ª relação

Educação em anos de estudo

A análise do gráfico confirma nossa teoria a respeito da importância da variável educação. Desse modo, em um segundo momento, faz-se necessário a inclusão da variável anos de escolaridade para observarmos, não apenas seu poder explicativo sobre as chances das adolescentes terem usado algum método contraceptivo na primeira relação mas, principalmente, observar de que maneira a sua inclusão afeta o poder explicativo do fato das respondentes terem conversado com a mãe.

Assim sendo, foi feita uma regressão logística para estimar a probabilidade de uso de qualquer método contraceptivo na primeira relação segundo a escolaridade. Nosso intuito é verificar se na verdade, o fato de usar ou não método na primeira relação está mais associado ao nível educacional da adolescente, e menos ao fato das mesmas terem espaço para o diálogo sobre planejamento familiar, como foi sugerido no nosso primeiro modelo. Ou seja, nosso objetivo é verificar se o fato das adolescentes terem espaço para o diálogo com a mãe sobre planejamento familiar, possui poder explicativo mesmo depois de controlado por educação.

Tabela24
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Convers.com mãe	0,772	0,210	13,490	0,000	2,163	116,0
Escolaridade	0,228	0,019	144,697	0,000	1,256	25,6
Constante	-2,363	0,146	260,969	0,000	0,094	
-2 Log likelihood	1919,002					
R Cox &Snell	0,108					
R Nagelkerke	0,150					

Fonte:DHS-1996.

Not.: Variável Dependente = Ter usado método no primeiro intercurso sexual.

De acordo com os resultados do novo modelo utilizado, podemos perceber que cada ano a mais de escolaridade formal eleva em 25,6% as chances da adolescente ter utilizado método contraceptivo na primeira relação sexual. Apesar da educação roubar um pouco o efeito de ter conversado com a mãe, esta última variável ainda é estatisticamente significativa sobre o fato de usar ou não método no primeiro intercurso sexual, ou seja, independente do nível educacional, o fato de conversar com a mãe aumenta as chances de um primeiro intercurso com proteção. O fato de conversar com a mãe aumenta em 116% as chances de uso de prevenção na primeira relação, mesmo levando-se em consideração o nível educacional da mulher.

Como sugerido no nosso modelo, introduzimos a variável local de residência para perceber a influência da mesma no fato de usar ou não método contraceptivo na primeira relação sexual. Tal escolha, esta pautada no pressuposto de que o fato de morar em uma comunidade rural ou urbana irá influenciar o comportamento das pessoas, uma vez que, o comportamento humano é condicionado também pelo ambiente sócio-cultural. De acordo com esta lógica: morar no setor

rural levaria as pessoas a se comportarem de forma mais conservadora e morar no setor urbano levaria as pessoas a adotarem uma postura menos conservadora.

De acordo com os dados da tabela a seguir percebemos que o fato de morar em áreas urbanas ou rurais não apresenta importância significativa em nosso modelo e também não altera o efeito das outras duas variáveis

Tabela 25
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Ter com mãe	0,771	0,210	13,475	0,000	2,162	116,2
Escolaridade	0,226	0,020	129,929	0,000	1,254	25,4
Urbrur	0,050	0,172	0,084	0,771	1,051	-22,9
Constante	-2,394	0,182	173,355	0,000	0,091	
2 Log likelihood	1919,002					
R Cox & Snell	0,108					
R Nagelkerke	0,150					

Fonte: DHS-1996.

Nota: Variável Dependente = Ter usado método no primeiro intercurso sexual.

Tal conclusão está de acordo com os estudos de outros autores (Gupta e Leite1999), que destacam que o fato de residirem em áreas urbanas ou rurais não apresenta efeito significativo quanto a ter um filho na adolescência e nem a prática de uso de método contraceptivo na primeira relação sexual.

Modelo 2

No segundo modelo, avaliamos a probabilidade da ocorrência da gravidez antes dos 20 anos (variável dependente). Escolaridade, conversar com a mãe sobre planejamento familiar e meio urbano e rural foram usadas como variáveis independentes.

Na primeira regressão, observamos a significância estatística de ter conversado com a mãe, uma vez que este fator diminuiu em 56% as chances da adolescente engravidar antes dos 20 anos de idade. Desse modo, concluímos que conversar com a mãe sobre planejamento familiar funciona como fator de proteção para a gravidez na adolescência.

Tabela 26
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Terconv mãe	-0,824	0,185	19,846	0,000	0,439	-56,20
Constante	-1,222	0,037	1064,054	0,000	0,295	
2 Log likelihood	4561,559					
R Cox &Snell	0,006					
R Nagelkerke	0,008					

Fonte: DHS-1996.

Nota: Variável Dependente = Ter tido filho antes dos 20 anos.

Do mesmo modo que no modelo anterior, faz-se necessário introduzir a variável educação para avaliar se mesmo após sua introdução a variável ter conversado com a mãe permanece significativa.

Tabela 27
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Convers.com mãe	-0,489	0,189	6,671	0,010	0,613	-38,7
Escolaridade	-0,220	0,013	272,160	0,000	0,803	-19,7
Constante	0,133	0,085	2,462	0,117	1,142	
2 Log likelihood	4554,119					
R Cox &Snell	0,073					
R Nagelkerke	0,112					

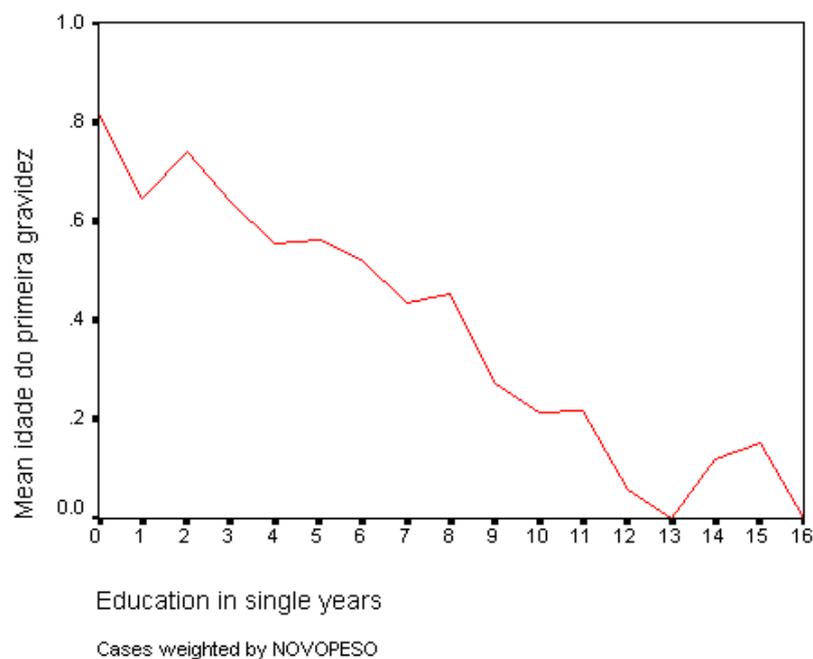
Fonte:DHS-1996.

Nota: Variável Dependente = Ter ido filho antes dos 20 anos.

O Gráfico seguinte nos indica que quanto maior a escolaridade, menores as chances da adolescente ter um filho antes dos 20. Observa-se que as chances de uma gravidez precoce é de 80% quando temos 0 ano de educação, e no outro extremo com 13 anos de escolaridade temos 0% de chance de gravidez. É válido destacar que, aos 15 anos de idade, se completado os ciclos normais de escolaridade, teremos aproximadamente 9 anos de educação o que representa em torno de 20% de chance de uma gravidez. Aos 19 anos temos a possibilidade de atingir 13 anos de educação, o que representa 0% de chance de uma gravidez.

Gráfico 4

Ter tido filho na adolescência /Anos de escolaridade.



Mesmo controlando por educação, a variável ter conversado com a mãe continua funcionando como fator de proteção para a gravidez antes dos 20 anos. Os dados da Tabela 27 nos indicam que este fato reduz em 38,% as chances de uma gravidez precoce. Desse modo, independente

do nível de escolaridade da adolescente o fato de conversar com a mãe sobre planejamento familiar é fator de proteção.

Finalmente, introduzimos a variável local de residência (urbano/rural) para avaliar sua relação com a gravidez antes dos 20 anos.

Tabela 28
Coefficientes de Regressão Logística: Brasil, 1996.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp(b)</i>	<i>[Exp(b)-1] X 100</i>
Terconv mãe	-0,490	0,189	6,683	0,010	0,613	-38,7
Escolaridade	-,0223	0,14	252,852	0,000	0,800	-0,20
Urb/Rural	0,076	0,096	0,628	0,428	1,079	7,9
Constante	0,094	0,098	0,919	0,338	1,099	
2 Log likelihood	4253,487					
R Cox & Snell	0,073					
R Nagelkerke	0,112					

Fonte: DHS-1996.

Nota: Variável Dependente = Ter ido filho antes dos 20 anos

Podemos concluir que o local de residência não apresenta significância estatística, assim sendo, tanto as adolescentes que moram em meio urbano, quanto aquelas que moram no meio rural têm as chances aumentadas de se protegerem contra a gravidez na adolescência quando conversam com a mãe. O fato de conversar com a mãe diminui em 38% as chances de gravidez na adolescência, mesmo levando-se em consideração anos de escolaridade e local de residência.

Considerações Finais

A primeira consideração que podemos traçar, é que programas e ações que abordem a sexualidade e da saúde reprodutiva de homens e mulheres, para além da dimensão meramente biológica/reprodutivista só podem ser implementados levando-se em consideração os aspectos afetivos, culturais e sociais que perpassam os processos reprodutivos. A compreensão da gravidez precoce, por exemplo, deve ser vista a partir da perspectiva da construção do "*ser homem*" e do "*ser mulher*" em um dado contexto social e cultural.

Desse modo, o comportamento preventivo, através da educação sexual, deve estar mais presente no início da vida sexual. As políticas públicas, que buscam atingir o problema da gravidez precoce e não planejada entre as jovens, precisam ter como alvo as primeiras relações sexuais. Outro ponto importante para o direcionamento das políticas públicas voltadas para a prevenção da gravidez não-desejada, diz respeito à necessidade de refletir sobre a lógica que orienta as práticas cotidianas dos atores sociais nas questões relacionadas à sexualidade e reprodução. Não podemos perder de vista, que as políticas de intervenção que tenham por objetivo alterar o comportamento individual, devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas. A Informação e educação, por si só, não resolve tal problema, ou seja, na elaboração de estratégias educativas, devemos considerar que, ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas antes são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos.

Outro ponto que merece destaque, refere-se à necessidade de inclusão dos homens (pais) no âmbito da reprodução. A gravidez deve ser vista como um processo relacional e não como um evento isolado na vida de homens e mulheres. A maternidade não deve ser focalizada como marca exclusiva do gênero feminino, excluindo a cumplicidade e a participação dos homens no processo reprodutivo.

Muitas vezes os adolescentes buscam informações e discutem temas referentes à sexualidade apenas entre seus companheiros do mesmo sexo, o que barra assim o entendimento de questões referentes ao sexo oposto. Desse modo, destacamos a necessidade de preencher tal lacuna, aproximando meninas e meninos e permitindo que a sexualidade do outro possa ser compreendida e respeitada. Tal fato poderá proporcionar uma base mais igualitária para as relações de gênero.

Os profissionais de saúde jogam papel importante no sentido de promover a saúde reprodutiva dos adolescentes, principalmente daqueles que por qualquer motivo já não freqüentam a escola. Médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde podem atuar como agentes de educação, no sentido de evitar a gravidez precoce, ou quando do caso da primeira gravidez, a sua reincidência. Cabe destacar, que não é tarefa fácil, uma vez que estamos falando de sujeitos sociais inseridos em uma realidade onde a gravidez precoce é vista como negativa, grave e indesejável.

Desse modo, ressaltamos a importância de uma análise mais aprofundada, para medir em nossa sociedade a interferência da assimetria de poder entre os sexos, no que se refere ao comportamento sexual e reprodutivo. Uma análise nesta perspectiva contribuirá na elaboração de políticas públicas na área de saúde e educação, que privilegiem abordagens baseadas não somente em aspectos biológicos e psicológicos mas que, considerem a dimensão cultural e simbólica no tratamento de questões como gravidez precoce e AIDS.

Outro caminho que pode ser percorrido para o entendimento da gravidez na adolescência está ligado ao desejo universal da maternidade, no qual a adolescente testa sua feminilidade através de sua capacidade procriativa. Ser mulher em muitos casos equivale a ser mãe e é sinônimo de status.

A gravidez adolescente pode ser fruto de um desejo – inconsciente ou consciente- vinculado à valorização do papel de mãe em nossa sociedade. Alguns estudos (Desser 1996, Monteiro

2001), demonstram como as adolescentes, sobretudo nas camadas de baixo nível sócio econômico, projetam na gravidez e na maternidade um status e uma identificação com o mundo adulto. Neste contexto a maternidade se apresenta como a chave para a entrada no mundo adulto.

