

Titulo: Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo

: Teenage pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population.

Descritores: Pregnancy in Adolescence, Social profiles, Demography, Cross-Sectional Studies, Sexuality and contraception behavior.

Autores: Chalem E¹, Mitsuhiro SS¹, Ferri CP², Barros M M³, Guinsburg R³, Laranjeira R¹.

1 – UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas do Departamento de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo – Brasil.

2 – Section of Epidemiology PO box 060– Institute of Psychiatry, King’s College – De Crespigny Park SE5 8AF London UK

3 – Departamento de Pediatria – Universidade Federal de São Paulo – Brasil.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (V. N. Cachoeirinha)

Autor responsável e endereço para correspondência:

Elisa Chalem

Rua: Marques do Paraná, 567 apto 42A

Lapa – São Paulo – Brasil - CEP 05086 010

Tel: 11 36445268 e-mail: elisachalem@aol.com

Financiamento: Projeto temático “Uso de drogas em gestantes adolescentes”

financiado pela FAPESP sob nº 00/10.293-5

Grav adol perfil sóc dem comport S P

Resumo

Objetivo: identificar o perfil sócio-demográfico e comportamental de gestantes adolescentes pobres de São Paulo.

Método: Estudo de corte transversal descritivo. Entrevistadas 1000 adolescentes grávidas admitidas consecutivamente num hospital público municipal de São Paulo de 24/07/2001 a 27/11/2002.

Resultados: Nos 492 dias do estudo, 24,3% das internações foram de adolescentes, sendo 92,0% partos de bebês vivos, 1,0% de natimortos e 7,0% de curetagens pós-aborto. A idade média foi de 17,0 anos. A maioria era natural de São Paulo e 72,9% moravam em bairros próximos ao hospital. Moravam com o pai do bebê 62,7%, mas apenas 42,3% constituindo um núcleo familiar independente. Pertenciam à classe econômica C e D 88,2% e 68,0% referiam renda familiar de até 4 salários mínimos. Constatou-se alta evasão escolar (67,3%) na maioria associada à gestação. Das participantes, 80,1% era primigesta, 81,2% não planejava a gestação e apenas 23,8% fazia uso de método contraceptivo.

Realizaram pré-natal 91,2% das entrevistadas, houve 67,4% de partos vaginais e 12,2% dos bebês foram pré-termos e 13,4% pesou menos de 2.500 g. Durante a gestação, 17,3% referiu uso de cigarro, 2,8% abuso de álcool e 1,7% consumo de drogas.

Conclusão: A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associada com grande número de fatores econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens associadas à maternidade precoce. O presente estudo fornece subsídios importantes para políticas públicas preventivas visando a redução de comportamentos de risco.

Objectives: to identify the socio-demographic and behavioral profile of a low income pregnant teenage population in São Paulo, Brazil.

Method: Cross-sectional study. One thousand pregnant teenagers consecutively admitted to a Brazilian Public Hospital (maternity) from 24/07/2001 to 27/11/2002 were interviewed. Socio-demographic and behavioral features were assessed through a questionnaire based on the Californian Perinatal Needs Assessment.

Results: over the 492 days of the study, 24,3% of the admissions were adolescents and 92% of their babies were delivered a live, 1% were stillborn and 7,0% were miscarriages. The mean maternal age was 17y. Most of the teenagers were born in São Paulo and 72.9% lived in neighborhoods around the hospital. Sixty-two percent lived with the baby's father, but only 42,3% had an independent family core. Most of them (88.2%) belonged to C and D social-economical class (ANEP) and 68,0% reported family income of about four hundreds dollars. School drop out has been identified in 67,3% of the teenagers, most of them due to the pregnancy. For 80,1% of the participants in the study it was their first baby, 81,2% had not planned the pregnancy and 23,8% were using some contraceptive method at the time of conception. 91,2% of the interviewees had antenatal care, 67,4% had vaginal deliveries, 17,3% admitted tobacco use, 2,8% alcohol use and 1,7% admitted illicit drugs use during the pregnancy. Regarding the neonates, 12,2% were preterm and 13,4% were low birth weight.

Conclusion: Teenage pregnancy is a complex phenomenon associated with a great number of economical, educational and behavioral features. This study supplies important substrate for preventive public policies in order to reduce risky behaviors in teenager women.

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E
COMPORTAMENTAL DE UMA POPULAÇÃO URBANA E PERIFÉRICA DE
SÃO PAULO**

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, dada a prevalência com que este fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo^{1, 2,3,4,5,6}. A chamada epidemia da maternidade na adolescência só foi reconhecida por volta de 1970, quando as taxas de fertilidade, nesta faixa etária, já começavam a cair nos Estados Unidos² e em outros países do primeiro mundo.

No entanto, Mayor destacou no quinto relatório anual “State of the World’s Mothers” publicado em 2004 (www.savethechildren.org.uk) que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de 20 anos e que mais de 90% destes nascimentos estão nos países em desenvolvimento. Entre os nascimentos em países em desenvolvimento a proporção de nascimentos de mulheres com menos de 20 anos varia de 8% no leste da Ásia até 55% na África⁷. Este relatório alertou que a gravidez e parto foram a principal causa de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento.

Vários estudos relatam como este fenômeno se comporta em diferentes populações ao redor do mundo. Henshaw (1997)⁸, observou que os maiores

índices de gestação na adolescência recaíam preferencialmente sobre a parcela negra da população (2 a 3 vezes maior do que entre as brancas), na qual predomina o nível sócio econômico baixo. Bennett e cols (1997)⁹, observaram ser maior a ocorrência de gravidez dos 15 aos 19 anos de idade na zona rural do que nas áreas metropolitanas, onde o acesso à educação e à informação de uma forma geral é maior. Singh (1998)¹⁰ de maneira semelhante, concluiu em seu artigo que níveis educacionais mais altos estão associados a menores índices de gestação na adolescência. Barnet (2004)¹¹ relatou que gravidez na adolescência estava associada com o aumento na taxa de evasão escolar, e que isto aumentaria a probabilidade de persistirem as diferenças econômicas e sociais.

Em países desenvolvidos diversos autores relatam uma tendência de queda na taxa de nascimento entre adolescentes a partir dos anos 80. Arias (2003)¹² relatou que nos EUA essa taxa caiu 31% desde 1991. Creatas (1995)¹³ num estudo em 11 países europeus também observou a tendência dessa taxa se manter estáveis ou até diminuir, por exemplo, na Alemanha que tem a maior taxa de gravidez na adolescência da Europa, essa taxa caiu de 21% em 1987 para 13% em 1989.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde¹⁴, a gravidez entre 15 e 19 anos cresceu contrariando a tendência nacional geral de diminuição das taxas de fecundidade. Além disso, dados do SUS indicam que a participação da faixa etária dos 10 aos 19 anos no total dos partos nos hospitais conveniados chegou a 26,5% em 1997 contra 22,34% em 1993. Os estudos de Gama/2002 e Sabroza/2004 (no Rio de Janeiro)^{15, 16}, Ribeiro (em Ribeirão Preto/2000)¹⁷ e Simões (em São Luis do

Maranhão/2003)¹⁸destacam a alta e crescente taxa de gestações na adolescência, principalmente entre as mais jovens, apresentando particularidades de acordo com a região e a população estudada. Simões (2003)¹⁸ destacou ainda a associação entre gestação na adolescência e prematuridade quando se controlam para variáveis confundidoras como fatores sócio-econômicos e reprodutivos. Recentemente apareceu na literatura Médica, Sociológica e na Mídia a discussão sobre a associação entre adolescência e problemas decorrentes tanto de fatores de natureza biológica como da autonomia relativa e ambígua que os jovens desfrutam na família e na sociedade. Este fenômeno surge em sociedades modernas, acentuando-se em processos de rápida urbanização (SEADE)¹⁹. Neste contexto, a Fundação Seade criou um índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ), para classificar os 96 distritos do município de São Paulo que contempla na sua composição o a proporção de mães adolescentes. O presente estudo tem como objetivo descrever as condições sócio-demográficas e comportamentais, incluindo a rede social (família e vizinhança), associadas temporalmente com a gestação na adolescência, numa região periférica da cidade de São Paulo, com um alto índice de vulnerabilidade juvenil, fornecendo dados e parâmetros para futuras políticas públicas de saúde para essa população.

METODOLOGIA

Este é um estudo de corte transversal descritivo e faz parte do projeto temático “Uso de Drogas por Gestantes Adolescentes” financiado pela FAPESP sob nº 00/10.293-5

Contexto

Foi realizado no HMMED Mário de Moraes Altenfelder Silva entre agosto/2001 e dezembro/2002.

Este hospital está localizado na Zona Norte de São Paulo e é considerado o hospital público de referência para gestação de alto risco, principalmente nos Distritos de Brasilândia e Cachoeirinha.

Amostra

A amostra é constituída por adolescentes internadas neste hospital por ocasião do parto ou curetagem (abortamentos). O critério de inclusão foi baseado na idade. Foram abordadas sequencialmente pacientes na faixa etária entre 10 anos completos e 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Instrumentos

As participantes foram entrevistadas nas enfermarias por entrevistadores independentes, sem qualquer vínculo com a Maternidade ou com o estudo. Eram psicólogos treinados e com experiência prévia em pesquisa.

O questionário foi elaborado tendo como base o *Perinatal Needs Assessment* (PNA) (ZAHND, KLEIN, NEEDELL, 1997)²⁰, instrumento utilizado em estudo realizado na Califórnia envolvendo 1147 gestantes com o objetivo de analisar em que medida a rede social afeta a vida das mulheres grávidas, traduzido e adaptado à realidade brasileira e às particularidades da nossa população. Foram consideradas as variáveis referentes a dados: de identificação (idade, procedência e moradia); de inserção social (escolaridade e situação profissional); de nível sócio-econômico (renda familiar, forma de sustento e condições de moradia além da classificação de classe econômica da Associação

Nacional de Estudos e pesquisa (1997)²¹); da gestação (planejamento, uso de anticoncepcionais e realização de pré-natal); sobre o pai da criança e outros filhos; sobre a vida sexual (início da atividade sexual, informações sobre o número de parceiros, estabilidade da relação que originou a gravidez, conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e utilização de preservativos durante as relações sexuais); sobre situações de violência; sobre o uso e abuso de substâncias na rede social.

Aspectos Éticos

Os participantes foram abordados, algumas horas após o procedimento cirúrgico, já numa fase de recuperação, esclarecidos e orientados pelos próprios entrevistadores a respeito do estudo. Somente depois de totalmente dissipadas as dúvidas a paciente concordava ou não em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso positivo, entrevistadores independentes aplicavam um questionário nas próprias enfermarias. Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do HMMEDMMAS e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Análise estatística

O banco de dados foi constituído no programa Epi Info, versão 6.04/CDC/OMS. Para a análise dos dados, utilizou-se o pacote Statistical Package for Social Sciences for Personal computer (SPSS). Foram elaboradas tabelas descritivas utilizando-se as frequências em número absolutos e percentuais.

RESULTADOS

No período estudado, 492 dias consecutivos, ocorreram 4108 internações no centro obstétrico do hospital. Foram consideradas elegíveis para o estudo 1000 adolescentes (24,3 %). Todas concordaram em participar do estudo. Foram 920 partos de bebês vivos (8 gemelares- 0,8%), 10 natimortos (1%) e 70 (7%) curetagens pós-aborto.

A média de idade das participantes foi de 17,0 anos (DP 1,5) variando de 11 a 19 anos, sendo que 17% tinham até 15 anos. Como pode ser observado na Tabela 1, a grande maioria (77,5%) era natural de São Paulo, e as demais estavam na cidade em média há 6,9 anos (DP5, 5) variando de 1 a 19 anos. A grande maioria (72,9%) das adolescentes morava em bairros adjacentes ao hospital. Quanto à estrutura familiar, 7,2% eram casadas legalmente, mas 62,7% referiam viver com um companheiro. Do total, 42,3% viviam exclusivamente com o companheiro e/ou filhos constituindo um núcleo familiar independente enquanto que as demais (57,7%) continuavam morando também com outros familiares (15,1% com outros filhos, 42,9% com a mãe, 25,8% com os pais, 43,0% com irmãos). Conviviam na mesma casa em média 3 pessoas e em 22,6% dos casos mais de 5 pessoas. O tipo de moradia predominante foi casa (86,4%) própria (66,2%).

Em relação à classe econômica, segundo a classificação da ANEP²¹, 88,2% das participantes pertenciam às classes C e D, sendo que 68,0% referem uma renda familiar mensal de até 4 salários mínimos. A principal fonte de sustento provém do companheiro e/ou pais da adolescente.

Quanto à inserção social, a média de anos frequentados de escola referido foi de 8 anos (DP2,3) variando de 0 a 12 anos. Considerando-se a média de idade

encontrada (17anos), a defasagem entre o esperado e o efetivamente cursado foi de 2,4 anos. Destaca-se que 67,3% das adolescentes não estavam mais estudando no momento da entrevista, sendo que 60,2% associavam o abandono da escola com a gravidez e 65,4% o havia feito durante o último ano letivo cursado. Relataram ter recebido algum treinamento profissional específico 88 (8,8%) adolescentes. Do total de participantes 9,7% referiam estar trabalhando. Como pode ser observado na figura 1, tanto as taxas de evasão escolar como de inserção no mercado de trabalho variam de acordo com a idade considerada.

Como pode ser observado na tabela 2, em relação à vida sexual e reprodutiva, a média de idade de início de atividade sexual (IAS) foi de 15 anos (DP 1,5) variando de 10 a 19 anos. Considerando a idade no primeiro parto, a diferença média entre o IAS e o parto foi de 2,0 anos (DP 1,4) variando de 0 (parto no mesmo ano do IAS) até 8 anos. A idade média dos companheiros foi de 21 anos (DP4, 4) variando de 15 a 51 anos. A média de diferença de idade entre a adolescente e seu parceiro foi 4,0 anos (DP 4,3) variando de - 3 (parceiro mais novo) a 32 anos.

Do total de adolescentes, 552 (55,5%) referiam ter tido um único parceiro sexual, e 87,7% acreditava manter uma relação mutuamente fiel que em 81,7% dos casos já durava pelo menos um ano. Quando questionadas se o conhecimento sobre o risco de contrair Aids havia interferido no seu comportamento sexual, 66,5% disseram que não ou muito pouco. Apenas 5,4% referiam saber que tinha uma doença sexualmente transmissível (DST), tais como: gonorreia, sífilis, herpes, verruga, AIDS etc. Quanto ao uso de preservativo como forma de proteção para

DSTs, 21,3% das adolescentes referiam uso constante. Do total de participantes, 80,1% referiu ser esta a primeira gestação. Enquanto que 161 (15,2%) referiam ter outros filhos vivos. A idade média do filho mais velho era de 2,0 anos (DP1, 27) variando de 1 a 8 anos. Em 147 situações (91,3%) esses filhos moravam com a mãe. Em 13 casos (8,1%) eles moravam com parentes próximos e em 1 caso (0,6%) foi colocado para adoção.

A tabela 3 descreve características da gestação atual. Em 81,2% dos casos a gestação não havia sido planejada, mas 61,4% consideraram que tinha ocorrido num momento conveniente. Na época em que ocorreu a gravidez, 237 adolescentes (23,8%) faziam uso de algum método anticoncepcional (MAC). Pensaram interromper a gestação 127 adolescentes (12,7%), e dessas 15 adolescentes realmente tentaram o aborto, e na grande maioria das vezes através de chás. Fizeram pré-natal (PN) 909 adolescentes (91,2%), sendo 874 (96,2%) no sistema único de saúde. A média de consultas citada foi de 7 (DP3,2) variando de 1 a 21 consultas. Relataram faltas no PN 203 adolescentes(22,5%) e o principal motivo alegado foi o de esquecimento.

Quanto a hábitos e/ou uso durante a gestação, 173 adolescentes (17,3%) referiram fumar em média 5 cigarros por dia (DP7,2), variando de 1 a 50 cigarros /dia. Quanto a ingestão de álcool, 266 adolescentes (26,6%) admitiram ter ingerido pelo menos em uma ocasião durante a gestação, sendo que 28 (2,8%) de forma abusiva. Quanto a outros tipos de drogas (maconha, cocaína), 17 (1,7%) admitiu ter usado durante a gestação, sendo que 6 (0,6%) foi de droga injetável. 24

(2,4%) adolescentes referiram ter tido relação com um parceiro usuário de droga injetável.

Das 1000 adolescentes pesquisadas, 674 (67,4%) dos partos foram vaginais. Dos 928 recém-nascidos vivos, 122 (12,2%) foram pré-termos e 134 (13,4%) pesaram menos de 2500 g. Pretendem amamentar o bebê 905 adolescentes (90,9%). Dos pais dos bebês, 975 (98,2%) sabiam da gestação e 799 (80,6%) já sabiam do nascimento, na ocasião da entrevista. Entre esses a maioria (70,7%) referira ter ficado feliz com a gestação.

Quanto a situações de violência referidas pela própria adolescente, temos que 81 (8,1%) já haviam sido atacadas com uma arma e 80 (8,0%) sem arma. Já haviam sofrido ameaças de violência em geral 104 (10,4%) adolescentes e 51 (5,1%) haviam sofrido violência sexual. Em 24 situações de violência doméstica foi necessário solicitar ajuda polícia, e 21 delas ocorreu durante a atual gestação.

DISCUSSÃO

Os dados selecionados do projeto temático “Uso de Drogas em Gestantes Adolescentes” e apresentados permitem caracterizar, sócio demográfica e comportamentalmente as adolescentes pertencentes à região norte da periferia de um grande centro urbano como é o município de São Paulo. Região esta, que na análise da fundação Seade¹⁹ inclui diversos distritos com os maiores índices de vulnerabilidade juvenil (IVJ) do município.

Durante o período do estudo, a alta taxa de adolescentes grávidas internadas (24,3%) é condizente com os dados apresentado pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁴ e em outros estudos brasileiros^{15,16,17 e18}, que destacam a alta e crescente taxa de gravidez na adolescência principalmente entre as mais novas e confirma que este é um fenômeno que tem que ser encarado como um problema sério de saúde pública. No entanto trata-se de um fenômeno complexo, com manifestações específicas em cada região do país^{15, 17,18 e22}. O presente estudo focalizou uma região periférica da metrópole de São Paulo, onde a gravidez na adolescência tem características e repercussões peculiares e parecidas com de outras cidades menores ou mesmo de zonas rurais. Fornecendo importantes subsídios para políticas públicas específicas para esta população.

O pequeno índice de casamentos formais (7,2%) e o grande número de uniões consensuais (60,6%) em consequência a gravidez, demonstram que nessa classe social, existe uma pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo que não legalmente, e que ainda não tenham uma independência financeira. O número de pessoas que convivem na mesma casa, e o fato de a maioria residir em casa própria, denunciam a maneira como as famílias na periferia assimilam novas uniões motivadas pela gravidez precoce, isto é, a mãe, o bebê, e muitas vezes também o companheiro passam a morar com uma das famílias de origem. Tendo-se assim, vários núcleos familiares convivendo num mesmo espaço físico, compondo e dividindo a renda e a organização familiar.

Um dos aspectos mais importantes levantados se refere a escolaridade dessas adolescentes. O alto índice de evasão escolar (67,3%), associado com a gestação precoce, traz graves conseqüências para a adolescente, seu filho e para a sociedade em geral, principalmente porque nesta faixa etária uma das poucas opções de inserção social e possibilidade de ascensão econômica é através do sistema educacional. A relação entre gravidez precoce e suas repercussões na escolaridade tem sido destacada na literatura especializada¹¹ e experiências internacionais relatam programas preventivos desenvolvidos com base neste tema.

O início precoce de atividade sexual em geral desprotegida e associada com o alto índice de gestações não planejadas dentro de relacionamentos com parceiros igualmente jovens, são dados que desencadeiam reflexões sobre o que acontece com nossos adolescentes, que apesar de bom nível de escolaridade e de conhecimento sobre sexualidade, não conseguem traduzi-los em sexo protegido e mudanças de comportamento. A repetição de nova gestação indesejada ainda na adolescência de uma em cada 5 adolescentes reflete que nem a vivência da gestação e suas conseqüências são efetivas para o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável e capaz de romper um círculo vicioso.

A associação de gravidez precoce a outros comportamentos de risco, como o uso e abuso de drogas numa população jovem e inserida num contexto de situações de violência, caracteriza a população estudada como extremamente vulnerável que necessita de abordagens específicas e urgentes se desejarmos mudar o panorama encontrado.

Resumindo, conforme já apontado por Singh (1998)¹⁰, e confirmado pelo presente estudo, a gestação na adolescência é um fenômeno com repercussões significativas para o indivíduo e para a sociedade. Para a adolescente a gravidez precoce pode marcar e alterar toda a sua vida futura. Pela perspectiva da comunidade e do governo a gravidez precoce tem uma forte associação com baixos níveis educacionais e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica.

CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associada com grande número de fatores econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens associadas a maternidade precoce. O presente estudo fornece subsídios importantes para políticas públicas preventivas visando a redução de comportamentos de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cunnington AJ. What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health Care. 2001 Jan; 27(1): 36-41.
2. Furstenberg Jr FF, Brooks-Gunn J, Chase-Lansdale. Am Psychol. 1989 Feb; 44(2):313-320.
3. Goodyear RK, Newcomb MD, Locke TF. Pregnant latina teenagers: psychosocial and developmental determinants of how they select and perceive the men who father their children. J Cons Psychol 2002; 49(2): 187-201.

4. Lawlor DA, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *J R Soc Med* 2004; 97(3): 121-123.
5. Marecek J. Counseling adolescents with problem pregnancies. *Am Psychol* 1987 Jan; 42 (1): 89-93.
6. Senanayake P, Faulkner KM. Unplanned teenage pregnancy. *Best Res Clin Obster Gynaecol.* 2003 Feb; 17(1): 117-29.
7. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ.* 2004 May 15; 328 (7449): 1152
8. Henshaw SK. Teenage abortion and pregnancy statistics by state, 1992. *Fam Plann Perspect.* 1997 May-Jun; 29(3): 115-22.
9. Bennett T, Skatrud JD, Guild P, Loda F, Klerman LV. Rural adolescent pregnancy: a view from the South. *Fam Plann Perspect.* 1997 Nov.- Dec;29(6) : 256-60,267.
10. Sing S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Stud Fam Plann.* 1998 Jun; 29(2): 117-36
11. Barnet B, Arroyo C, Devoe M, Duggan AK. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004 Mar;158(3): 262-8.
12. Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B. Annual Summary of Vital statistics – 2002. *Pediatrics* 2003 Dec;112(6):12151-230
13. Creatsas GC. Adolescent pregnancy in Europe. *Int J Fertil Menopausal Stud.* 1995;40 Suppl 2:80-4.
14. Ministério da Saúde. http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=24, disponível em 27/02/2004.

15. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saude Publica*. 2002 Jan/Fev; 18(1): 153-161.
16. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. 2004 . Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad. Saúde Publica* 20, sup 1: S112-s120.
17. Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, da Silva AA. Comparação entre suas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2000 Apr, 34(2):136-42.
18. Simões VM, da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão. *Rev Saúde Publica*. 2003 Oct; 37 (5): 559-65.
19. SEADE, Fundação. Índice de Vulnerabilidade Juvenil disponível em <http://www.seade.gov.br/ivj/> em 04/12/2004.
20. Zahnd E, Klein D, Needell B. Substance use and issues of violence among low-income, pregnant women: The California Perinatal Needs Assessment. *Journal of Drug Issues* 1997; 27(3), 563-584 .
21. ANEP- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo, ANEP, 1997. 10p
22. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida M da C, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Publica*. 2003; 19 (Sup. 2): S377-S388.

Tabela 1 – Características sócio demográficas de adolescentes grávidas internadas numa maternidade municipal de São Paulo.

Características	N	(%)
Procedência (n=998)		
São Paulo	773	77,5
Nordeste/Norte	171	17,1
Sudeste/Sul	39	3,9
Centro-Oeste	12	1,2
Estrangeiro	3	0,3
Bairro (n=993)		
Brasilândia/ Cachoeirinha	556	56,2
C.Verde/ Freg.Ó/ Limão	168	16,9
Outros Zona Norte	208	20,8
Outros	61	6,1
Estado Civil (n=1000)		
Em união	627	62,7
Sem união	364	36,4
viúva/separada	9	0,9
Tipo de Moradia (n=994)		
casa	859	86,5
apartamento	50	5,0
cômodo/barraco	80	8,0
outros	5	0,5
Vínculo da Moradia (n=993)		
própria	657	66,2
alugada	274	27,6
outros	62	6,2
Classe Econ.* (n=995)		
A	2	0,2
B	64	6,4
C	395	39,8
D	487	48,9
E	47	4,7
Renda familiar mensal (n=894)		
até 1 S.M**.	28	3,1
de 1 a 4 S.M.	580	64,9
mais de 5 S.M.	286	32,0

*ANEP,1997 ** 1S.M.= R\$ 180,00 (2001)

Tabela – 2 Características da vida sexual de adolescentes grávidas internadas numa maternidade municipal de São Paulo.

Características	N	%
nº de parceiros (n =994)		
1	552	55,5
2	213	21,4
3	125	12,6
4	49	4,9
5	23	2,3
mais de 5	32	3,3
Relação mutuamente fiel (n=998)		
não	107	10,7
não sabe	10	1,0
sim	877	87,9
não se aplica	4	0,4
Tempo de relação fiel (n=877)		
menos de 6 meses	22	2,3
mais de 6 m. e - de 1 ano	140	16,0
mais de 1 ano e - de 3 a.	492	56,3
mais de 3 anos e - de 5 a.	190	21,7
mais de 5 anos	33	3,7
Mudança de comport.(n=999)		
nada	524	52,5
pouco	141	14,1
razoavelmente	46	4,6
muito	249	24,9
muito mesmo	39	3,9
uso de preservativo (DST) (n=998)		
nunca	429	42,9
menos met.vezes	162	16,3
met. Vezes	189	18,9
sempre	213	21,4
não se aplica	5	0,5
nº de filhos vivos (n=997)		
0	61	6,1
1*	784	78,7
2	126	12,6
3	20	2,0
4	2	0,2
5	4	0,4

* o filho nascido nesta internação

Tabela 3 – Características da Gestação atual de adolescentes grávidas internadas numa maternidade municipal de São Paulo.

características	n	%
planejada (n=998)		
não	812	81,2
sim	186	18,6
época que ocorreu (n=989)		
muito conveniente	104	10,6
conveniente	503	50,9
inconveniente	326	32,8
muito inconveniente	56	5,7
MAC utilizado (n=237)		
ACHO (pílula)	112	47,3
preservativo	114	48,1
DIU	2	0,8
outro	9	3,8
PN (n=997)		
sim	909	91,2
não	88	8,8
Local do PN (n=909)		
pp hospital	480	52,8
Unidade Básica de Saúde	394	43,4
convênio	12	1,3
outros	23	2,5
Falta PN		
não	701	77,5
sim	203	22,5
Tipo de parto		
CTG pós-aborto	70	7,0
óbito fetal	6	0,6
vaginal	371	37,1
fórceps	297	29,7
cesárea	256	25,6

Figura 1 - Inserção social segundo idade de adolescentes grávidas internadas numa maternidade municipal de São Paulo.

