

# GRAVIDEZ EM MÃES ADOLESCENTES\*

## Estudo no Distrito de Beja 1986-1991

RUI SOUSA SANTOS

Sub-Região de Saúde de Beja da ARS Alentejo

### RESUMO

Estudo retrospectivo e contextual da gravidez e do parto, desenvolvido na área da Sub-Região de Saúde de Beja, em mães com dezanove anos ou menos, residentes no distrito de Beja, que deram à luz nos períodos compreendidos entre 1 de Janeiro de 1986 e 31 de Dezembro de 1987 e entre 1 de Janeiro de 1988 e 31 de Dezembro de 1991. Procedeu-se à entrevista de um universo de 216 mães nas condições atrás descritas cuja identificação completa foi conseguida, a quem foi pedida a resposta a quatro questionários relacionados com o seguimento da gravidez e o parto, os aspectos familiares e psicossociais, os dados relativos aos pais das crianças e os dados relativos ao primeiro ano de vida das crianças. Os resultados obtidos apontam para o facto de a gravidez em mães adolescentes, no universo estudado, ser um fenómeno por estas assumido e socialmente bem aceite, inclusivamente pelas famílias de origem das mães, constituindo um instrumento no processo de autonomização das jovens num cenário social que não oferece grandes alternativas no desenvolvimento pessoal. A gravidez nestas jovens não parece apresentar um risco biológico, psicológico ou social significativamente mais elevado, à partida, do que o conhecido em escalões etários mais elevados. Conclui-se, por fim, que, embora pareça haver uma razoável adequação da oferta de serviços de saúde, se torna necessário proceder a uma mais fina adaptação da sua organização e acessibilidade a este público destinatário específico.

### SUMMARY

#### PREGNANCY IN ADOLESCENT MOTHERS

##### A study in the district of Beja 1986-1991

A retrospective and contextual study of pregnancy and delivery in adolescent mothers aged nineteen years or less has been developed in the area of the Beja Health Sub-Authority, with delivery between January 1, 1986 and December 31, 1987 and between January 1, 1988 and December 31, 1991. A universe of 216 young mothers in those conditions, whose complete identification was possible, were interviewed and asked to answer four questionnaires concerning surveillance of the pregnancy and the delivery, the family and psychosocial aspects, data on the child's father and data on the child's first year of life. The results obtained point to the fact that pregnancy in adolescents, in the studied universe, is well assumed and socially well accepted, even by the mothers' families of origin and viewed by the adolescent mothers as an instrument in their process of becoming autonomous in a social setting that offers no alternatives for personal development. The pregnancy, in those young mothers, does not appear to have a significantly higher biological, psychological or social risk than the known identical risks in older mothers. Finally, the results suggest that, even with the offer of quite good health services, it is necessary to review their organization and accessibility to those services in the form of a more well defined adaptation to this very specific kind of public.

\* Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, do Ministério da Saúde, pelo P.I. n.º 96/92.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é tida como um problema relevante na área da saúde pública a nível mundial, tanto nos países desenvolvidos como naqueles considerados em vias de desenvolvimento, justificando a grande quantidade de estudos e trabalhos que se encontram publicados na literatura internacional. Em Portugal este fenómeno adquire, também, magnitude considerável, verificando-se uma quase triplicação dos partos em mães adolescentes (com idade inferior a 20 anos) entre 1930 (7910 partos – 4,0% do total de partos no ano) e 1978 (19078 partos – 11,3% do total)<sup>1</sup>. É evidente, contudo, uma sensível diminuição da fecundidade deste escalão etário, sobretudo a partir de 1980<sup>2</sup>, tendo havido uma redução de cerca de 3400 nascimentos entre 1986 (12 706) e 1993 (9307), segundo as estatísticas demográficas do Instituto Nacional de Estatística. A revisão de literatura nacional e internacional sobre esta área de investigação evidencia posições substancialmente diferentes em relação à gravidez em adolescentes e ao seu risco biológico e psicossocial, confrontando-se, de certo modo, teses que atribuem o fenómeno ao desconhecimento da fisiologia do aparelho reprodutivo e ao desconhecimento de métodos de contracepção associados a um início mais precoce da actividade sexual e atribuindo-lhe um grau de risco aumentado para a mãe e para o feto (integrando-o, inclusivamente, no modelo epidemiológico das «novas epidemias»)<sup>3,4</sup>, com afirmações de que a gravidez na adolescência poderá resultar de uma escolha consciente, sem risco aumentado face aos nascimentos originários de mães mais velhas, desde que receba o devido apoio em termos sociais, económicos e psicoafectivos<sup>5,6</sup>.

O distrito de Beja é um dos que, em Portugal, apresenta uma maior taxa de nascimentos de filhos de mães adolescentes, variando, no período que medeia entre 1986 e 1991, entre 13,7% e 15,2% do total de partos verificados na única maternidade do distrito. Sendo o Baixo-Alentejo a região economicamente mais deprimida do país e apresentando características geodemográficas muito peculiares, ao mesmo tempo que apresenta dos melhores indicadores a nível nacional na área da saúde da mãe e da criança, procurou-se com este estudo uma melhor compreensão do fenómeno, tanto no sentido da valorização do seu impacto biológico, psicológico e social, positivo ou negativo, como na perspectiva da eventual necessidade de maior adaptação dos serviços prestadores de cuidados de saúde e de uma eventual modificação da atitude e atenção dos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde às jovens adolescentes e suas famílias.

## MATERIAL E MÉTODOS

A partir dos livros de partos da Maternidade do Hospital Distrital de Beja (único local de parto hospitalar em todo o distrito) foram obtidos os dados de identificação de 1219 jovens mães, com partos desenrolados entre 1 de Janeiro de 1986 e 31 de Dezembro de 1987 e entre 1 de Janeiro de 1989 e 31 de Dezembro de 1991. Com base

nesses dados (nome, idade, concelho de residência, data do parto, data da alta, sexo e peso do bebé) foi solicitado, a cada um dos catorze Centros de Saúde do distrito, através do respectivo Coordenador Concelhio do Programa de Saúde Materna, que fosse confirmada, nos seus ficheiros, a identificação e a idade das mães, bem como a data do parto e fosse fornecida a morada completa daquelas. Do número inicialmente obtido na Maternidade, foi possível conseguir a plena identificação de 485 mães com menos de 20 anos. A estas mães, residentes na totalidade dos concelhos do distrito, foi enviada uma carta contendo um convite à participação no estudo (em que era garantida a total confidencialidade dos dados) e uma declaração em na qual a mãe, aponto a sua assinatura, manifestava a sua concordância em ser entrevistada e em participar no estudo. Esta declaração era devolvida em envelope já selado e pré-endereçado ao coordenador do estudo. Foi, assim, obtida a colaboração de 216 mães com menos de 20 anos à data do parto, número este representativo da totalidade das mães nas mesmas condições originalmente identificado. Para além de algumas recusas à participação no estudo, foi notória a mobilidade da população jovem deste distrito devida, muito provavelmente, à dificuldade de emprego, que condiciona um aumento da migração interna e para o exterior do país, o que impossibilitou o contacto com um número significativo de mães adolescentes previamente identificadas. A entrevista das 216 mães foi levada a cabo por profissionais (médicos e enfermeiros) dos catorze Centros de Saúde, tendo-se verificado, em dois deles, a necessidade de recorrer, concomitantemente, a entrevistadores exteriores às instituições, devidamente credenciados, por insuficiência de profissionais disponíveis e pela grande dispersão geográfica dos locais de entrevista. Por contacto prévio do entrevistador com a mãe a ser entrevistada, foi combinado o local da entrevista, que variou entre o Centro de Saúde (ou sua Extensão) do concelho (ou área) de residência da entrevistada e o domicílio desta, conforme as mútuas conveniências. A cada uma das mães entrevistadas foi solicitada a resposta a quatro questionários, que contemplavam, respectivamente, as áreas (A) dados sobre a gravidez e o parto, (B) dados psicossociais e familiares, (C) dados referentes ao pai do bebé e (D) dados referentes ao bebé. Os questionários foram sujeitos a um pré-teste que conduziu à eliminação de algumas questões e à reformulação de algumas outras. A totalidade dos entrevistadores participou num seminário sobre o projecto e os questionários a aplicar, tendo sido aferida a concordância da explicitação e da interpretação das questões neles formuladas.

O questionário A continha cerca de quinze perguntas, referentes às variáveis: (1) seguimento da gravidez (agente, local, data de início, número de observações, eventuais internamentos no seu decurso); (2) estado nutricional (índice de massa corporal/IMC da mãe no início da gravidez, ganho ponderal durante a gravidez); (3) duração da gestação; (4) parto (tipo, existência de complicações, tempo de internamento após a sua realização); e (5) utilização do Boletim de Saúde da Grávida (BSG). O

questionário B abordou as seguintes variáveis: (1) idade da menarca; (2) idade da primeira relação sexual completa; (3) idade à data do início da gravidez; (4) paridade; (5) escolaridade (anos completados à data do início da gravidez, interrupção pela gravidez, eventual retoma dos estudos); (6) actividade profissional do pai da jovem; (7) estrutura da família de origem; (8) grau de aceitação da gravidez pela família de origem; (9) estado civil da jovem (à data do início da gravidez e no momento da resposta); (10) com quem vivia a jovem (na altura em que engravidou e no momento da resposta); (11) pessoa de apoio no momento em que soube que estava grávida; (12) aborto (prévio à gravidez em estudo, hipótese de provocar na gravidez em estudo); (13) apoio do pai do bebé; (14) grau de condicionamento do desenvolvimento pessoal da mãe; (15) grau de condicionamento do desenvolvimento profissional da mãe; (16) desejo da gravidez; (17) relação prececo mãe-filho (imagem pré-elaborada, cumprimento de expectativas); (18) sinais de depressão post-parto; (19) atitudes dos profissionais de saúde face à gravidez em mães adolescentes (no seguimento e na maternidade hospitalar); (20) expectativa face ao parto (medo durante a gravidez, medo à entrada para a maternidade, avaliação posterior); (21) possibilidade de acompanhamento durante o parto (acesso à informação, possibilidade, acompanhamento efectivo); (22) grau de conhecimentos básicos sobre fisiologia do aparelho reprodutivo e conhecimento; e (23) grau de conhecimentos e acesso a Planeamento Familiar e a meios contraceptivos. O questionário C, relativo ao pai do bebé, contemplava variáveis relativas à idade e ao grau de escolaridade daquele no início da gravidez. Por último, o questionário D colhia dados relativos às variáveis (1) peso ao nascer; (2) Apgar aos cinco minutos de vida; (3) internamento em Unidade de Neonatologia; (4) internamentos no primeiro ano de vida; (5) aleitamento materno e tempo em que foi exclusivo; (6) número de observações médicas no primeiro ano de vida; (7) idade do bebé à data da primeira observação após a alta hospitalar; (8) estado vacinal aos doze meses de vida; e (9) frequência de creche/ama/infantário. As respostas aos questionários A e D foram comparadas com as de um grupo de controlo de 29 mães, com vinte anos ou mais à data do parto e com nascimentos ocorridos na mesma maternidade dentro dos intervalos temporais a que se refere o estudo.

Os dados decorrentes das respostas aos quatro questionários foram analisados e trabalhados com meios informáticos e respectivo *software* de gestão de base de dados (DbaseIII+), folha de cálculo (Excel for Windows 5.0) e de tratamento estatístico (Statistica for Windows).

## RESULTADOS

### 1. Gravidez e parto

Cerca de 196 das gravidezes estudadas (90,74 %) foram seguidas por médico, enquanto 20 (9,26 %) não foram objecto de qualquer seguimento. Em 162 das respostas foi possível identificar o local de seguimento: 114 (70,37 %) foram vigiadas pelo Médico de Família (MF)

nos Centros de Saúde (CS) do distrito, 7 (4,32 %) foram seguidas em consulta hospitalar e 11 (6,79 %) foram objecto de seguimento em consulta privada de Obstetrícia. Em 30 casos (18,52 %) o seguimento foi partilhado entre o CS e a consulta privada. A precocidade da vigilância das gravidezes em estudo é alta, com 142 (73,58 %) a serem vigiadas desde o primeiro trimestre da gestação, 44 (22,80 %) desde o segundo e apenas 7 (3,63 %) no último trimestre. Do mesmo modo, o número de consultas de vigilância abaixo dos padrões definidos como mínimos é relativamente baixo, com 125 (60,39 %) das jovens tendo sido observadas seis ou mais vezes, enquanto 55 (26,57 %) referiram ter tido entre três e seis observações e 27 (13,04 %) menos de três consultas. Em 192 das situações foi possível conhecer o aumento ponderal verificado durante a gravidez, com 41 (21,35 %) das jovens a referirem um aumento ponderal inferior a nove quilos, 78 (40,63 %) referindo um aumento entre nove e treze quilos e 73 (38,02 %) aumentando mais de treze quilos no final da gravidez. Em 154 das situações foi possível determinar o IMC prévio ao início da gravidez, obtendo-se valores da ordem das 68 situações (44,16 %) com baixo peso (IMC inferior a 20), 67 (43,51 %) com peso dentro dos valores desejáveis (IMC entre 20 e 24), 17 (11,04 %) com excesso ponderal (IMC entre 25 e 30) e 2 situações (1,30 %) de manifesta obesidade com IMC superior a 30. Procurou-se uma eventual associação estatística entre o aumento ponderal durante a gravidez e o IMC, através do teste do chi quadrado, obtendo-se um valor não significativo ( $p=0,21727$ ). Verificou-se uma taxa de prematuridade de 14,49 % (30 casos em que a idade gestacional foi inferior a 38 semanas), com 147 das gravidezes (71,01 %) a desenrolarem-se dentro dos limites normais das 38 e 41 semanas e com 30 situações (14,49 %) de post-maturidade. Esta taxa de prematuridade é, sensivelmente, o dobro da taxa verificada no grupo de controlo: 2 partos com idade gestacional inferior a 38 semanas (6,9 %). O parto foi eutócico em 178 casos (82,41 %) e verificaram-se 12 situações (5,56 %) que obrigaram a cesariana. A ventosa e o fórceps foram utilizados em, respectivamente, 10 (4,63 %) e 14 (6,48 %) dos nascimentos, havendo apenas 2 (0,93 %) partos pélvicos. Por 197 das inquiridas (91,63 %) não foram referidas complicações do parto, facto citado por 18 respondentes (8,37 %). A duração do internamento post-parto foi de dois dias em 116 situações (54,21 %), inferior a esse período em 27 parturientes (12,62 %) e superior a 48 horas em 71 (33,17 %) dos partos. Apenas 25 mães (11,85 %) referiram internamento hospitalar durante a gravidez, a grande maioria por intercorrências e por curto período e 186 (88,15 %) jovens não foram internadas em qualquer fase da gravidez. Em 168 das 196 gravidezes seguidas foi utilizado e entregue à grávida o BSG (78,87 %). Destas mães, 121 (69,14 %) conservam-no, ainda, em seu poder.

Foi testada a existência de correlação entre o aumento ponderal durante a gravidez e a existência de complicações do parto e entre o IMC no início da gravidez e a mesma variável. Em ambos os casos os valores

de  $p$  obtidos ( $p=0,88064$  e  $p=0,90428$ ) demonstraram a não existência de relação significativa.

Todos os resultados foram confrontados com os obtidos no grupo de controlo, não se verificando discrepâncias de valores obtidos se não assinaladas no texto.

## 2. Dados psicossociais e familiares

Os valores limites encontrados para a idade da menarca foram os 9 e os 16 anos, com a média nos 12 anos (Fig. 1). No que respeita à idade da primeira relação sexual completa os limites etários são os 10 e os 19 anos, com uma média situada nos 16 anos (Fig. 2). A idade do início da gravidez vai dos 12 aos 19 anos, com a média nos 17 anos (Fig. 3). Cinco das entrevistadas tiveram, na gravidez em estudo, a sua segunda gravidez de termo. Apenas 34 jovens (15,74%) engravidaram com menos de 16 anos de idade.

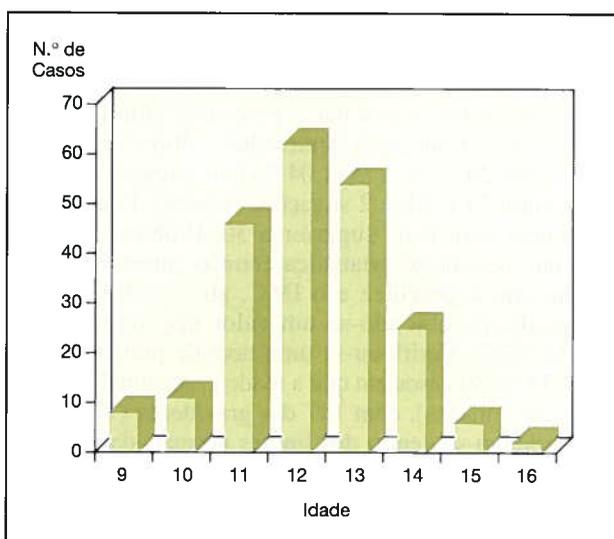


Fig. 1 – Idade à data da menarca.

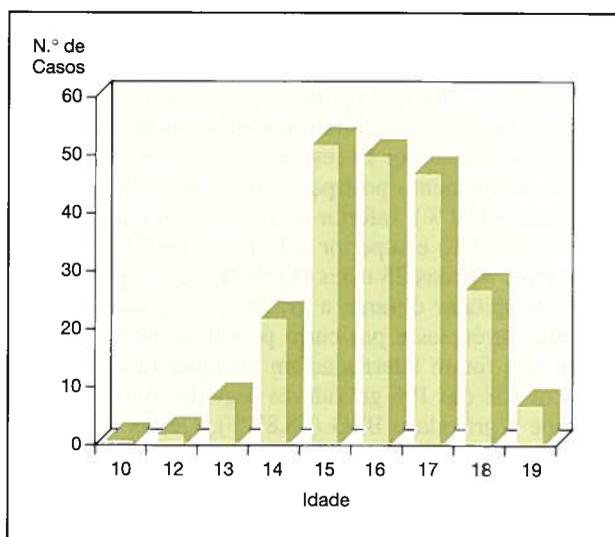


Fig. 2 – Idade na 1.ª relação sexual completa.

A estrutura da família de origem era nuclear na grande maioria das situações (149 – 70,62%), verificando-se a multigeracionalidade em 42 famílias (19,91%) da totalidade. Das mães adolescentes, 42,13% (91) eram solteiras e 57,41% (124) eram casadas ou viviam maritalmente à data do início da gravidez. A estabilidade das relações é confirmada pelo facto de, à data da entrevista (Abril de 1995), apenas 12 jovens (5,56%) se manterem solteiras e 195 (90,27%) se encontrarem casadas ou vivendo em união de facto com o pai da criança. O grau de aceitação da gravidez pela família de origem da mãe adolescente foi bom em 158 casos (73,15%), havendo relutância inicial mas com aceitação posterior em 53 gravidezes (24,54%) e uma total recusa em apenas 5 casos (2,31%). Para além do marido ou companheiro (73,70%), foi a mãe a grande confidente destas jovens, sendo citada em terceiro lugar (imediatamente após os já referidos) como a primeira pessoa a que a jovem confidenciou a sua gravidez (13,62% das situações). Em 91,63% (211) das situações o pai da criança aceitou plenamente a notícia da gravidez, apenas recusando em absoluto em 4 casos (1,86%). A gravidez foi definida como desejada por 99 das jovens (46,05%) e qualificada como acidental por 116 (53,95%), mas a totalidade destas 116 mães aceitou plenamente o bebé na altura do parto. Cerca de 18 mães (8,37%) afirmam ter posto a hipótese de provocar um aborto na gravidez em estudo, contra 197 (91,63%) para quem tal hipótese nunca se colocou. Dessas 18 mães que colocaram a hipótese de aborto, 14 (75,0%) afirmam não o terem concretizado por razões éticas, morais ou religiosas, 2 (12,50%) sofreram pressões familiares para o não levarem a cabo e 2 outras (12,50%) disseram não o terem feito por não saberem onde se dirigir. De notar que a hipótese de resposta «razões económicas» não foi citada por qualquer das inquiridas. 16 mulheres (7,58%) afirmaram terem abortado anteriormente à gravidez em estudo, havendo,

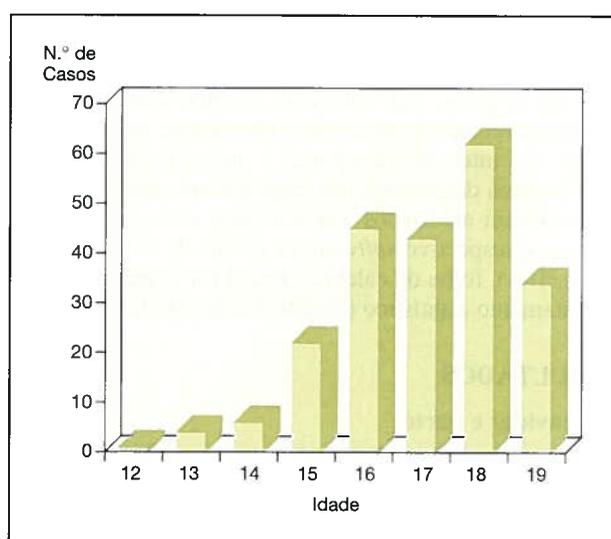


Fig. 3 – Idade à data do início da gravidez.

contudo, uma significativa maioria de abortamento espontâneo (73,33 %), com apenas 4 (26,67 %) abortos provocados. Uma das mães que afirmam terem abortado não precisou, na resposta, o tipo de aborto. Foi colocada a hipótese de se verificar a existência de um padrão familiar intergeracional de gravidez antes dos vinte anos, pelo que foi inquirida a idade da mãe da entrevistada na primeira gravidez daquela: o facto verificou-se em 87 casos (40,28 %), mas não foi confirmada uma relação positiva entre a idade das avós quando engravidaram pela primeira vez e a idade do início da gravidez das suas filhas ( $p = 0,29798$ ).

No que respeita à hipótese colocada de a gravidez ter condicionado o desenvolvimento pessoal das mães adolescentes, uma grande maioria, 154 (72,30 %), afirma que, em termos gerais, a sua situação pessoal corresponde totalmente ao que, durante a gravidez, idealizou que poderia vir a acontecer. Cerca de 19,25% (41 mulheres) pensa que a gravidez condicionou parcialmente o seu desenvolvimento pessoal e 18 (8,45 %) considera que a sua situação actual não corresponde em absoluto ao que idealizara quando engravidou. A resposta à questão colocada sobre o grau de condicionamento do desenvolvimento profissional das jovens pelo facto de terem sido mães é semelhante: 153 mães (74,27 %) consideram que não foram minimamente afectadas na sua formação e na sua actividade actual. Em 25 situações (12,14 %) houve um condicionamento da formação com reflexos na actividade actualmente desenvolvida e 28 jovens (13,59 %) julga-se francamente limitada na sua formação e na suas possibilidades profissionais. No que respeita ao número de anos de escolaridade completados à data do início da gravidez obtiveram-se os seguintes resultados: 19 jovens (8,80 %) possuíam menos de quatro anos completos de escolaridade, 56 (25,93 %) referiram possuir o primeiro ciclo do ensino básico completo (quatro anos), 74 (34,26 %) possuíam cinco ou seis anos completos, 58 (26,85 %) possuíam de sete a nove anos completos de escolaridade e apenas 9 mães tinham uma escolaridade superior à, no momento actual, definida como obrigatória. Foi testada a associação estatística entre o grau de escolaridade no início da gravidez e o grau de condicionamento do desenvolvimento profissional, verificando-se, pela aplicação do chi quadrado, a existência de uma relação significativa ( $p = 0,00460$ ) apesar de moderadamente associada (Cramer's  $V = 0,20$ ) entre a escolaridade e a noção de ausência ou de ligeiro condicionamento do desenvolvimento profissional.

Na área da relação precoce mãe-filho 159 mães (76,08 %) afirmaram que o bebé correspondia plenamente, no post-parto imediato, à imagem que dele haviam elaborado, enquanto 39 (18,66 %) disseram que a imagem que tinham concebido era apenas parcialmente coincidente e 11 (5,26 %) manifestaram uma total diferença entre o bebé imaginário e o bebé real. Há concordância destes dados com os sentimentos experimentados pela mãe quando lhe puseram o bebé nos braços logo após o nascimento: apenas 12 mães (5,63 %) disseram ter ficado indiferentes, enquanto 201 (94,37 %) afirmaram

se terem sentido francamente felizes nesse momento. Os sinais de blues/depressão nas duas semanas seguintes ao parto foram manifestados por 22 das mães (10,37 %), com sentimentos expressos que oscilaram da desilusão à indiferença, mas com 190 (89,62 %) jovens a confessarem-se entusiasmadas durante esse mesmo período.

A apreciação das atitudes dos profissionais de saúde perante a adolescente grávida, tanto durante o seguimento da gravidez como durante o parto, forneceu dados curiosos: 25 jovens (11,68 %) afirmaram terem percebido sinais explícitos de censura por parte dos profissionais que seguiram a sua gravidez, referindo que em 71,43 % dos casos essa atitude partiu do médico, enquanto que, na estada na maternidade hospitalar, se verificou atitude semelhante em 33 situações, com origem, desta vez, nos profissionais de enfermagem em 61,54 % dos casos verificados.

Os dados referentes à expectativa e ao medo do parto são os seguintes: 146 jovens (68,22 %) afirmam ter pensado frequentemente no momento do parto durante a gravidez, contra 68 (31,78 %) que não manifestaram essa preocupação. Em 115 (54,76 %) dos casos as mães afirmam que esse tema mereceu uma abordagem explícita por parte dos profissionais de saúde que vigiaram o desenvolvimento da gravidez, não se verificando essa atitude em 95 situações (45,24 %). Metade das jovens mães procuraram informação sobre o parto por sua própria iniciativa (50,23 %). O medo, como sentimento à entrada na maternidade, foi expresso em 49,54 % das respostas, uma percentagem de respostas semelhante à encontrada para a questão de se o medo do parto era um sentimento presente durante o terceiro trimestre da gravidez: 102 respostas afirmativas (47,22 %). No entanto, o número de mães que consideraram o parto uma experiência mais difícil do que o esperado é relativamente diminuto (56 - 26,29 %), enquanto que 157 (73,71 %) afirmaram que o parto tinha sido mais fácil do que aquilo que pensavam. Apenas sensivelmente um quarto das entrevistadas (55 - 25,82 %) afirma que lhe foi fornecida informação explícita, durante o seguimento da gravidez, sobre a possibilidade de serem acompanhadas por alguém da sua escolha durante o parto e 32,39 % (69) diz ter manifestado essa vontade à entrada na maternidade. Um número significativo de entrevistadas (44 - 25,58 %) não respondeu à pergunta referente à permissão de ter ao seu lado, durante o parto, o acompanhante escolhido, havendo 36 respostas afirmativas (20,93 %) e 136 situações (79,07 %) em que é afirmado que foi recusada essa mesma permissão. O pai do bebé foi o acompanhante presente em 61,90 % dos casos em que tal foi permitido, com o segundo lugar a ser atribuído à mãe da parturiente em 19,05 % dessas mesmas situações.

Testou-se a associação estatística entre o grau de escolaridade à data do início da gravidez e os conhecimentos expressos sobre fisiologia do aparelho reprodutivo. As respostas às questões formuladas sobre o que eram e qual a função dos ovários e do útero e sobre o significado do ciclo menstrual, do período fértil, da ovulação e da fecundação mostraram uma relação estatística muito

Quadro 1 – Relação entre a escolaridade e os conhecimentos sobre fisiologia da reprodução

Conhecimento	Ovários		Útero		Ciclo menstrual		Período fértil		Ovulação		Fecundação	
	% Sim	% Não	% Sim	% Não	% Sim	% Não	% Sim	% Não	% Sim	% Não	% Sim	% Não
< 4 anos	47,37	52,63	63,16	36,84	57,89	41,11	47,37	52,53	52,63	47,37	47,37	52,63
4 anos	42,86	57,14	46,43	53,57	64,29	35,71	44,64	55,36	33,93	66,07	39,29	60,71
5-6 anos	65,50	37,50	72,60	27,40	80,82	19,18	50,68	49,32	52,05	47,95	61,11	38,89
7-9 anos	1,03	18,97	77,59	22,41	93,10	6,90	68,97	31,03	71,93	28,07	75,44	24,56
> 9 anos	100	0	100	0	88,89	11,11	100	0	100	0	100	0
Valor de p	p = 0,00005		p = 0,00067		p = 0,00067		p = 0,00403		p = 0,00007		p = 0,00013	

significativa entre a detenção destas noções e o grau de escolaridade (Quadro 1).

No que respeita ao que é e para que serve o Planeamento Familiar (PF), 102 jovens (48,34 %) declararam ignorá-lo à data do início da gravidez, enquanto que 109 (51,66 %) afirmaram saber o que era e qual a sua finalidade. Destas, 96 (90,57 %) referiram conhecer métodos de contraceção na altura em que engravidaram. Apenas 36 mães (27,48 %) afirmaram ter tido acesso a consulta de PF antes de engravidarem, mas 64,89 % (85) das entrevistadas não forneceram qualquer resposta, enquanto 95 (72,52 %) das respondentes declararam não ter tido acesso a consulta. As razões dessa falta de acessibilidade radicam na recusa de consulta em 30 das respostas (44,78 %), no total desconhecimento em 23 (34,33 %) e no facto de não saberem onde obter esse tipo de cuidados em 14 casos (20,90 %). O acesso a meios de contraceção antes do início da gravidez foi reconhecido por 51 jovens (38,93 %), ao passo que cerca de 80 (61,07 %) responderam não ter tido essa possibilidade. De notar que, em relação a esta pergunta se mantém o mesmo número de não respondentes verificado na questão relativa ao acesso a consulta de PF.

Apenas 22 (10,53 %) das entrevistadas declararam ter reiniciado os seus estudos após o parto, enquanto 12 das 34 (16,11 %) jovens que estudavam na altura em que engravidaram mantiveram essa actividade durante a gravidez. Declararam já não estudarem no início da gravidez 177 mães (83,89 %).

A actividade profissional do pai das jovens incide fundamentalmente nos domínios do trabalho rural, da actividade mineira e noutras situações laborais com características de indiferenciação.

### 3. Dados relativos ao pai da criança

A idade dos pais à data do início da gravidez oscilou entre um mínimo de 16 anos e um máximo de 36, com um valor médio de 22 anos (Fig. 4). No que respeita à escolaridade completada à data do início da gravidez os valores encontrados são, na sua globalidade, inferiores aos das mães, com 26 pais com menos de quatro anos completos (12,04 %), 84 (38,89 %) com o primeiro ciclo do ensino básico completado, 69 (31,94 %) com cinco ou seis anos, 31 (14,35 %) com de seis a nove anos e apenas 6 (2,78 %) com uma escolaridade superior ao actual ensino obrigatório. Tal como acontece com os pais das

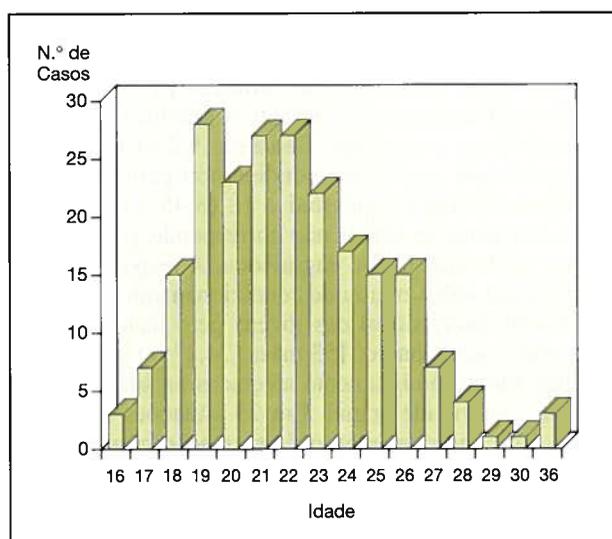


Fig. 4 – Idade do pai no início da gravidez.

adolescentes, o trabalho indiferenciado é largamente preponderante na actividade laboral dos pais das crianças.

### 4. Dados referentes à criança

A análise dos dados referentes à variável peso ao nascer mostra uma incidência de baixo peso em 18 crianças (8,33 %), o que não acontece no grupo de controlo, no qual se não verifica o nascimento de qualquer criança com peso inferior a 2500 gramas. Em 140 crianças (64,82 %) o peso ao nascer variou dentro dos limites considerados desejáveis (2500-3500 g), 50 bebés (23,15 %) apresentavam um peso à nascença superior a 3500 g mas inferior a 4000 g e apenas 8 nasceram com peso superior a 4000 g. O peso médio encontrado foi de 3200 g (Fig. 5). Aos cinco minutos de vida 190 crianças apresentavam um Índice de Apgar (IA) de 10 (90,00 %), com 97,90 % das crianças com IA igual ou superior a 8. O internamento dos recém-nascidos em Unidade de Neonatologia ocorreu em 20 (9,90 %) crianças, contra uma percentagem de 7,10 % no grupo de controlo. Já no decorrer do período post-neonatal o número de crianças internadas em serviço hospitalar de Pediatria foi de 16 (7,96 %), com o grupo de controlo a apresentar um valor mais elevado (13,80 %). Cerca de 202 crianças (82,18 %) fizeram aleitamento materno exclusivo, com uma preva-

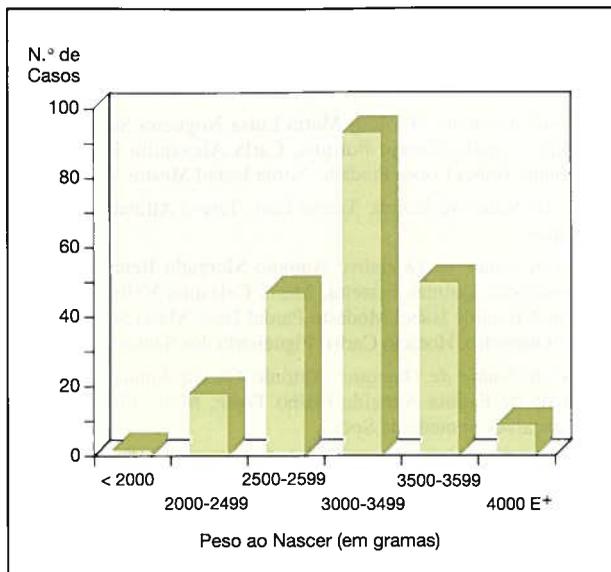


Fig. 5 – Peso ao nascer.

lência aos seis meses de 24,54 % e com 58 crianças (26,85 %) a prolongarem o aleitamento, já sem carácter de exclusividade, para além dos seis meses. O número de crianças com menos de seis observações em consulta de vigilância de saúde infantil no primeiro ano de vida foi de 21 (10,82 %), com cerca de 7,00 % no grupo de controlo. A primeira observação foi feita até ao décimo dia de vida em 131 crianças (60,65 %). O cumprimento do Plano Nacional de Vacinação aos 12 meses de vida foi verificado em 197 crianças (97,52 % dos inquiridos), não se tendo obtido informação em 14 casos. A frequência de creche, ama ou infantário foi confirmada em 62 crianças (32,12 %), com o pico máximo na idade de início da frequência aos 36 meses (22 crianças, 35,48 %).

## DISCUSSÃO

As adolescentes engravidam por três principais ordens de razões: porque querem engravidar, porque ignoram as maneiras de prevenir a gravidez ou porque os serviços de prestação de cuidados de saúde não funcionam de modo totalmente adequado às suas necessidades. Os resultados apresentados parecem apontar para este conjunto de causas no universo estudado. A adolescência, por si só, não parece constituir um factor de risco biológico quando comparada com um grupo de mães de idade superior, sendo os resultados obtidos idênticos aos encontrados noutros estudos, havendo apenas um discreto aumento da taxa de prematuridade e do baixo peso ao nascer, igualmente referido na literatura<sup>7,8,9</sup>. O abandono escolar precede frequentemente a gravidez e o grau de escolaridade apenas foi sentido como limitativo das perspectivas de desenvolvimento profissional por uma minoria de jovens, havendo um retomar ou um reinício da actividade escolar após o parto apenas numa pequena minoria. Em grande parte, as expectativas de desenvolvimento pessoal também não parecem ter sido con-

dicionadas pela gravidez. Estes factos são coerentes com a hipótese de a ausência de perspectivas de emprego diferenciado que permita mudar as condições de vida justificar o não investimento noutra área que não a maternidade e com a homogeneidade da origem social do universo estudado. Embora não se tenha confirmado a hipótese formulada de haver um padrão intergeracional familiar de gravidez precoce, encontrado noutros estudos<sup>10,11</sup>, houve uma boa aceitação da gravidez por parte das famílias de origem das jovens. Estas engravidaram em grande número com idades iguais ou superiores a dezasseis anos, tendo casado ou vivendo maritalmente numa relação estável com o pai da criança, o qual é, em média, cinco anos mais velho que a companheira. Na maioria das situações a gravidez não foi planeada, como é comum neste escalão etário<sup>12</sup>, mas foi facilmente aceite pelos seus protagonistas. O grau de conhecimentos sobre fisiologia da reprodução está directamente ligado ao grau de escolaridade. Existiu um tempo médio de actividade sexual pré-gravidez de cerca de um ano, tornando-se evidente um grau considerável de desconhecimento da natureza do PF e a existência de dificuldades de acesso tanto a consultas como a meios contraceptivos (poderá haver alguma relação com as limitações legais ao acesso de menores vigentes em grande parte do período abrangido pelo presente estudo). Não é evidente qualquer diferença significativa na qualidade da vigilância da gravidez e da saúde da criança no primeiro ano de vida e as qualidades da «maternização» das jovens mães parecem idênticas, no âmbito da relação precoce, às das mães de escalões etários mais avançados. Os resultados mostram que parece existir um déficite considerável nas possibilidades de exercício do direito legalmente consagrado ao acompanhamento durante o parto, mas as atitudes técnicas dos profissionais de saúde, tanto no âmbito dos cuidados primários como no hospital, parecem globalmente correctas, com a excepção da dificuldade apresentada por uma minoria de médicos e enfermeiras em manter uma postura isenta da emissão de juízos de valor sobre a precocidade da gravidez.

## CONCLUSÕES

O presente estudo, retrospectivo e contextual, aponta para a possibilidade de a gravidez em mães adolescentes, no universo estudado, ser um fenómeno por elas assumido, socialmente bem aceite e, mesmo, apoiado pelas famílias de origem, podendo constituir quase como que um «ritual de passagem» das jovens para a idade adulta, enquanto se verifica o seu desinvestimento na formação académica numa região subdesenvolvida e economicamente deprimida que não lhes oferece outro papel social válido e suficientemente sedutor, por falta de perspectivas de desenvolvimento que permitam uma alteração concreta do nível de vida através do investimento pessoal noutras áreas. Aponta, igualmente, para o facto de a gravidez em jovens de menos de vinte anos não parecer apresentar um risco biológico, psicológico e social significativamente mais elevado, à partida, do que o

conhecido em escalões etários mais avançados. Sugere, por último, que, embora pareça haver uma razoável adequação da atitude dos profissionais e da organização e da oferta de serviços de saúde, se torna necessário proceder a uma mais fina adaptação do seu espírito de funcionamento e da acessibilidade a este público destinatário específico.

## AGRADECIMENTOS

A Manuel Carballo, (OMS/Genebra) pela supervisão na elaboração dos questionários. A Maria da Purificação Araújo (DGSaúde) pela disponibilidade e simpatia no envio da informação solicitada. Aos colegas Carlos Alberto Silva e António Matos, sem cuja amizade e colaboração teria sido impossível o tratamento dos dados. A Sra. D. Mariana Pólvora, pela manifestação de amizade que a sua total disponibilidade para a introdução dos dados constituiu. Aos Colegas Directores dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Beja, pelo espírito de colaboração e interesse manifestado. A todos os Colegas de trabalho participantes na aplicação dos questionários, abaixo listados, pela disponibilidade manifestada e pelas sugestões apresentadas.

*Centro de Saúde de Aljustrel:* Lucinda da Silva Casimiro, Rosa Maria Ramalho Silva, Maria Gertrudes Terramoto Fernandes, Maria Celeste Honório Deodato Lopes, Maria Teresa Anastácio Filipe, Maria Teresa Chaves Barreiros, Mário Nunes Almeida, Maria Piedade Guerreiro André.

*Centro de Saúde de Almodôvar:* Manuela Raposo, Lucinda Jorge, Ângela Martins, Catarina Colaço, Marília Madeira.

*Centro de Saúde de Alvito:* Maria Alcina Coelho, Maria Gertrudes Trindade Patrocínio Falé.

*Centro de Saúde de Barrancos:* Luís Prista, Maria José Pelica Coelho, Maria de Lurdes Tereno Marques.

*Centro de Saúde de Castro Verde:* Felicidade Olímpia Vaz Ramos Camacho, Natália Maria Guerreiro Viegas Barroso Carvalho Monteiro, Maria de Lurdes Martins Dias Maruta Martins, Paulo Guilherme Lopes Ascensão, Maria Antónia Conduto Porfírio Soares, Maria Fernanda dos Reis Cecília.

*Centro de Saúde da Cuba:* António Manuel Pires Cabral, António Francisco Pereira Pacheco, Luís Manuel Pereira Rosa.

*Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo:* Maria Antónia Pinto Sousa Marinho, Ana Maria Reis Alves, Maria de Fátima Valente Morgado, Maria Filomena Ramalho Reis Fialho, Maria Gertrudes Martins Batista Correia.

*Centro de Saúde de Mértola:* Maria Luísa Nogueira Sousa Santos, Maria Amália Cerejo Fortuna, Carla Alexandra Pessegueiro, Milena Isabel Lopes Piedade, Sónia Isabel Mestre Vieira.

*Centro de Saúde de Moura:* Teresa Luís, Teresa Alfaiate, Hermínia Quica.

*Centro de Saúde de Odemira:* António Morgado Bento, Maria da Conceição Quintas Ferreira, Maria Celestina Velhuco Machado, Cremilde Isabel Modesto Pardal Dias, Maria Manuela Cortes Guerreiro, Horácio Carlos Figueiredo dos Santos Feteiro.

*Centro de Saúde de Ourique:* António Garcia Amaral Apóstolo, Luzia de Fátima Almeida Fialho Tomé, Maria Flora de Brito Gonçalves Semedo de Sousa.

*Centro de Saúde de Serpa:* Luísa da Conceição Fava Correia, Maria da Graça Coelho Silva.

*Centro de Saúde da Vidigueira:* Luísa Santos, Josefina Domingos, Fátima Ramalho.

## BIBLIOGRAFIA

- SILVA MÓ, NÓBREGA JMD: Estudo do parto em mães adolescentes portuguesas. *Arq Clin Mat Alf Costa* 1980;8:29-42.
- LEITÃO AE: Nascimentos em Portugal de mães de menos de 20 anos. *Saúde em números* 1989;4(4):25-7.
- MARCHBANKS PA: A critique of community-based primary prevention of adolescent pregnancy – comments. *Birth Defects* 1991; 27(3):200-5.
- PHOENIX A: Mothers under twenty: outsider and insider views. In: PHOENIX A, WOOLLETT A, LLOYD E (ed.): *Motherhood – meanings, practices and ideologies*. London: Sage Publications 1991:86-102.
- MORRIS N: The biological advantages and social disadvantages of teenage pregnancy. *Am J Publ Health* 1981;71(8):796.
- AUBRY C, SCHWEITZER M, DESCHAMPS JP: Désir d'enfance et grossesse dans l'adolescence. *Arch Fr Ped* 1988;45:845-49.
- ROSENBERG K, McEWAN HP: Teenage pregnancy in Scotland: trends and risks. *Scott Med J* 1991;36(6):172-4.
- ZHANG B, CHAN A: Teenage pregnancy in South Australia 1986-1988. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1991;31(4):291-8.
- LEE KS, CORPUZ M: Teenage pregnancy: trend and impact on rates of low birth weight and fetal, maternal and neonatal mortality in the United States. *Clin Perinatol* 1988;15(4):929-42.
- KAHN JR, ANDERSON KE: Intergerational patterns of teenage fertility. *Demography* 1992;29(1):39-57.
- HORWITZ SM, KLERMAN LV, KUO HS, JEKEL JF: Intergerational transmission of school-age parenthood. *Fam Plann Perspect* 1991; 23(4):168-72,177.
- FURSTENBERG FF: *Unplanned parenthood: The social consequences of teenage childbearing*. New York: Free Press, 1976