Já nas camadas médias, o estudo e o trabalho se colocam como possibilidades mais concretas, adiando deste modo, o projeto da maternidade e permitindo que as adolescentes vivam de forma mais prolongada o período da adolescência. Desse modo, a adolescência, enquanto um fenômeno social é vivenciada de maneira distinta, segundo o grupo social ao qual pertence a adolescente. Ela prolonga-se nas camadas de melhor nível sócio econômico e é mais curta em situações sociais menos favoráveis.

O número expressivo de meninas que se tornam mães na adolescência pode ser tomado como sinal de que há um sentido atribuído pelas mesmas à sexualidade e à reprodução, que não deve ser negligenciado. A opção pela maternidade pode ser a tentativa (consciente ou inconsciente) de assegurarem um lugar instituído socialmente como respeitado.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, Arminda. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes médicas, 1981.

AFONSO, M L M. . A polêmica sobre adolescência e sexualidade: Belo Horizonte. Ed Campos Social, 2001.p 248

ARENDT, Hannah. A condição humana. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro, Guanabara, 1973.

.ADOLESCENT reproductive health: making a difference. **Outlook**, v.16, n.3, Dez.1998.

AKERLOF, G. A . ; YELLEN, J. L. ; KATZ M. L. An analysis of out-of-wedlock childbearing in the United States. **Quarterly Journal of Economics**, v. 111, n.2, p. 277-317, May 1996.

ÁVILA NETO, Maria Inácia. O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 1994.

BAENINGER, Rosana. Demografia da população jovem. In: SCHOR, Nelia ; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa ; CASTELO BRANCO, Viviane (orgs.) **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. vol. 1, p.19-29.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan (org). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. Pg.180-197.

BEMFAM. **Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.182p.

_____. **Adolescentes, jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999. 160p.

BERCOVICH, A . M. ; VELLÔSO, H. C. Estudo da compatibilidade dos dados dos censos demográficos: sua aplicação às estimativas de fecundidade In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4, 1984, Águas de São Pedro, SP. **Anais...** .São Paulo: ABEP, 1984. v.2, p.765-782.

- BERQUÓ, E. Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. v. 1, p. 93-108.
- _____ ; CAMARANO, A . A ; CANNON, L. R. C; CASTRO, M. G.; CÔRREA, S. **Os jovens no Brasil** : diagnóstico nacional. Brasília: CNPD, 1998. 61p.
- BESSE, Susan K. Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil, 1914-1940. São Paulo: edusp, 1999.
- BEAUVOIR, Simone. O Segundo Sexo, Nova Fronteira, 1980.
- BLANC, A . K. ; WAY A . A . Sexual behavior, contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. **Studies in Family Planning**, v.29, n.2, p.106-116, Jun.1998.
- BOZON, M. L'entrée dans la sexualité adult: le premier rapport et ses suites Du calendrier aux attitudes. **Population**, n. 5, p. 1317-1352, 1993.
- BUVINIC, M. Costs of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico. **Studies in Family Planning**, v.29, n. 2, p. 201-209, Jun. 1998.
- CAMARANO, A .A . Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. v.1, p. 109-133.
- CÉSAR, C. C., MIRANDA-RIBEIRO, P. ABREU, D. M. X. **Efeito idade ou efeito pobreza?** mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. Revista Brasileira de Estudos da População. Campinas, SP, v.17, n.1/2, p.177-196, 2000.
- CHODOROW, Nancy. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, Michelle Zimbalist & LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura, a sociedade (coord). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- DADOORIAN, Diana. Adolescentes: Por que elas querem engravidar? Revista Feminina, vol.24, no. 01, janeiro/fevereiro de 1996.
- DESSER, Nanete Ávila. Adolescência: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- DÍAZ, J. ; DÍAZ, M. Contracepção na adolescência. In: SCHOR, Nelia ; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa ; CASTELO BRANCO, Viviane (orgs.) **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. v.1, p. 249-257.

- FRIAS, Luiz Armando de Medeiros & OLIVEIRA, Juarez de Castro. Níveis, tendências e diferenciais de fecundidade no Brasil a partir da década de 30. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Campinas, 1991.
- GAGE-BRANDON, A . J. Sexual activity and contraceptive use: the components of the decisionmaking process. *Studies in Family Planning*, v.29, n.2, p.154-166, Jun.1998.
- _____ ; MEEKERS, D. Sex, contraception and childbearing before marriage in Sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives*, v.19, n.1, p.14-18, 1993.
- GOLDANI, A . M. Família, trajetórias individuais e mudanças demográficas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7, 1990, São Paulo. *Anais...* . São Paulo: ABEP, 1990. v. 1, p. 55-98.
- _____ . O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades. In: GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan (org). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. Pg.25-69.
- GUPTA, N. ; LEITE, I. da C. Adolescent fertility behavior: trends and determinants in northeastern Brazil. *International Family Planning Perspectives*, v.25, n.3, p.125-131, 1999.
- HEILBORN, Luiza (org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- HOSMER, D. W. ; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989. 307p.
- KAREN, Giffin (org). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999. 468p.
- LEVY, M. S. F. Mães solteiras jovens. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Caxambu, MG. *Anais...* . Belo Horizonte : 1994. v. 2, p. 47-75, 1994.
- MARTÍNEZ, Ana Isabel Fábregas. Explorando a sexualidade do michê na cidade de Porto Alegre. In: BARBOSA, Regina Maria et al (org). Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas,SP: Editora da Unicamp, 2002.
- MELO, A. V de. Gravidez na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu, MG, *Anais...* . Belo Horizonte: ABEP, 1996, v. 3, p.1439-1454.

- _____ ; CASTIÑEIRAS, L. L. Mães precoces: uma realidade no estado de São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Caxambu, MG, *Anais...* Belo Horizonte: ABEP, 1994. v. 2, p. 117-128.
- MENSCH, B. S. ; BRUCE, J. ; GREENE, M. E. *The uncharted passage*: girls' adolescence in the developing world. New York: Population Council, 1998.
- MIRANDA-RIBEIRO, P. *Telenovela and the Sexuality Transition among Teenagers in Brazil*. EUA: The University of Texas at Austin, December 1997. (Tese de Doutorado)
- MONTEIRO, Simone. Qual prevenção ? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MONTEIRO, Simone. Gênero, Saúde e Proteção entre Jovens – Um perfil tradicional. IN: BARBOSA, Regina Maria et alli. Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Risking the future*: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing. Washington, D. C.: National Academy, 1987. v.1
- OLIVEIRA, J. C. ; PEREIRA, N. O. ; CAMARANO, A . A. ; BAENINGER, R. Evolução e características da população jovem no Brasil. In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. v. 1, p. 7-20.
- OLIVEIRA, Maria Waldenez. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. Cadernos CEDES, v.19, no.45, Campinas, jul.1998.
- ORTNER, Sherry B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura ? In: ROSALDO, Michelle Zimbalist & LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura, a sociedade (coord). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- OUTEIRAL, José Ottoni. Adolescer: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- QUINTANEIRO, Tania. Retratos de mulher: o cotidiano feminino no Brasil sob o olhar de viajeiros do século XIX. Petrópolis,RJ: Vozes, 1995.
- RIOS-NETO, Eduardo L.G. Passado, presente e futuro da fecundidade: uma visão de idade, período e coorte. Revista Brasileira de Estudos de População, v.17, n1/2, jan/dez. 2000.
- RODRIGUES, Gilda de Castro. Gravidez na adolescência. *Revista Dois Pontos*, versão 94/95.

- SOARES, Weber & AGUIRRE, Moisés Calle. Redes sociais, gênero e fecundidade: a fuga do reino das citações. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002, Ouro Preto, MG.
- VAITSMAN, Jeni. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: PUPPIN, Andréa Brandão & MURARO, Rose Marie (org). Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. Pg.13-20.
- VIEGAS-PEREIRA, A. P. F. **AIDS. Prevenir é tão fácil quanto pegar?** um estudo sobre os fatores que determinam o uso de preservativo entre adolescentes na era da AIDS. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2000. (Dissertação de Mestrado em Demografia)
- VIEIRA, M. M. **Gravidez na adolescência:** conseqüências para a situação futura da mulher. Belo Horizonte: UFMG/FACE, 1992. (Monografia de graduação em Economia).
- WESTOFF, C. F. The potential demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, v.14, n. 2, p. 45-53, 1988.
- WOOD, C. H., CARVALHO, J. A . M. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil.