

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1322

EXPOSIÇÃO À MATERNIDADE PRECOCE E ESTRATOS SOCIAIS DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS: JUSTIFICATIVAS VIA DETERMINANTES PRÓXIMOS DAS TAXAS DE FECUNDIDADE

Camillo Bassi

Brasília, janeiro de 2008

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1322

EXPOSIÇÃO À MATERNIDADE PRECOCE E ESTRATOS SOCIAIS DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS: JUSTIFICATIVAS VIA DETERMINANTES PRÓXIMOS DAS TAXAS DE FECUNDIDADE

Camillo Bassi*

Brasília, janeiro de 2008

* Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea.

Governo Federal

**Ministro de Estado Extraordinário
de Assuntos Estratégicos** – Roberto Mangabeira Unger

**Núcleo de Assuntos Estratégicos
da Presidência da República**

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretora de Administração e Finanças

Cinara Maria Fonseca de Lima

Diretor de Estudos Macroeconômicos

João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos

Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais

Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe de Comunicação

Estanislau Maria de Freitas Júnior

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL J13

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

1 INTRODUÇÃO	7
2 ADOLESCÊNCIA: PLASTICIDADE E ESTRATOS SOCIAIS	7
3 TAXAS DE FECUNDIDADE E ESTRATOS SOCIAIS: EVIDÊNCIAS	9
4 JUSTIFICATIVAS: OS DETERMINANTES PRÓXIMOS ÀS TAXAS DE FECUNDIDADE	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	24

SINOPSE

Este artigo tem como centro analítico o comportamento reprodutivo das adolescentes brasileiras. Mais objetivamente: das assimetrias comportamentais quando se associam maternidade precoce e estrato social desse público-alvo, com o fito maior de demonstrar quão mais expostas estão à ocorrência as jovens, por assim dizer, menos abastadas. À realização da tarefa, foi lançada mão dos “determinantes próximos” às taxas de fecundidade, a saber: nupcialidade, iniciação sexual, contracepção, insusceptibilidade pós-parto e aborto induzido – em que *timing* e acessibilidade se combinam, de forma a justificar – e, naturalmente, corroborar – o comportamento em pauta. Conclui-se que – excetuando a questão do aborto, cujos dados limitam-se a estudos de casos, e da insusceptibilidade pós-parto, que guarda relação com o estrato social, mas de que não se dispõe de dados voltados ao grupo das adolescentes – as adolescentes socioeconomicamente desfavorecidas são muito mais entrelaçadas com todos os demais quesitos, o que induz a refletir se o fato é, ou não, decorrente de ações deliberadas, de volições próprias.

1 INTRODUÇÃO

Não é novidade que o estrato social dos indivíduos guarda íntima relação com os comportamentos assumidos. Fruto, provável, da grandeza dos leques de opção retidos por cada estrato social, o fato é que as (des)semelhanças vão emergindo, criando, no limite, figuras que mal se identificam.

Este artigo aproveita-se dessas considerações iniciais para analisar o comportamento reprodutivo das adolescentes brasileiras. Mais objetivamente: das assimetrias comportamentais quando se associam maternidade precoce e estrato social do público-alvo deste estudo, com o fito maior de demonstrar quão mais expostas à maternidade precoce são as jovens menos abastadas, por assim dizer. À realização da tarefa, lança-se mão dos “determinantes próximos” às taxas de fecundidade, a saber: nupcialidade, iniciação sexual, contracepção, insusceptibilidade pós-parto e aborto induzido – em que *timing* e acessibilidade se combinam, de forma a justificar – e, naturalmente, corroborar – o comportamento em pauta. Adianta-se que, à verificação do estrato social, será utilizado ora o nível educacional, ora o percentil de renda ao qual a jovem pertence, sempre à mercê da disponibilidade de informações.

A discussão, após esta parte introdutória, assume o seguinte roteiro: inicialmente, comenta-se a plasticidade da fase adolescente, procurando ressaltar sua íntima relação com o estrato social do indivíduo. Sequencialmente, relacionam-se as taxas de fecundidade e estratificação social e, posteriormente, via determinantes próximos às taxas de fecundidade, procura-se justificar o porquê das assimetrias. Finalmente, à guisa de conclusão, compilam-se os dados levantados e efetuam-se algumas considerações pertinentes.

2 ADOLESCÊNCIA: PLASTICIDADE E ESTRATOS SOCIAIS

Fisiologicamente, a adolescência é uma etapa bem definida, iniciando-se com a puberdade e terminando com a “idade viril” (PFROMM, 1976). Ou seja, está intimamente atrelada a um processo de maturação orgânica, culminando no “fazer-se homem/mulher” (MUUSS, 1996).

No entanto, esta temporalidade relativamente bem definida fragiliza-se bastante, ao se considerar os indivíduos não apenas em sua dimensão fisiológica, mas também como ente comunitário, influenciando e sendo influenciado pelo meio em que está inserido (MELO; CASTIÑEIRAS, 1994; MOYANO, M.; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J., 2001). Nessas circunstâncias, o que era temporalmente determinável flutua ao sabor das idiosincrasias, da cultura e das condições socioeconômicas vigentes, podendo assumir, mesmo em um único espaço comunal, uma multiplicidade de significados, expectativas e duração: breve a alguns, extensa a outros, a adolescência ganha agora uma outra plasticidade, rompendo com a visão estrita de um simples processo de amadurecimento orgânico.

Na delimitação cronológica da adolescência [...] a duração na vida do indivíduo pode variar de acordo com o meio social em que esteja inserido. Assim, em diferentes sociedades, e mesmo dentro destas, o período correspondente à adolescência acaba sendo, por assim dizer, delimitado por preceitos socioculturais, os quais podem diferir da cronologia científica [...] Socialmente a

adolescência é uma categoria que varia em função das classes sociais; quanto melhores as condições de vida, maior é o período da adolescência; quanto mais pobre, menor o seu período e maiores os estigmas sociais (MELO; CASTIÑEIRAS, 1994, p. 121).

Os comentários anteriores encontram respaldo empírico quando se voltam as atenções a fatos como a fase da inserção laboral, do matrimônio e/ou da maternidade: à medida que decaem as condições socioeconômicas, não só aumenta o percentual de crianças e jovens “economicamente ativas” (PFROMM, 1976; FEITOSA; DIMENSTEIN, 2004), como também a tendência a casar e a engravidar mais precocemente (MOYANO, M.; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J., 2001).

No Brasil, por exemplo, estudos voltados ao trabalho infantil apontam que, em zonas rurais pauperizadas, a “atividade produtiva” chega a iniciar-se aos 6 anos de idade (FEITOSA; DIMENSTEIN, *op. cit.*). O depoimento a seguir dá um norte – no caso, das áreas rurais – ao desenrolar dos acontecimentos.

A gente leva quando pequeno. O meu, levo com dois anos já pra [...] ele não vai trabalhar, ele já fica mais com a gente na hora. Ele fica brincando lá. A gente trabalhando e eles brincando. Aí quando começa a trabalhar (pausa) com seis anos ele já começa a limpar um pouquinho, vai aprendendo. O meu agora tá com 12 anos, ele já faz aguação, já faz mais coisa que o mais pequeno (relato extraído de FEITOSA; DIMENSTEIN, *idem*, p. 286).

Quanto à nupcialidade, formal ou consensual, entre as jovens de 15 a 19 anos sem nenhuma instrução – uma aproximação de seu *status* social – no Brasil, mais da metade une-se antes dos 15 anos (51,4%), índice que cai praticamente a zero entre as com escolaridade média e superior (CONTRERAS; HAKKERT, 2001).

Nos casos relatados, pode-se postular que houve emersão abrupta da personalidade adulta, advinda com o exercício de papéis sociais desvinculados da estrutura etária do indivíduo. Ou seja, um salto certamente não qualitativo em direção ao futuro – ou nas palavras de Pfromm (1976) uma “descontinuidade” entre a infância e a fase adulta –, em que fica nitidamente demonstrado o malogro do período transitório, o fracasso do processo de preparação que deveria acompanhar o caminhar à vida adulta (MOYANO, M.; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J., 2001).

Portanto, mesmo que a adolescência seja recorrentemente referendada em termos cronológicos – conduta, aliás, aqui adotada –, não se deve perder de vista que o critério é essencialmente instrumental e não desnuda, por completo, o fenômeno em questão. Na verdade, é bastante provável que ao adotar a “agregação clássica” – qual seja, as jovens entre 15 e 19 anos – incorra-se em “falhas de identificação”, imputando o caráter adolescente a indivíduos que, embora fisiologicamente “inacabados”, já se demonstrem maduros psicossocialmente: com responsabilidades e papéis sociais extemporâneos, valores e aspirações dissonantes dos reservados a sua faixa etária.

Feito este acautelamento, diga-se de passagem, nem sempre merecedor de grandes atenções, segue-se com a investigação, passando então a disponibilizar dados que corroborem a associação entre maternidade precoce e estrato social das adolescentes brasileiras. Como mencionado, será adotada a “agregação clássica” – qual seja, as jovens entre 15 e 19 anos – por uma questão de disponibilidade informacional, o que evidentemente não significa fazer vista grossa a todas as nuances que permeiam o período da adolescência.

3 TAXAS DE FECUNDIDADE E ESTRATOS SOCIAIS: EVIDÊNCIAS

Em linhas gerais, pode-se argumentar que a taxa de fecundidade entre as adolescentes brasileiras é relativamente inflada, mesmo segundo os padrões caribenho e latino-americano (*vide* anexo 1 para análise mais detalhada), e que assumiu tendência nitidamente ascensionista, pelo menos durante os anos 1990¹ (BAY, G.; POPOLO, F.; FERRANDO, D., 2003; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004).

A tabela 1 mostra a evolução das taxas específicas no período citado. Pode-se observar que, exceto o grupo entre 15 e 19 anos, todos os demais involuíram, em termos de fecundidade. As variações mais significativas foram nas faixas entre 45 e 49 anos (-63,3%) e 40 e 44 anos (-47,8%), seguidas, à distância, pela faixa entre 35 e 39 anos (-28%). No que toca particularmente ao grupo adolescente, observa-se variação positiva de 25,4%, atingindo algo em torno de 94 filhos/1.000 mulheres, no ano 2000.

TABELA 1

Brasil – Variação das taxas de fecundidade, por idade (1991 e 2000)

Grupos de idade	1991	2000	Variação (%)
15-19	0.0748	0.0938	25.4
20-24	0.1450	0.1356	-6.5
25-29	0.1357	0.1145	-15.6
30-34	0.0943	0.0748	-20.7
35-39	0.0561	0.0404	-28.0
40-44	0.0254	0.0134	-47.4
45-49	0.0059	0.0022	-63.3

Fonte: Berquó e Cavenaghi (2004).

Todavia, tão ou mais preocupante que o valor agregado – ou o “padrão médio” – da fecundidade adolescente são as discrepâncias interestratos sociais. Neste caso, fica evidente que são as jovens menos favorecidas que majoram a taxa específica, respaldando a hipótese de que a maternidade precoce é um fenômeno por estas dominado (CONTRERAS; HAKKERT, 2001; MOYANO, M.; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J., 2001; BAY, G.; POPOLO, F.; FERRANDO, D., 2003; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004).

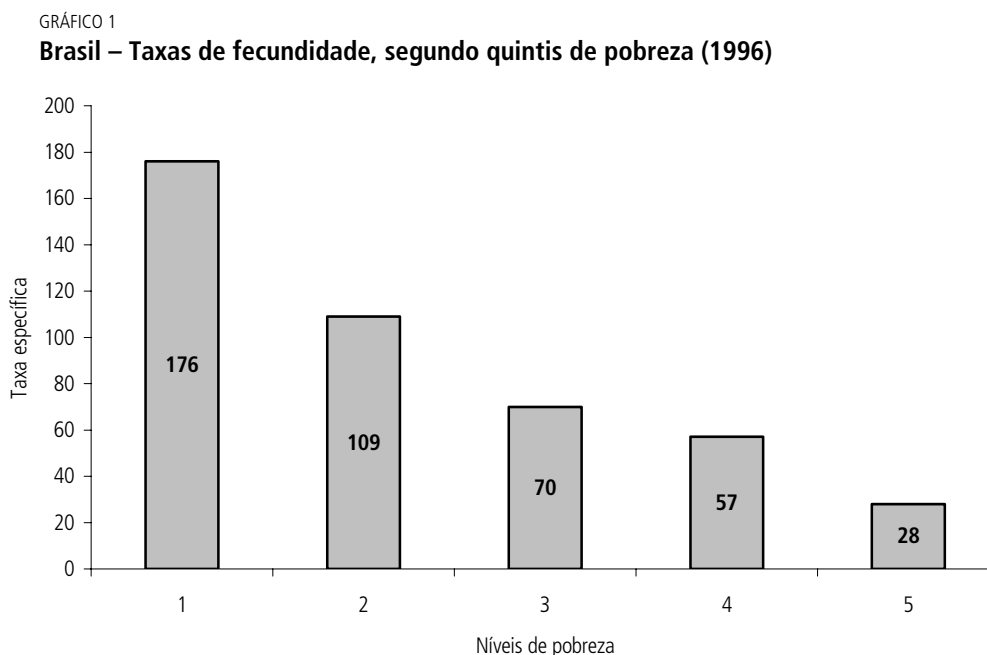
Tomando-se a renda como parâmetro do lócus social (*vide* gráfico 1), observa-se que entre o quintil mais pobre a fecundidade adolescente atinge 176 filhos/1.000 mulheres, ou seja, praticamente o dobro do valor agregado – no caso, 86 filhos/1.000 mulheres, em 1996. Já entre o quintil mais rico, as taxas despencam para 28 filhos/1.000 mulheres, o que representa $\frac{1}{3}$ do valor médio e $\frac{1}{7}$ do quintil menos abastado.

As discrepâncias acentuam-se ainda mais se se permutar a renda pelo nível educacional: entre as adolescentes com ensino superior (*vide* gráfico 2) a fecundidade é

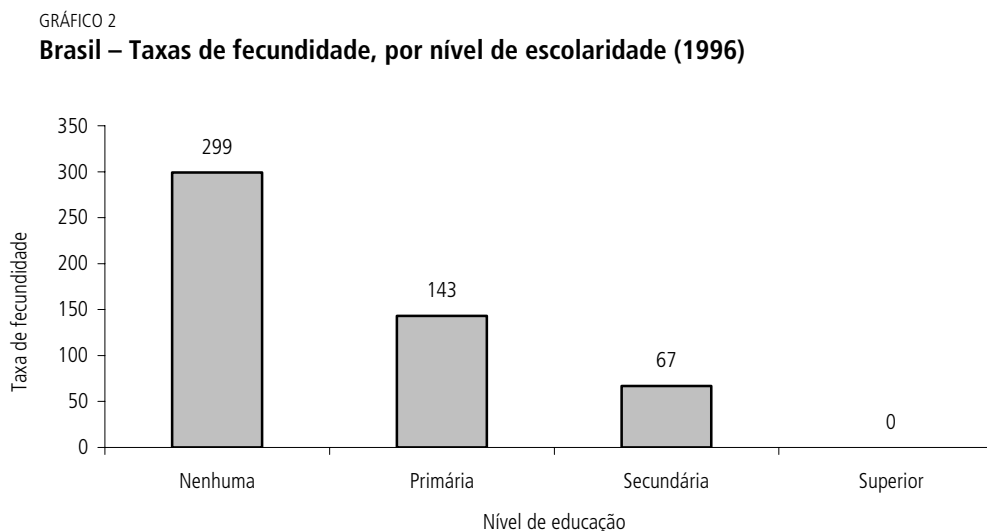
1. De fato, observando-se os dados do anexo 1, pode-se depreender que, desde o quinquênio 1970-1975, as taxas de fecundidade entre as adolescentes brasileiras apresentam nítida tendência ascensionista. Mais: que o fenômeno praticamente isolado, haja vista que, excetuando-se Argentina, Colômbia e Uruguai, todos os demais países listados apresentaram decréscimos nas taxas de fecundidade entre as adolescentes.

praticamente nula, comportamento que se altera substancialmente entre as “sem instrução”, em que as taxas assumem valores estratosféricos (299 filhos/1.000 mulheres).²

As informações ofertadas parecem ser suficientes para corroborar a relação entre taxas de fecundidade e estrato social das adolescentes brasileiras. As (des)semelhanças mostraram-se gritantes – tanto ao se servir do nível de renda, como do grau de escolaridade à identificação do estrato social, ou das condições socioeconômicas, deste público-alvo –, restando, via determinantes próximos, justificá-las.



Fonte: Contreras e Hakkert (2001).
Elaboração do autor.



Fonte: Contreras e Hakkert (2001).
Elaboração do autor.

2. No anexo 2, comparam-se os dados nacionais com os de nações caribenhas e latino-americanas. Neste caso, as taxas de fecundidade das adolescentes brasileiras destoam das demais nações, particularmente entre as jovens sem instrução.

4 JUSTIFICATIVAS: OS DETERMINANTES PRÓXIMOS DAS TAXAS DE FECUNDIDADE

Em breve trecho, é razoável argumentar que existem fatores que intermedeiam as normas e a estrutura social com as decisões reprodutivas (BAY, G.; POPOLO, F.; FERRANDO, D., 2003), constituindo-se, deste modo, em espécie de “causas intermediárias” das taxas de fecundidade. Ou seja, não se nega que existem, entre outras coisas, questões estruturais – e a díade educação/informação é nuclear, neste quesito –, preferências subjetivas, mas que sem a intermediação de fatores biológicos e procedimentos específicos a procriação não se consubstanciariam.

Los determinantes próximos, conocidos también como variables intermedias, son factores biológicos y de conducta a través de los cuales (y sólo a través de los cuales) variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad. Su característica principal es que actúan directamente. Un cambio en ellas implica también un cambio en la fecundidad. Por ejemplo, si la prevalencia anticonceptiva aumenta, el promedio de hijos disminuye, lo cual no es el caso de los determinantes indirectos (como el nivel de educación) cuya influencia en el nivel de la fecundidad está mediatizada, como ya se dijo, por las variables intermedias (BAY, G.; POPOLO, F.; FERRANDO, D., 2003, p. 7).

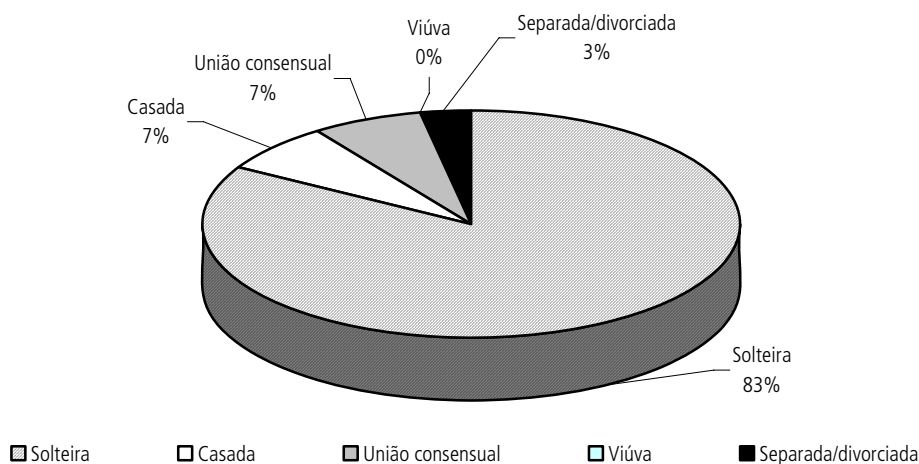
Elucidada, assim, a lógica do instrumento justificador, caminha-se agora aos seus principais componentes, de acordo com o seguinte ordenamento: nupcialidade e iniciação sexual, contraceção, insusceptibilidade pós-parto e aborto induzido.

4.1 NUPCIALIDADE E INICIAÇÃO SEXUAL

É dentro do casamento que, não esporadicamente, inicia-se a vida sexual da adolescente (BEMFAM, 1996; HAKKERT, 2001), o que faz da nupcialidade um potencializador do risco à gravidez precoce. No gráfico 3, encontram-se dados sobre o estado civil das adolescentes brasileiras. Vê-se que, em 1996, 83,2% das jovens entre 15 e 19 anos eram solteiras, 6,9%, casadas, 6,8%, em união consensual e 3%, separadas/divorciadas.³

GRÁFICO 3

Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia da Saúde (PNDS) – Distribuição percentual das adolescentes, segundo estado civil atual (1996)



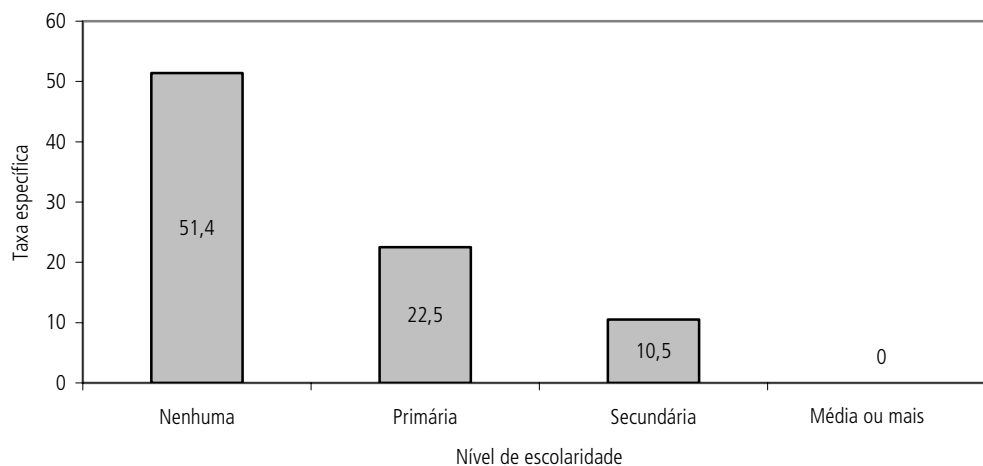
Fonte: Bemfam (1996).
Elaboração do autor.

3. No anexo 3, apresentam-se dados sobre o estado civil de adolescentes latino-americanas e caribenhas.

Entretanto, se se ponderar o estrato social ao qual pertencem, constata-se que a nupcialidade é significativamente mais temporã entre as jovens socioeconomicamente desfavorecidas. Segundo o gráfico 4, 51,4% das adolescentes “sem instrução” eram unidas legalmente ou consensualmente, 22,5% detinham apenas o nível de escolaridade primária, 10,5% com escolaridade secundária, enquanto que entre as “mais instruídas” – escolaridade média ou superior – a ocorrência era inexistente.^{4 e 5}

GRÁFICO 4

Brasil – Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) unidas, segundo nível de escolaridade (1996)



Fonte: Contreras e Hakkert (2001).
Elaboração do autor.

Merecedor ainda de destaque é a duração das uniões, sejam elas legais, sejam consensuais. A tabela 2 disponibiliza informações sobre o percentual de meses passados unidos – durante os cinco anos anteriores à pesquisa, conforme ressaltado em sua titulação – de acordo com a faixa etária e os anos de educação das mulheres brasileiras. Particularmente entre as jovens de 15 a 19 anos – as adolescentes –, é clara a maior duração do tempo passado em união, o que de certa forma intensifica a probabilidade de ter filhos; entre as “sem instrução” as uniões perduravam por 18 meses – ou seja, 30% dos cinco anos anteriores à pesquisa; já entre as jovens com nove ou mais anos de estudo, o teto rondava os quarenta dias – 2,3% de cinco anos –, valor equivalente a 7,5% do grupo anterior. Na verdade, e esta foi a razão de os dados abrigarem faixas etárias outras, parece aumentar a “aversão” às uniões legais e/ou consensuais à medida que o nível de escolaridade vai subindo: talvez o empoderamento, advindo com a educação, viabilize uma vida solo e auto-sustentada.

4. Como os dados relativos à variável “renda” guardam um certo grau de indefinição – mais pobres *vis a vis* as menos pobres –, optou-se por uma apresentação, por assim dizer, mais discreta. A título de ilustração, no Brasil, 17,5% das adolescentes mais pobres eram unidas, enquanto que entre as menos pobres, apenas 8% (CONTRERAS; HAKKERT, *op. cit.*).

5. Dados sobre países latino-americanos e caribenhos, *vide* anexo 4.

TABELA 2

Percentual de meses passados em união, durante os cinco anos anteriores à pesquisa, segundo idade e anos de educação

Anos de educação	Idade atual							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Nenhuma	30,0	70,9	81,2	79,8	80,8	85,2	79,3	78,1
1-3 anos	11,8	52,8	78,5	84,9	84,9	82,4	83,3	69,8
4 anos	10,9	41,1	76,8	84,0	84,7	81,9	82,6	66,7
5-8 anos	6,1	41,3	68,4	81,9	84,0	78,8	79,2	50,4
9-11 anos	2,3	18,9	53,3	73,7	78,3	72,5	76,9	45,1
12 ou mais	0,0	11,3	44,3	72,3	71,8	71,4	72,6	55,4

Fonte: Bemfam (1996).
Elaboração do autor.

Guinando, agora, à questão da iniciação sexual, pode-se argumentar, de pronto, que seus vínculos com a esfera reprodutiva são óbvios, cabendo aqui apenas a estilização dos fatos. Segundo a Bem-Estar Familiar no Brasil – Bemfam (1996), 11,5% das adolescentes tiveram sua primeira relação sexual até aos 15 anos (*vide* tabela 3). Digno também de destaque é o *timing* dessa iniciação no decorrer dos tempos: por exemplo, das mulheres entre 45 e 49 anos, somente 6,2% tiveram sua primeira relação sexual aos 15 anos; das que se posicionavam entre 40 e 44 anos, 6,6%; das entre 35 e 39 anos, 7,2%; em uma manifestação que o sexo é, hoje, mais precoce que antigamente.

TABELA 3

Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia da Saúde (PNDS) – Percentual de mulheres que tiveram relações sexuais pela primeira vez até as idades especificadas, por idade atual (1996)

Idade	Idade específica					% que nunca teve relação sexual
	15	18	20	22	25	
15-19	11,5	NA	NA	NA	NA	67,2
20-24	9,8	42,5	61,1	NA	NA	26,6
25-29	9,3	40,1	60,9	74,1	84,4	9,9
30-34	7,9	34,2	55,7	70,7	84,3	3,6
35-39	7,2	32,6	53,2	67,9	80,4	4,1
40-44	6,6	30,4	51,3	66,3	80,7	3,1
45-49	6,2	25,5	44,5	59,6	74,8	3,6

Fonte: Bemfam (1996).
Obs.: NA significa não se aplica.

Todavia, o cenário descrito anteriormente sofre algumas modificações quando se estratifica socialmente as adolescentes. Entre as jovens “sem instrução” (*vide* gráfico 5) 58,8% já haviam se relacionado sexualmente, enquanto que entre as com ensino primário, 40,4%, com ensino secundário, 29,4%, e entre as “mais instruídas”, 41,7%.^{6 e 7}

6. Replicando as considerações da nota de rodapé número 5, aponta-se que como os dados relativos à variável “renda” guardam um certo grau de indefinição – mais pobres *vis a vis* as menos pobres –, optou-se por apresentação, por assim dizer, mais discreta. A título de ilustração, no Brasil, 34,8% das adolescentes mais pobres já haviam iniciado sua vida sexual, enquanto entre as menos pobres, 28,9% (CONTRERAS; HAKKERT, *op. cit.*).

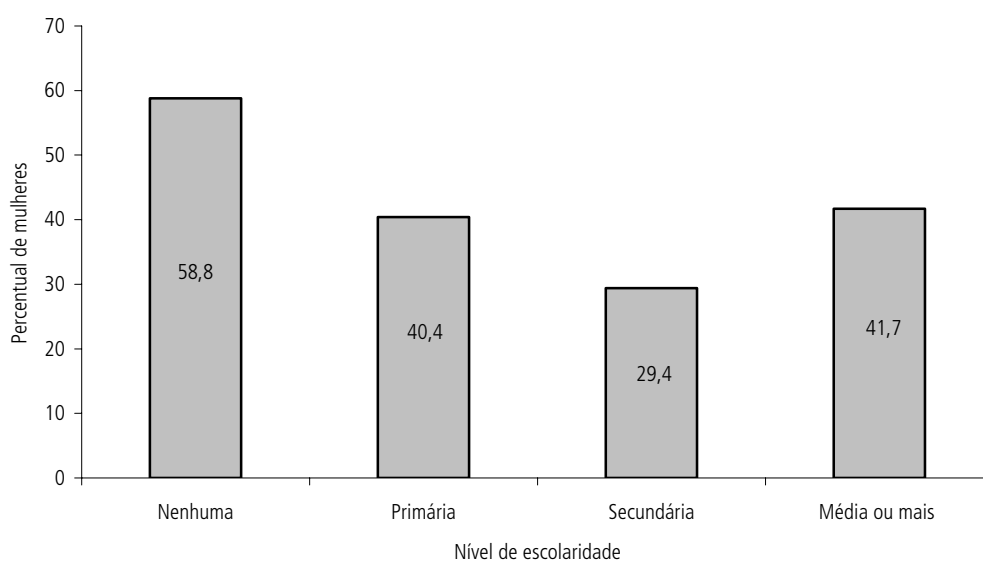
7. Para dados sobre países latino-americanos e caribenhos, *vide* anexo 5.

Vale aqui um segundo registro. Pode-se observar que, no caso da iniciação sexual, as assimetrias são bem mais amenas que as encontradas no padrão de nupcialidade: o percentual de jovens com maior nível de instrução sexualmente iniciadas é, excetuando as não-instruídas, superior a todos os demais grupos, ocorrência que destoa do determinante anterior.

Nessas circunstâncias, acredita-se que é razoável conjecturar que o conhecimento e acesso a métodos contraceptivos – assunto do próximo subtópico – exerce papel estratégico nos desníveis das taxas de fecundidade. Afinal de contas, e como poderá ser constatado, não é passível de dúvidas que as condições socioeconômicas e o conhecimento/acesso a métodos contraceptivos andam lado a lado, dando, com isso, respaldo maior à suposição anteriormente levantada.

GRÁFICO 5

Brasil – Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que havia tido relações sexuais, por nível de escolaridade (1996)



Fonte: Contreras e Hakkert (2001).
Elaboração do autor.

4.2 CONTRACEPÇÃO E INSUSCEPTIBILIDADE PÓS-PARTO

O conhecimento de métodos contraceptivos representa uma espécie de “mínimo necessário” às decisões reprodutivas (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; MOYANO, M., 2001). No Brasil, segundo Guzman, Contreras 99,2% das adolescentes conhecem algum mecanismo de contracepção, índice que alcança os 100% quando se considera as que estão unidas.⁸ Ademais, pelo menos no território nacional (vide gráficos 6 e 7) não existem grandes discrepâncias no quesito “conhecimento”, mesmo quando se pondera as condições socioeconômicas das adolescentes:⁹ entre as “sem instrução”, 94,1% conheciam

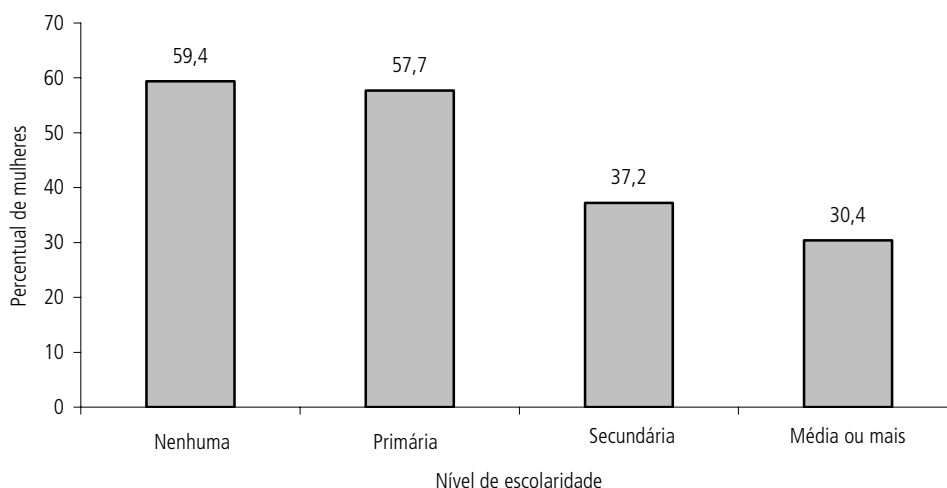
8. Vide anexo 6, para um confronto entre Brasil e alguns países latino-americanos e caribenhos.

9. Vide anexo 7, para mesmo fito da nota de rodapé anterior.

algum método contraceptivo; entre as com escolaridade média e superior, 100% delas; entre as “mais pobres” – nível 1 de pobreza – 97,6%; enquanto que entre as “menos pobres” – nível 4 de pobreza – 99,1%.¹⁰

GRÁFICO 6

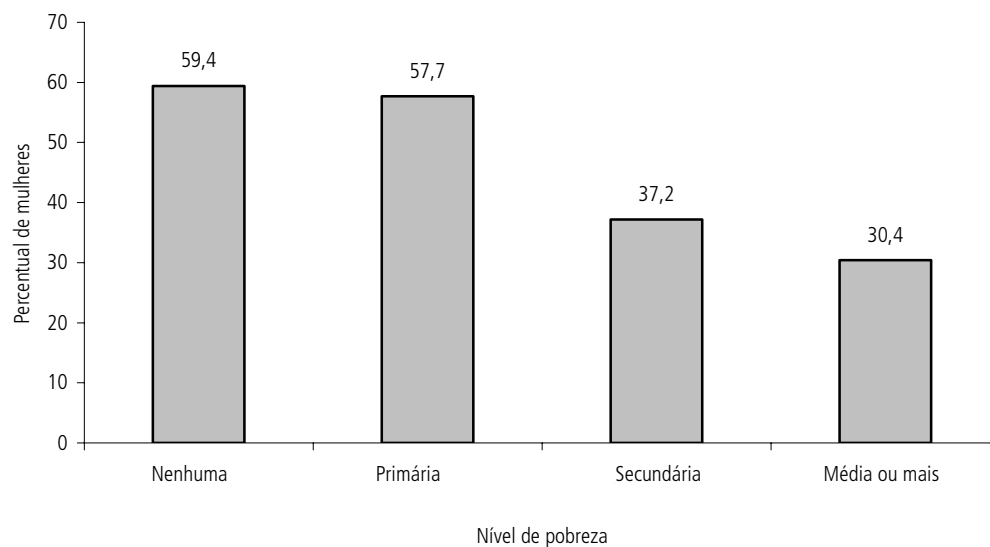
Brasil – Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que conhece ao menos um método anticoncepcivo, segundo nível de escolaridade (1996)



Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).
Elaboração do autor.

GRÁFICO 7

Brasil – Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que conhece ao menos um método anticoncepcivo, segundo nível de pobreza (1996)

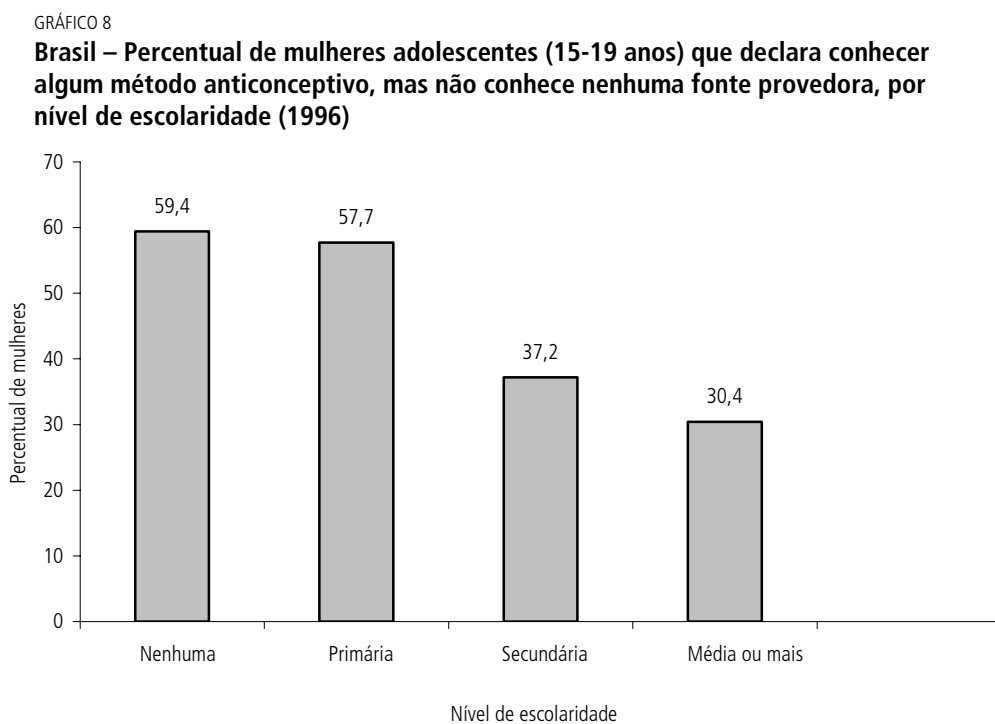


Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).
Elaboração do autor.

10. Cabe ressaltar que entre os métodos mais conhecidos estão o preservativo, com 98,2%, seguido bem de perto pela pílula, 97,3%, e um pouco mais à distância pela esterilização: 84,2% (MOYANO, M.; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J., 2001).

Mas quando se investiga o acesso – e a utilização, é evidente – de métodos contraceptivos, o quadro é bem menos animador. Por exemplo, entre as adolescentes brasileiras – amplo senso – 42,4% declararam conhecer algum método, mas não a fonte provedora¹¹ (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; MOYANO, M., 2001). Se se elencar as jovens pelas condições socioeconômicas, o ânimo arrefece ainda mais: no grupo das adolescentes “sem instrução” (*vide* gráfico 8) o desconhecimento atingia 59,4%, enquanto que entre as com ensino médio e superior, 30,4%; entre as “mais pobres”¹² – nível 1 de pobreza – 53,2% não conheciam uma fonte provedora; já entre as “menos pobres” – nível 5 de pobreza – 35,8%, conforme gráfico 9.¹³

Ainda importante de ser revelado é que, em termos de contracepção, a modernidade é relativamente enclausurada no Brasil: entre as mulheres unidas “sem instrução”, apenas 56,6% utilizavam-se de métodos contraceptivos modernos,¹⁴ índice que atingia 76,3% entre aquelas com mais de doze anos de estudo (BEMFAM, 1996). Ou seja, não parece nenhum despropósito que o fato se replique entre as adolescentes menos favorecidas, inserindo, deste modo, mais um ingrediente às justificativas do porquê de as taxas de fecundidade serem tão assimétricas.



Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).
 Elaboração do autor.

11. O desconhecimento de uma fonte provedora pode também estar associado à baixa representatividade do setor público nos serviços de planificação familiar. No Brasil, particularmente, apenas 10,5% das adolescentes que utilizavam contracepção tinham como fonte provedora o setor público (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; MOYANO, M., 2001), com a grande maioria recorrendo ao setor privado. No todo – mulheres em idade reprodutiva – o Estado nacional atendia próximo de 42% da demanda contraceptiva, cabendo ao setor privado atender as restantes (BEMFAM, 1996).

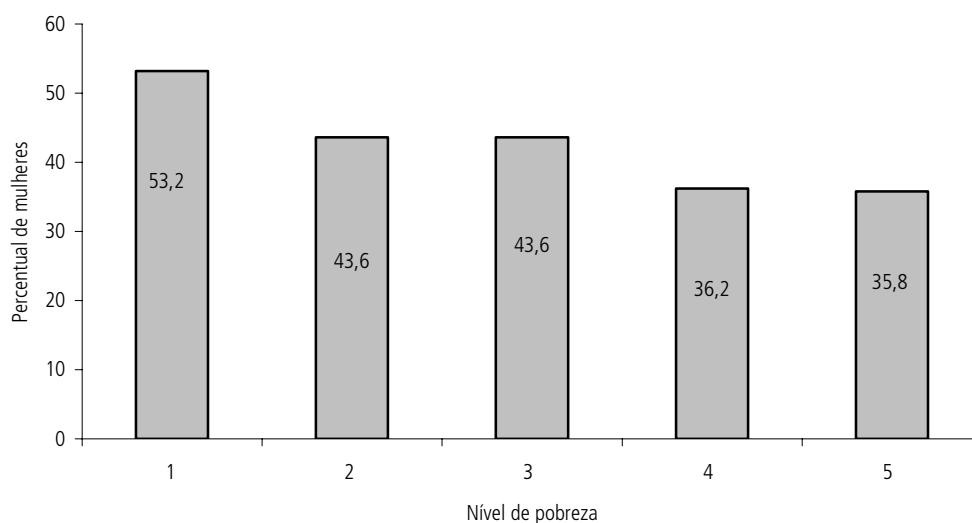
12. Renda como parâmetro.

13. *Vide* anexo 8, para um confronto entre Brasil e alguns países latino-americanos e caribenhos.

14. Essencialmente pílula, dispositivo intra-uterino e esterilização. Entre os tradicionais: coito interrompido e abstinência periódica (BEMFAM, 1996).

GRÁFICO 9

Brasil – Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que declara conhecer algum método anticonceptivo, mas não conhece nenhuma fonte provedora, por nível de pobreza (1996)



Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).
Elaboração do autor.

Visto o elemento “contraceção”, agora será direcionada a discussão à insusceptibilidade pós-parto, outro componente do conjunto explicativo. Simplificadamente, é este o período entre o nascimento da criança e a retomada da capacidade reprodutiva materna (BEMFAM, 1996; BAY, G.; POPOLO, F.; FERRANDO, D., 2003), cuja extensão pode ser prolongada ou abreviada, principalmente pelo tempo de aleitamento e do reinício das relações sexuais (BEMFAM, *op.cit.*).

No Brasil (*vide* tabela 4), o período de insusceptibilidade pós-parto durava 4,5 meses entre as mulheres com idade inferior a 30 anos e 3,9 meses entre as com idade superior a 30 anos. Ou seja, entre as mais jovens – menores de 30 anos – havia uma antecipação de 0,6 na retomada da capacidade reprodutiva, ocorrência natural, levando-se em conta que a idade, a partir de um certo patamar, trabalha de forma desfavorável à procriação.

Os desníveis associados à estratificação social não são desprezíveis: embora não se tenha dados específicos ao grupo das adolescentes – o que, acredita-se, não invalida a investigação –, observa-se que entre as mulheres não escolarizadas o período de insusceptibilidade durava, em média, 2,5 meses; entre aquelas com nível educacional de um a três anos, 4,6 meses; entre aquelas com quatro anos de educação, 4,1 meses, atingindo 6,2 meses entre as mulheres com doze ou mais anos de instrução.

Procurando dar alguma razoabilidade ao fato, recorre-se a um dos partícipes da duração da insusceptibilidade, a saber, o tempo de amamentação.¹⁵ Neste caso (*vide* tabela 5) ressalta-se, inicialmente, que os homens eram amamentados por tempo superior às mulheres – 7,6 e 6,3 meses, respectivamente. Quanto à relação tempo de

15. Na verdade, o único disponível nesta busca pela razoabilidade.

amamentação/estrato social, vê-se um comportamento relativamente errático, que não dá respaldo à duração da insusceptibilidade:¹⁶ entre as mulheres com nenhuma instrução, o período de amamentação durava, em média, 5,8 meses; entre as com uma – três anos de estudo, idem, saltando para 9,4 meses entre as com quatro anos de estudo; já entre as mais instruídas – entre as mulheres com nenhuma instrução, o período de amamentação durava, em média, 5,8 meses; entre as com 1 a 3 anos de estudo, idem, saltando para 9,4 meses, entre as com 4 anos de estudo; por sua vez, dentre as mais instruídas – 9 ou mais anos de estudo, o tempo de amamentação não superava a 7,7 meses, lapso significativamente inferior a mulheres bem aquém, em termos educacionais –, as mulheres com 4 anos de estudo são inequivocamente o exemplo mais emblemático –, o tempo de amamentação não superava 7,7 meses – entre as com nove a onze anos de estudo –, tendo seu limite inferior entre as mais instruídas – doze ou mais anos de educação, com tempo de amamentação de 7,4 meses.

TABELA 4

Duração mediana – meses – da insusceptibilidade, por características selecionadas

Características	Insusceptibilidade
Idade	
< 30 anos	4,5
30+	3,9
Anos de educação	
Nenhuma	2,5
1-3 anos	4,6
4 anos	4,1
5-8 anos	3,9
9-11 anos	4,8
12 ou mais	6,2

Fonte: Bemfam (1996).
Elaboração do autor.

TABELA 5

Duração mediana – meses – da amamentação, por características selecionadas, em crianças com menos de 3 anos de idade

Características	Amamentação
Sexo	
Masculino	7,6
Feminino	6,3
Anos de educação	
Nenhuma	5,8
1-3 anos	5,8
4 anos	9,4
5-8 anos	6,5
9-11 anos	7,7
12 ou mais	7,4

Fonte: Bemfam (1996).
Elaboração do autor.

4.3 ABORTO INDUZIDO

Estima-se que, no mundo (*vide* gráfico 10), 22% dos processos gestacionais – algo em torno de 44 milhões, ao ano, de um universo de 210 milhões – terminavam em abortos induzidos, em 1999. Porém, as assimetrias internacionais são de grande

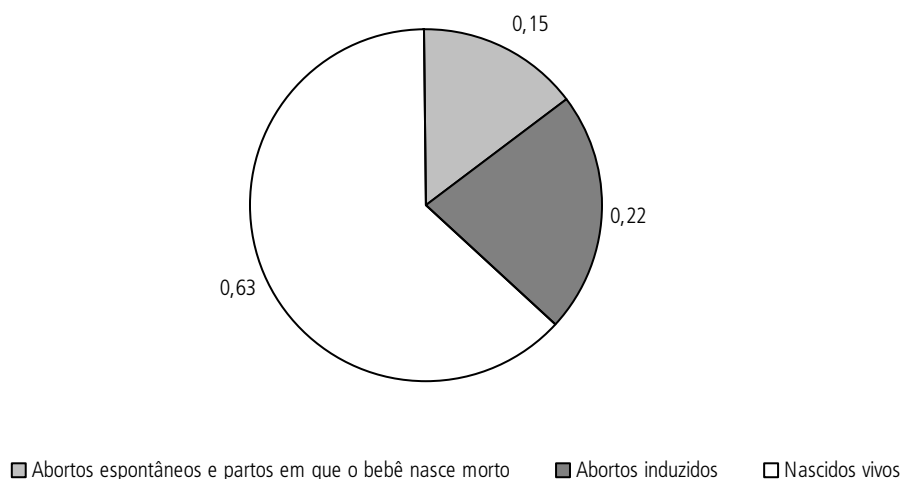
16. Talvez seja encontrado no reinício da atividade sexual, mas desafortunadamente as informações inexistem.

monta: por exemplo, no Vietnã, ocorriam cerca de 80 abortos por 1.000 mulheres; na Romênia taxa próxima a esta, enquanto que na Holanda – onde as taxas eram as menores, em nível mundial – próximo de 15, seguida bem de perto pela Alemanha (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999).

Comporta aqui um breve adendo: mesmo parecendo paradoxal, o grau de incidência de aborto não guarda relação direta com a permissividade legal (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, *op. cit.*). Na verdade, é exatamente nas nações que proíbem o aborto¹⁷ onde sua incidência é majorada:¹⁸ na América Latina, por exemplo, onde, excetuando-se Cuba e Guiana, o aborto é penalizado por lei (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; HAKKERT, R., 2001), a ocorrência é extremamente alta, com destaque para Peru, Chile e Brasil. Já na Europa Ocidental, onde é amplo o respaldo legal, os abortos induzidos são pouco expressivos, com destaque para Holanda, Alemanha e França.

GRÁFICO 10

Nascidos vivos, abortos induzidos e espontâneos e nascidos mortos, em nível mundial (1999)



Fonte: Alan Guttmacher Institute (1999).
Elaboração do autor.

No Brasil, particularmente, estima-se que ocorriam anualmente cerca de 1,5 milhão de abortos induzidos, em uma razão de 36,5 por 1.000 mil mulheres (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, *op. cit.*). Mais: 31% dos processos gestacionais aí findados, em sua maioria, eram de mulheres com idade entre 20 e 34 anos, unidas – legal ou consensualmente – e que já haviam gestado anteriormente (*idem*).

No grupo das adolescentes,¹⁹ acredita-se que, em 1995, as ocorrências totalizavam 255.069, o que representava 32 abortos induzidos por 1.000 mulheres entre 15 e 19

17. Cabe aqui enfatizar que se referenda estritamente ao aborto como método contraceptivo. Isto é, excluem-se os relacionados a casos de estupro e às gestações quando constituem risco à vida da gestante, diga-se rapidamente, as únicas ocasiões respaldadas legalmente no Brasil.

18. De acordo com Alan Guttmacher Institute (*op. cit.*), cerca de 45% dos abortos induzidos realizados anualmente – o que significa algo em torno de 20 milhões, de um total de 46 milhões – são efetuados em regiões onde as leis são altamente restritivas.

19. *Vide* anexo 9, para um confronto entre Brasil e alguns países latino-americanos e caribenhos.

anos (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; HAKKERT, R., 2001);^{20 e 21} já entre as que engravidaram, ocorrência bem mais afinada à esta análise, a razão de abortos induzidos era de 30 por 100 (ibidem), valor superior a grande maioria dos países listados no anexo 7 (GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; HAKKERT, R., 2001).

Já estudos que vinculem a ocorrência de aborto induzido com o estrato social das adolescentes são extremamente deficitários, lastreando-se basicamente em estudos de caso. Em trabalho realizado em duas maternidades de Fortaleza, Ceará (MILANESI, 1995, *apud* ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1996) constatou-se, além da alta incidência de abortos entre as adolescentes – 23% eram mulheres com idade inferior a 20 anos –, um perfil relativamente “elitizado” entre elas: 68% das que se submeteram a práticas abortivas (e aqui não se definiu se espontâneos ou induzidos) tinham cinco ou mais anos de estudo, sem contudo definir a dimensão rentista da questão. De concreto, é isto que se tem a oferecer. Espera-se que os dados tenham algum proveito, mas o universo é demasiadamente estrito para que se façam extrapolações robustas. Entretanto, parece imprescindível uma colocação final: por mais que a prática de aborto induzido seja algo ainda obscuro, é certo que as condições em que é realizado são extremamente polares: as jovens menos abastadas sujeitando-se a curetagens “baratas”, enquanto, no pólo oposto, a técnicas mais modernas, que inegavelmente protegem a adolescente de conseqüências mais trágicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados disponibilizados permitem postular que a maternidade precoce é um fenômeno dominado pelas jovens socioeconomicamente desfavorecidas. Mais: excetuando-se a questão do aborto, cujos dados são demasiadamente estritos, e a insusceptibilidade pós-parto, que guarda relação com o estrato social, mas de que não se dispõe de dados, especificamente, do grupo das adolescentes, aparecem como determinantes importantes a nupcialidade – 51,4% das adolescentes “sem instrução” casaram-se, legal ou consensualmente, entre 15 e 19 anos –, a iniciação sexual – 58,8% das adolescentes “sem instrução” já tinham uma vida sexual ativa – e a contracepção – 59,4% das adolescentes “sem instrução” conheciam algum método, mas não uma fonte provedora ou ainda 53% daquelas com nível de renda mais baixo apresentavam situação similar às anteriores.

Expostas as justificativas, quer se prover uma discussão segunda, voltada basicamente ao fato de ser a maternidade precoce uma ação deliberada, uma volição própria ou, pelo contrário, um acontecimento totalmente desprovido de qualquer decisão. Obviamente, seria *non sense* ignorar que parcela não desprezível das gestações são indesejadas – e o desconhecimento de fonte provedora de métodos anticoncepcionais

20. Conforme Guzman, J.; Contreras, J.; Hakkert, R. (2001) evidenciam, trata-se de estimativas indiretas, baseadas em dados ajustados de hospitalizações decorrentes de abortos mal-sucedidos.

21. Cabe aqui destacar que, embora as taxas de fecundidade sejam bem inferiores, os abortos entre este grupo etário são significativamente mais freqüentes nas nações ditas “desenvolvidas”: na Suécia, por exemplo, 72% das adolescentes que engravidaram recorreram ao aborto induzido; no Japão, por sua vez, 62% delas utilizaram-se da mesma prática (Guzman, J.; Contreras, J.; Hakkert, R., 2001).

e o aborto induzido são provas completas disto – e decorrem majoritariamente de uma incapacidade de dissociar sexo de procriação.

Todavia, não se pode dizer o mesmo, particularmente, da nupcialidade. Mesmo que se supusesse a existência de coerção, de uniões arranjadas em que à mulher cabe apenas o aceite, os dados do gráfico 3 indicam que 83% das adolescentes brasileiras eram solteiras, informação que enfraquece a idéia de uma união a “fórceps”. Na verdade, muitas vezes passa despercebido que, como o leque de opção dessas jovens é pouco abrangente, o matrimônio e os filhos dele advindos constituem-se em mecanismo único de alteração do *status quo* (MOYANO; GUZMAN; CONTRERAS, 2001). Talvez, não de uma ascensão social nos moldes convencionais, cristalizáveis, por exemplo, em modificações no decil de renda ou no nível de escolaridade, mas que, de alguma forma, dá maior empoderamento à jovem. Afinal de contas, valoração pessoal não é uma estrada única e bem pavimentada, principalmente em ambientes em que faltam oportunidade e alento.

REFERÊNCIAS

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Perspectives on sexual and reproductive health**, v. 37, n. 3, p. 110-118, 2005. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3711005.pdf>>.

_____. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/ib_0599.html>.

BAY, G.; POPOLO F.; FERRANDO, D. **Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latino americanos**. Santiago: Celade, sep. 2003. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/13487/lcl1953-P.pdf>>.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (Bemfam). **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.bemfam.org.br/info_publicacoes.php>.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS; Caxambu: Abep, set. 2004. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php>>.

CONTRERAS, J.; HAKKERT, R. **La sexualidad y la formacion de uniones**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

CONTRERAS, J.; GUZMAN, J.; HAKKERT, R. **Uso de anticonceptivos en adolescentes**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

FEITOSA, I.; DIMENSTEIN, M. Escola, família e trabalho infantil: subjetividade e práticas disciplinares. Curitiba: **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 287-296, 2004. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3264/2623>>.

FINER, B. *et al.* **Reasons U. S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives**. New York: Alan Guttmacher Institute, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2005. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/journals/toc/psrh3703toc.html>>.

GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; MOYANO, M. **El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

GUZMAN, J.; CONTRERAS, J.; HAKKERT, R. **La situación actual del embarazo adolescente y aborto**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

HAKKERT, R. **Preferencias reproductivas en adolescentes**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

MELO, A.; CASTIÑEIRAS, L. **Mães precoces: uma realidade no Estado de São Paulo**. *In*: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994. **Anais**. Caxambu: Abep, v. 2, 1994.

MONTERIRO, M.; ADESSE, L. **Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-1995)**. *In*: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006. **Anais**. Caxambu: Abep, set. 2006. Disponível em: <[http://www.abep.org.br/ usuario/GerenciaNavegacao.php](http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php)>.

MOYANO, M; GUZMAN, J.; CONTRERAS, J. **La adolescencia y la salud reproductiva**. En: Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de Las Naciones Unidas – UNFPA, ene. 2001.

MUUSS, E. **Theories of adolescence**. New York: Mcgraw - Hill, p. 281-311 e p. 362-386, 1996.

PAZ, J. *et al.* **América Latina y el Caribe: dinámica demográfica y políticas para aliviar la pobreza**. Santiago: Celade, 2004. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/14931/lcl2148-serie53.pdf>>.

PFROMM, S. **Psicologia da adolescência**. São Paulo: Pioneira, 1976.

ANEXOS

ANEXO 1

América Latina e Caribe – Taxas de fecundidade adolescente (15-19 anos) – (1970-1975 e 1990-1995)

País	Taxas de fecundidade adolescente (por mil)		
	1970-1975	1990-1995	Varição (%)
Argentina	68.3	69.7	2.0
Barbados	87.4	50.5	-42.2
Belize	146.9	117.0	-20.4
Bolívia	94.7	94.0	-0.7
Brasil	68.3	82.4	20.6
Chile	84.1	67.3	-20.0
Colômbia	89.9	92.0	2.3
Costa Rica	105.8	89.0	-15.9
Cuba	140.7	67.2	-52.2
Equador	120.0	79.4	-33.8
El Salvador	150.6	123.0	-18.3
Guatemala	143.0	126.4	-11.6
Guiana	98.0	65.9	-32.8
Haiti	65.7	76.0	15.7
Honduras	150.8	126.5	-16.1
Jamaica	140.0	100.3	-28.4
México	116.3	76.6	-34.1
Nicarágua	157.9	157.2	-0.4
Panamá	134.6	90.7	-32.6
Paraguai	95.8	95.0	-0.8
Peru	86.3	74.5	-13.7
República Dominicana	116.7	91.2	-21.9
Suriname	110.0	52.0	-52.7
Trinidad e Tobago	87.5	54.6	-37.6
Uruguai	65.4	70.5	7.8
Venezuela	102.6	101.4	-1.2

Fonte: Pesquisas do Demography and Healthy Survey (DHS) e outras. Extraído de Guzman; Contreras e Hakkert (2001).

ANEXO 2

Taxas de fecundidade, segundo quintis de pobreza em países selecionados da América Latina e Caribe

Países	Quintis					Total
	1	2	3	4	5	
Bolívia, 1998	168	126	100	68	27	84
Brasil, 1996	176	109	70	57	28	86
Colômbia, 1995	180	126	93	65	24	89
Guatemala, 1995	203	173	141	108	54	126
Haiti, 1994/1995	105	99	92	93	25	76
Nicarágua, 1997/1998	213	176	147	90	58	130
Peru, 1996	170	124	75	46	19	75
Paraguai, 1990	181	130	95	70	34	97
República Dominicana, 1996	234	153	130	65	30	112

Fonte: DHS. Extraído de Guzman; Contreras e Hakkert (2001).

Taxas de fecundidade por nível de escolaridade alcançado em países selecionados da América Latina e Caribe

País	Total	Nível de escolaridade			
		Nenhuma	Primária	Secundária	Média ou mais
Belize, 1991	137	–	193	74	–
Bolívia, 1998	84	203	163	66	11
Brasil, 1996	86	299	143	67	–
Colômbia, 1995	89	176	166	62	13
Costa Rica, 1993	82	156	127	46	–
Equador, 1999	91	203	135	80	12
El Salvador, 1998	116	231	174	105	32
Guatemala, 1999	117	210	141	43	–
Haiti, 1994/1995	76	145	83	32	–
Honduras, 1996	136	205	170	66	–
Jamaica, 1996	112	–	–	–	–
México, 1997	74	214	136	88	27
Nicarágua, 1998	130	253	181	75	23
Paraguai, 1995	107	214	139	41	29
Peru, 1996	75	185	164	63	15
Rep. Dominicana, 1996	112	274	172	47	16
Trinidad e Tobago, 1987	82	304	134	70	56
Venezuela, 1998	80	–	144	66	53

Fonte: DHS. Extraído de Guzman; Contreras e Hakkert (2001).

ANEXO 3

Distribuição percentual das mulheres adolescentes, por estado civil em países selecionados da América Latina e Caribe

Países	Estado civil				Total
	Solteira	Casada	União livre	Separada, divorciada, viúva	
Belize, 1991	78.0	7.2	14.5	0.3	100.0
Bolívia, 1998	87.8	2.8	7.8	1.6	100.0
Brasil, 1996	83.3	6.9	6.8	3.0	100.0
Colômbia, 1995	83.5	2.5	11.1	2.9	100.0
Costa Rica, 1993	83.0	6.3	8.7	2.0	100.0
Equador, 1994	81.0	7.9	9.4	1.7	100.0
El Salvador, 1998	73.8	3.3	17.8	5.1	100.0
Guatemala, 1999	74.0	10.5	13.2	2.3	100.0
Haiti, 1995	83.1	0.9	14.0	2.0	100.0
Honduras, 1996	69.6	3.4	19.3	7.7	100.0
México, 1997	84.4	8.0	6.8	0.8	100.0
Nicarágua, 1998	65.7	5.5	20.1	8.7	100.0
Paraguai, 1998	83.8	5.5	9.2	1.5	100.0
Peru, 1996	87.5	2.3	9.6	0.6	100.0
Rep. Dominicana, 1996	71.5	3.0	19.4	6.5	100.0
Trinidad e Tobago, 1987	75.5	5.4	14.9	4.2	100.0
Venezuela, 1998	80.7	3.8	12.0	3.5	100.0

Fonte: Contreras e Hakkert (2001).

ANEXO 4

Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) unidas, segundo características socioeconômicas

País	Nível de escolaridade				Nível de pobreza	
	Nenhuma	Primária	Secundária	Média ou mais	Mais pobres	Menos pobres
Bolívia, 1998	46.7	23.4	6.9	0.0	17.1	4.6
Brasil, 1996	51.4	22.5	10.5	0.0	17.5	8.0
Colômbia, 1995	38.1	23.6	9.2	8.3	19.0	6.9
Guatemala, 1995	40.5	25.6	5.9	10.3	29.5	12.4
Haiti, 1995	26.2	14.6	9.9	0.0	17.0	13.0
Nicarágua, 1998	46.3	35.3	14.7	11.0	33.4	16.5
Peru, 1996	51.5	27.7	8.2	2.2	18.9	4.4
Rep. Dominicana, 1996	58.0	28.3	12.6	4.4	32.5	10.8

Fonte: Contreras e Hakkert (2001).

ANEXO 5

Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que havia tido relações sexuais, por características socioeconômicas em países selecionados da América Latina e Caribe

País	Nível de escolaridade				Nível de pobreza	
	Nenhuma	Primária	Secundária	Média ou mais	Mais pobres	Menos pobres
Bolívia, 1998	60.0	37.9	14.1	9.7	26.3	13.6
Brasil, 1996	58.8	40.4	29.4	41.7	34.8	28.9
Colômbia, 1995	59.1	42.8	23.8	25.4	34.2	24.1
Guatemala, 1995	44.8	30.0	8.5	–	33.2	16.3
Haiti, 1995	30.8	29.0	27.7	–	26.9	30.7
Nicarágua, 1998	65.1	48.7	21.6	17.1	45.3	25.3
Peru, 1996	57.4	39.2	15.9	8.5	28.2	11.5
Rep. Dominicana, 1996	74.0	40.6	19.8	8.9	42.7	21.0

Fonte: Contreras e Hakkert (2001).

ANEXO 6

Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que conhece ao menos um método anticoncepcivo. Total, unidas, não unidas sexualmente ativas e mulheres sem experiência sexual

País	América Latina e Caribe			
	Total	Unidas	Não-unidas	
			Sexualmente ativas	Sem experiência sexual
Bolívia, 1998	87.4	92.3	95.8	86.3
Brasil, 1996	99.2	100.0	100.0	98.7
Colômbia, 1995	98.8	99.7	100.0	98.5
Guatemala, 1995	67.6	68.6	100.0	67.2
Haiti, 1995	95.0	99.5	100.0	93.0
Jamaica, 1993	98.7	–	–	–
México, 1997	93.4	94.8	–	–
Nicarágua, 1998	94.0	96.8	100.0	92.4
Paraguai, 1998	90.5	98.5	–	–
Peru, 1996	93.4	94.6	98.4	93.2
Rep. Dominicana, 1996	99.3	99.3	100.0	99.4
Suriname, 1992	94.0	95.1	–	–
Trinidad e Tobago, 1987	93.7	97.8	100.0	92.1

Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).

ANEXO 7

Percentual de mulheres adolescentes que conhecem ao menos um método anticonceptivo, segundo nível de escolaridade, em países selecionados da América Latina e Caribe

País	Nível de escolaridade			
	Nenhuma	Primária	Secundária	Média ou mais
Bolívia, 1998	40.0	62.7	94.8	–
Brasil, 1996	94.1	97.6	99.8	100.0
Colômbia, 1995	90.9	96.3	99.9	100.0
Guatemala, 1995	33.8	59.7	94.4	100.0
Haiti, 1995	87.6	94.8	98.9	100.0
Jamaica, 1993	–	–	–	–
Nicarágua, 1998	81.0	91.2	98.1	100.0
Paraguai, 1990	70.0	86.0	92.8	100.0
Peru, 1996	69.1	76.6	97.7	100.0
Rep. Dominicana, 1996	94.0	99.2	100.0	100.0
Trinidad e Tobago, 1987	–	85.4	94.9	–

Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).

Percentual de mulheres adolescentes (15-19 anos) que conhecem ao menos um método anticonceptivo, segundo nível de pobreza, em que países selecionados da América Latina e Caribe

País	Nível de pobreza			
	1	2	3	4
Bolívia, 1998	57.1	79.7	91.2	95.7
Brasil, 1996	97.6	99.4	99.6	99.1
Colômbia, 1995	93.9	99.3	100.0	99.8
Guatemala, 1995	37.9	44.7	64.7	81.3
Haiti, 1995	81.9	92.5	96.3	97.7
Nicarágua, 1998	83.0	91.8	96.7	97.1
Peru, 1996	74.1	91.6	97.4	98.4
Rep. Dominicana, 1996	98.1	99.1	99.4	100.0

Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).

ANEXO 8

País	Total	Nível de escolaridade				Nível de pobreza				
		Nenhuma	Primária	Secundária	Média ou mais	1	2	3	4	5
Bolívia, 1998	38,2	83,3	63,3	35,1	15,8	66,3	49,1	38,9	31,2	31,5
Brasil, 1996	42,4	59,4	57,7	37,5	30,4	53,2	43,6	43,6	36,2	35,8
Colômbia, 1995	18,2	55	32,8	12,3	6,8	34,5	18,4	14,4	13,3	16,8
Guatemala, 1995	40,6	70,1	52,5	24,9	3,4	38,9	62,6	50,8	40,2	21,3
Nicarágua, 1998	30	42,9	36,6	23,6	18,1	44,2	30,9	29,4	25,7	25,4
Peru, 1996	20,6	59,6	43,3	17,5	5,3	44,6	24,3	16,2	16,5	15,2
Rep. Dominicana, 1996	32,8	47,9	39,8	22,9	20	39,2	35	34,5	27,4	31

Fonte: Guzman; Contreras e Moyano (2001).

ANEXO 9

Estimativas sobre abortos realizados por mulheres adolescentes (15-19 anos), em países selecionados da América Latina (1995)

País	Número estimado de abortos	Taxa de aborto (por mil mulheres)	Razão de abortos (por cada 100 gravidez)
Rep. Dominicana	14.075	36	29
Brasil	255.069	32	30
Peru	30.047	23	24
Colômbia	46.754	26	23
Colômbia urbana	32.350	23	27
México	61.522	13	13
Cuba	34.119	101	64
Guiana	1.007	26	29

Fonte: Guzman; Contreras e Hakkert (2001).

EDITORIAL

Coordenação

Iranilde Rego

Revisão

Silvia Maria Alves

Maria Aparecida Taboza

Danúzia Queiroz

Ângela Pereira da Silva de Oliveira (estagiária)

Melina Karen Silva Torres (estagiária)

Editoração

Bernar José Vieira

Cláudia Mattosinhos Cordeiro

Everson da Silva Moura

Brasília

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, 9^a andar

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5090

Fax: (61) 3315-5314

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Rio de Janeiro

Av. Nilo Peçanha, 50, 6^a andar – Grupo 609

20044-900 – Rio de Janeiro – RJ

Fone: (21) 3515-8433

Fax: (21) 3515-8402

Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

COMITÊ EDITORIAL

Secretário-Executivo

Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

9^a andar, sala 912

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5406

Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares