

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E
COMPORTAMENTAL DE UMA POPULAÇÃO DA PERIFERIA DE SÃO PAULO
TEENAGE PREGNANCY: BEHAVIORAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF
AN URBAN BRAZILIAN POPULATION.

Grav adol perfil sóc dem comport S P

Descritores: Pregnancy in Adolescence, Social Class, Demography, Cross-Sectional Studies,
Sexual 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 – Disciplina de Pediatria Neonatal do 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 42^A, Lapa –

São Paulo – Brasil - CEP 05086 010

Tel: 11 36445268 e-mail: elisachalem@uol.com.br

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

financiado pela FAPESP sob nº 00/10.293-5

Resumo

Com o objetivo de identificar o perfil sócio demográfico e comportamental de gestantes adolescentes, foram entrevistadas 1000 adolescentes, admitidas no período de 24/07/2001 a 27/11/2002, em um hospital municipal de São Paulo, o que correspondeu a 24,3% das internações para resolução da gestação. 70 (7%) adolescentes foram admitidas para curetagem pós-abortamento e 930 (93%) para parturição. A idade média foi $17 \pm 1,5$ anos, sendo que a maioria (72,4%) residia próximo ao hospital e 93% pertenciam as classes econômicas C, D e E. 627 (67,3%) adolescentes não estudavam à época da parturição. Apenas 23,7% das adolescentes fazia uso de método contraceptivo, 81,2% não tinha planejado a gestação e 80,1% eram primigestas. Quanto ao parto, 67,4% foram vaginais, 13,3% dos bebês foram pré-termo e 15,9% baixo peso. Durante a gestação, o consumo referido de tabaco foi 17,3% , de álcool 2,8% e de drogas ilícitas, 1,7%. Conclui-se que gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado a fatores econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce. O presente estudo fornece subsídios para políticas públicas de saúde visando prevenir a gravidez na adolescência

Abstract

To identify the socio-demographic and behavioral profile of a low income pregnant teenage, one thousand pregnant teenagers consecutively admitted to a Brazilian Public Maternity from Jul/24/2001 to Nov/27/2002 were interviewed. Socio-demographic and behavioral features were assessed through a questionnaire. 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% miscarriages. The mean maternal age was 17y. Most of the teenagers (72.9%) lived in neighborhoods around the hospital. Most of them (88.2%) belonged to C and D social-economical class and 62% lived with the baby's father. 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. 67,4% had vaginal deliveries. Regarding the neonates, 13,3% were preterm and 15,9% were low birth weight. During the pregnancy, 17,3% admitted tobacco use, 2,8% alcohol use and 1,7% illicit drugs use.

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.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO 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 esse 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 fecundidade 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), com, dados coletados entre 1995 e 2002 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 ocorrem nos países em desenvolvimento. Nestes países, a proporção de parturientes com menos de 20 anos varia de 8% no leste da Ásia até 55% na África ⁷. Esse relatório alertou que a gravidez e o parto foram a principal causa de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento.

Vários estudos relatam como esse fenômeno se comporta em diferentes populações ao redor do mundo. Henshaw 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 colaboradores 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 ¹⁰, de maneira semelhante, concluiu em seu artigo que níveis educacionais mais

altos estão associados a menores índices de gestação na adolescência. Barnett 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.

Sobre os países desenvolvidos, diversos autores referem uma tendência de queda na proporção de gravidez na adolescência a partir dos anos 80. Arias 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 estável ou até diminuir, como por exemplo na Alemanha, que tem a maior taxa de gravidez na adolescência da Europa, a taxa caiu de 21% em 1987 para 13% em 1989.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde¹⁴, cresceu a proporção da participação da gravidez entre 15 e 19 anos nos índices de fecundidade, paralela à diminuição da proporção das demais faixas etárias. Além disso, dados do SUS indicam que a porcentagem 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 e Sabroza (no Rio de Janeiro)^{15, 16}, Ribeiro (em Ribeirão Preto)¹⁷ e Simões (em São Luis do Maranhão)¹⁸ destacam 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 ¹⁸ destacou ainda a associação entre gestação na adolescência e prematuridade quando se controlam 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. Esse fenômeno surge em sociedades modernas, e torna-se acentuado em processos de rápida urbanização (SEADE)¹⁹. Nesse contexto, a Fundação SEADE criou o índice de

vulnerabilidade juvenil (IVJ), que inclui a proporção de mães adolescentes, classificou os 96 distritos do Município de São Paulo.

O presente estudo tem como objetivo descrever as condições sócio-demográficas e comportamentais, associadas temporalmente com a gestação na adolescência, numa região de periferia da Cidade de São Paulo, com um alto índice de vulnerabilidade juvenil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal descritivo, com coleta prospectiva dos dados, realizado no Hospital Municipal Maternidade Escola Dr Mário de Moraes Altenfelder Silva. Localizado na Zona Norte da cidade de São Paulo, é considerado hospital de nível terciário de referência para as gestações de alto risco. A abrangência inclui as zonas Noroeste (7 distritos) e Nordeste (11 distritos) principalmente os distritos de Brasilândia e Cachoeirinha. A população do distrito da Cachoeirinha é de 147649 habitantes sendo que 10,21% (15075) é de pessoas na faixa de 15 a 19 anos¹⁹. O hospital está localizado aproximadamente a 8 km de distância do Centro da Cidade. A população nessa região é composta basicamente constituída por indivíduos de baixa renda que não tem acesso aos serviços privados de saúde. privada. Este estudo faz parte do projeto temático “Uso de Drogas por Gestantes Adolescentes” financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) sob nº. 00/10.293-5.

Desde a década de 80, em torno de 25% dos partos realizados neste hospital são de adolescentes, sendo este hospital a primeira opção para o parto das adolescentes de toda a região noroeste e nordeste da cidade de São Paulo.

Casuística

Foram incluídas no estudo as adolescentes grávidas, consideradas aquelas com idade entre 10 e 20 anos incompletos (critério da Organização Mundial de Saúde) admitidas no hospital para parturição ou curetagem pós-abortamento, após a obtenção do consentimento livre e esclarecido por escrito. Não foram utilizados critérios de exclusão. Este artigo é uma análise secundária, por isso os cálculos amostrais foram baseados no objetivo principal do projeto temático que foi estudar a prevalência do uso de drogas e os fatores de risco para seu uso durante a gravidez. Tendo em vista a prevalência de drogas na ordem de 20%²⁰ e considerando-se um erro amostral de 2,5 a 3,0% estimou-se a necessidade de inclusão de 680 a 980 binômios mãe-recém-nascidos no estudo.

Instrumentos

As participantes foram entrevistadas nas enfermarias por entrevistadores independentes, sem qualquer vínculo com a Maternidade. Eram psicólogos treinados e com experiência prévia em pesquisa contratados especificamente para esta tarefa.

O questionário foi elaborado tendo como base o Perinatal Needs Assessment (PNA)²¹, 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. O PNA foi traduzido e adaptado à realidade brasileira e a particularidades da nossa população. Foram consideradas as variáveis referentes a dados:

- de identificação (idade, procedência e bairro de moradia, estado civil);
- de inserção social (escolaridade e situação profissional);
- de nível sócio-econômico - renda familiar; forma de sustento; condições de moradia e a classificação de classe econômica da Associação Nacional de Estudos e pesquisa (1997)²², baseada no nível educacional do chefe de família, no número de eletrodomésticos na residência e na renda familiar. Ela classifica

os indivíduos em 5 categorias diferentes, de A (classe mais alta) a E (classe mais baixa).

- da gestação (planejamento; uso de anticoncepcionais; referência de ter realizado ou não pré-natal; local do pré-natal; média de consultas referidas e falta ao pré-natal);
- sobre o pai da criança e outros filhos;
- Sobre a vida sexual (início da atividade sexual; informações sobre o número de parceiros sexuais que teve; estabilidade da relação que originou a gravidez; conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e utilização de preservativo durante as relações sexuais);
- sobre situações de violência a que já foi submetida;
- sobre o uso e abuso de substâncias tóxicas durante a gestação;
- sobre resultados da gestação (tipo de parto; idade gestacional e peso do recém-nascido-RN)

Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Maternidade Escola Doutor Mario de Moraes Altenfelder Silva e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

As participantes foram abordadas, algumas horas (de 4 a 48 horas) após a recuperação do parto ou da curetagem. Foram esclarecidas e orientadas a respeito do estudo pelos entrevistadores do projeto. A paciente era perguntada se concordava ou não em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido somente depois de totalmente dissipadas suas dúvidas. Em caso positivo, os entrevistadores aplicavam o questionário na enfermaria.

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. Algumas características das adolescentes de 15 anos ou menos foram comparadas com as demais. O teste qui quadrado foi usado para estabelecer a significância das diferenças.

RESULTADOS

No período de julho de 2001 a novembro de 2002 (492 dias consecutivos) ocorreram 4108 internações no Centro Obstétrico do Hospital para parturição ou curetagem pós-abortamento, das quais 1002 (24,4%) eram adolescentes. Em duas adolescentes não se conseguiu aplicar o questionário, sendo incluídas no estudo 1000 adolescentes. Todas as adolescentes concordaram em participar da pesquisa.

Das 1000 adolescentes, 70 (7%) foram admitidas para curetagem e 930 (93%) para parturição, sendo os conceitos, dez (1%) óbitos fetais e 928 nascidos vivos (8 gemelares).

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, apenas 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.

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

Quanto à inserção social, a média de anos frequentados de escola referidos foi de 8 anos (DP 2,3) 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% havia abandonado durante ano letivo. 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, o número de adolescentes, que referiam estar estudando ou estar inseridas no mercado de trabalho varia de acordo com a idade considerada. Este número era sempre muito baixo, comparado ao total de adolescentes de cada faixa. Do geral observa-se que independente da faixa de idade, a maioria das adolescentes não estudava nem trabalhava na ocasião da entrevista.

Em relação ao comportamento sexual, 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 do companheiro foi de 21 anos (DP 4,4), 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 menos 3 (parceiro mais novo) a 32 anos.

Para analisar melhor algumas características, foram elaboradas as tabelas 2, 3 e 4 em que se dividiu as adolescentes em dois grupos: as mais novas (com 16 anos ou menos) e as demais (maiores que 16 anos). A Tabela 2 traz características do comportamento sexual. Não

se observam diferenças significativas entre os grupos quanto à referência de manterem uma relação mutuamente fiel (87,9% e 89,8%); à referência que o comportamento sexual não sofreu mudanças em função do advento da AIDS (51,8% e 52,9%), e à menção de nunca ou nem sempre usarem preservativo para prevenção de DSTs - doenças sexualmente transmissíveis (80,3% e 77,5%). Apesar de nos dois grupos a maioria referir ter tido apenas um parceiro sexual (66,7% e 49,0%), existe uma diferença significativa entre os dois grupos, além disso, é maior a porcentagem de adolescentes mais velhas que referem ter tido dois (15,3% e 25%) e 3 ou mais (18% e 26%) parceiros na vida. Existem também diferenças significativas quanto ao tempo que mantém uma relação mutuamente fiel. Para as mais novas predomina o tempo de 1 a 3 anos (64,8%) seguido de relações até 1 ano (21,8%), enquanto que nas mais velhas também predominam as relações de 1 a 3 anos, mas são seguidas das que duram mais de 3 anos. Quanto ao número de filhos vivos, nos dois grupos o predomina a referência de que este é o primeiro bebê (89,1% e 72,6%), mas as porcentagens de dois (17,1%) e 3 ou mais (3,8%) das mais velhas são significativamente diferentes e superiores quando comparadas com as mais novas (4,9% e 0,5%).

A idade média do filho mais velho era de 2,0 anos (DP1, 27), variando de 1 a 8 anos. Em 147 casos (91,3%) esses filhos moravam com a mãe. Em 13 (8,1%) eles moravam com parentes próximos e 1 caso (0,6%) foi colocado para adoção.

A Tabela 3 descreve características da gestação atual. A única diferença significativa encontrada entre os dois grupos foi o local do pré-natal, predominando em 68,3% das mais novas o Ambulatório do próprio hospital e em 52,4% das mais velhas as Unidades Básicas de Saúde. Para a maioria das entrevistadas, a gestação não foi planejada (83,7% e 80,0%), mas foi considerada conveniente na ocasião do parto (58,2% e 63,2%). Porém a minoria (20,9% e 25,6%) fazia uso de algum método contraceptivo quando engravidou.

Pensaram interromper a gestação 127 adolescentes (12,7%), e dessas 15 realmente tentaram o aborto, na grande maioria a referência é ao uso de chás. Mas, em apenas 8 houve realmente o aborto (5 espontâneos e 3 provocados).

Quanto ao pré-natal, 92,7% das mais novas e 90,3% das mais velhas referiam ter acompanhamento, comparecendo 6 ou mais consultas (65,3% e 65,6%).Relataram faltas no pré-natal 25,1% e 20,9% das adolescentes e o principal motivo alegado foi o esquecimento.

Quanto a hábitos e/ou uso de drogas durante a gestação, 173 adolescentes (17,3%) referiram fumar em média 5 cigarros por dia (DP 7,2), variando de 1 a 50 cigarros /dia. Quanto à 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%) admitiram ter usado durante a gestação, sendo que 6 (0,6%) de droga injetável. 24 (2,4%) adolescentes referiram ter tido relação com um parceiro usuário de droga injetável.

Na Tabela 4 são apresentados alguns resultados perinatais. Na comparação dos dois grupos a única diferença significativa encontrada foi o fato de ser a primeira gestação para 91,6% das mais novas e 73,3% das mais velhas. Nas demais comparações observaram-se algumas diferenças entre os grupos, mas não foram estatisticamente significativas. Deram à luz um bebê vivo 94,3% e 91,1% e o tipo de parto foi vaginal em 69,8% e 65% das adolescentes. Quanto aos bebês nascidos vivos 14,4% e 12,6% foram pré-termo e 17,2% e 15,0% pesaram menos de 2500g, ressaltando-se que apesar das diferenças entre os grupos não serem significativas, as porcentagens mostram uma tendência dos índices de prematuridade e baixo peso serem superiores nas mais novas.

Pretendiam amamentar o bebê 905 adolescentes (90,9%). Do pai 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%) é mencionada como tendo 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 ocorreram durante a atual gestação.

DISCUSSÃO

Os dados selecionados do projeto temático “Uso de Drogas em Gestantes Adolescentes” e apresentados neste artigo 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. Esta região na análise da fundação Seade¹⁹, inclui distritos (Brasilândia e Vila Nova Cachoeirinha) com os maiores índices de vulnerabilidade juvenil (IVJ) do Município.

Durante o período do estudo, a alta taxa de adolescentes grávidas internadas (24,3%) sendo 17% com até 15 anos, é condizente com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁴ e em outros estudos brasileiros^{15,16,17 e18}. Esses estudos, destacam a alta e crescente taxa de gravidez na adolescência principalmente entre as mais novas e confirmam 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 e23}. No Município de São Paulo, no Boletim da Secretaria Municipal de Saúde, a proporção de recém-nascidos vivos de mães com menos de 20 anos foi de 16,6% em

2001 e 16% em 2002. A taxa de 24,3% encontrada no presente estudo reflete que o parto de mães adolescentes da Região Norte se concentra neste hospital.

Os principais aspectos deste estudo foram o tamanho da amostra com perda praticamente nula e a importância do tema. Como limitação, apontamos o fato de não se ter acompanhado longitudinalmente as adolescentes e de ter realizado o questionário com a adolescente ainda no hospital, logo após o parto ou a curetagem.

O pequeno índice de casamentos formais (7,2%) e o grande número de uniões consensuais (60,6%) em consequência da 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 sem oficializar o casamento, ou que ainda não tenha uma independência financeira. O número de pessoas que convivem na mesma casa e o fato da maioria residir em casa própria, denunciam a maneira como as famílias na periferia assimilam novas uniões motivadas pela gravidez precoce, isto é, mãe, bebê e muitas vezes também o companheiro passa a morar com as famílias de origem. Tendo-se assim, vários núcleos familiares convivendo num mesmo espaço físico, compondo e dividindo a renda e a organização familiar.

Um importante aspecto levantado se refere à escolaridade das adolescentes. A proporção de jovens de 15 a 17 anos que não freqüentam a escola segundo a Fundação SEADE¹⁹ gira em torno de 25% para o município de São Paulo. Neste estudo o índice de evasão escolar observado (67,3%) foi muito mais elevado. Além disso, a evasão associada à gestação precoce traz graves consequências para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, principalmente porque nessa faixa etária uma das poucas opções de inserção social e possibilidade de ascensão econômica são 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 nesse tema, como a apresentada por Banrnet para a cidade de Baltimore ¹¹.

O início precoce da atividade sexual e principalmente da atividade desprotegida, associada com o alto índice de gestações não planejadas no relacionamento com parceiro igualmente jovem, são dados que desencadeiam reflexões sobre nossos adolescentes que, apesar de razoável nível de escolaridade e de conhecimento sobre sexualidade, não conseguem traduzí-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. Pesquisas de abordagem predominantemente qualitativa ^{25,26} têm enriquecido estas reflexões, contribuindo com a compreensão de que, em determinadas situações, a gravidez precoce possa ser a solução para situações conflituosas e não necessariamente um problema em si. Isso reflete a complexidade do fenômeno denominado “gravidez precoce”.

Em relação aos resultados perinatais, estudos brasileiros ^{27,28} falam da associação de prematuridade e baixo peso ao nascer com: idade materna, condições sócio-econômicas desfavoráveis, assistência pré-natal pública e tipo de parto. Os elevados índices de prematuridade (13,3%) e de baixo peso (15,9%) ao nascer encontrados no presente estudo confirmam essa associação, pois a população estudada era de mães adolescentes, predominantemente de classes sociais desfavorecidas com assistência pré natal no Sistema Único de Saúde. Estes dados fornecem subsídios para a elaboração de políticas de saúde e devem ser considerados nas prioridades da atenção materno-infantil.

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. 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, associado a grande número de fatores, econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce.

O presente estudo fornece subsídios importantes para o estabelecimento de estratégias específicas e políticas públicas preventivas visando a redução de comportamentos de risco.

Contribuição dos autores:

Concepção e elaboração do estudo: Barros, Chalem, Guinsburg, Laranjeira e Mitsuhiro

Coleta de dados: Barros, Chalem, Guinsburg, Laranjeira e Mitsuhiro

Análise e Interpretação dos Dados: Chalem, Ferri, Laranjeira e Mitsuhiro

Elaboração do artigo: Chalem, Ferri, Laranjeira e Mitsuhiro

Revisão Crítica do artigo dos conteúdos intelectuais importantes: Barros, Chalem, Ferri,
Guinsburg, Laranjeira, Mitsuhiro

Obtenção do financiamento: Barros, Guinsburg, Laranjeira e Mitsuhiro

Apoio administrativo, técnico ou material: Barros, Chalem, Guinsburg, Laranjeira e Mitsuhiro

Supervisão do Estudo; Guinsburg e Laranjeira

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> , 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 Saúde Pública.* 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. Galduroz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. 1997 Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.

21. 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.
22. ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo, ANEP, 1997. 10p
23. 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.
24. Boletim Nascidos Vivos – CEInfo Ano 1nº 1 abr/2004. Disponível em: [www2.prefeitura.sp.gov.Br/secretarias/saude/publicacoes/0004/boletim SINASC.pdf](http://www2.prefeitura.sp.gov.Br/secretarias/saude/publicacoes/0004/boletim_SINASC.pdf)
25. Taquette SR. Sexo e Gravidez na Adolescência: estudo de antecedentes biopsicossociais. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. 1991.
26. Taquete SR. Iniciação sexual da adolescente: o desejo, o afeto e as normas sociais. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. 1997.
27. Bettiol H et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescente. *Cad. Saúde Pública*, 1992; 8 (4); 404-413.
28. Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000; 14 (1): 30-38.

29. 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 que 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. (salário mínimo) = R\$ 180,00 (2001)

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

Características	Total		< ou =16 anos		Mais de 16 a.		X ²	pvalue
	N	%	N	%	N	%		
Nº. de parceiros								
1	552	55,5	244	66,7	308	49,0	29,4	p* < 0,001
2	213	21,4	56	15,3	157	25,0		
3 ou mais	229	22,9	66	18,0	163	26,0		
Relação mutuamente fiel								
não	107	10,7	44	12,1	63	10,2	.835	P=0.2
sim	877	87,9	321	87,9	556	89,8		
Tempo de relação fiel								
Até 1 ano	167	16,7	70	21,8	97	17,2	37,4	p* < 0,001
De 1 a 3 anos	494	49,4	208	64,8	286	50,8		
Mais de 3 anos	223	22,3	43	13,4	180	32,0		
Mudança de comportamento								
nada	524	52,4	191	51,8	333	52,9	.112	p = 0,9
pouco	187	18,7	70	19,0	117	18,6		
muito	288	28,8	108	29,3	180	28,6		
Uso de preservativo								
nunca	429	43,2	162	44,1	267	42,7	1,16	p = 0,56
Nem sempre	351	35,3	133	36,2	218	34,8		
sempre	213	21,5	72	19,6	141	22,5		
Nº. de filhos vivos								
nenhum	61	6,1	20	5,5	41	6,5	45,1	p* < 0,001
atual	784	78,4	326	89,1	458	72,6		
dois	126	12,6	18	4,9	108	17,1		
3 ou mais	26	2,6	2	0,5	24	3,8		

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

Características	Total		< ou =16 anos		Mais de 16 a.		X ²	pvalue
	N	%	N	%	N	%		
Gestação planejada								
não	812	81,2	309	83,7	503	80,0		
sim	186	18,6	60	16,3	126	20,0	2,18	p=
Época que ocorreu								
inconveniente	382	38,6	152	41,8	230	36,8		p=
conveniente	607	61,4	212	58,2	395	63,2	2,38	0,07
Uso de MAC quando engravidou								
não	757	76,2	291	79,1	466	74,4		p=
sim	237	23,8	77	20,9	160	25,6	2,7	0,057
Refere PN								
não	88	8,8	27	7,3	61	9,7		p=
sim	909	91,2	341	92,7	568	90,3	1,6	0,12
Local do PN								
Maternidade	480	52,7	233	68,3	247	43,4		
Unidade Básica de Saúde	395	43,4	97	28,4	298	52,4	53,77	p*<
Outros	35	3,8	11	3,2	24	4,2		0,001
Consultas de PN referidas								
De 1 a 5	293	34,5	109	34,7	184	34,4		
6 ou +	556	65,5	205	65,3	351	65,6	0,00	p=
Falta PN								
não	701	77,5	254	74,9	447	79,1		
sim	203	22,5	85	25,1	118	20,9	2,14	p=

MAC = método anticoncepcional / PN = Pré-natal

Tabela 4 – Resultados perinatais de adolescentes grávidas internadas numa maternidade municipal de São Paulo segundo faixa de idade.

Características	Total		< ou =16 anos		Mais de 16 a.		X ²	pvalue
	N	%	N	%	N	%		
Teve um bebê								
Não	77	7,7	21	5,7	56	8,9		
Sim	922	92,3	348	94,3	574	91,1	3,35	p<
Primeira Gestação								
Não	199	19,9	31	8,4	168	26,7		
Sim	800	80,1	338	91,6	462	73,3	48,669	p*<
Tipo de parto								
Vaginal	668	67,3	257	69,8	411	65,8		P=
Cesárea	256	25,8	90	24,5	69	6,9	2,27	0,322
Ctg após aborto	69	6,9	21	5,7	48	7,7		
Peso do RN								
Normal	774	84,1	287	82,7	487	85,0		
Baixo peso	124	13,5	49	14	75	13,1	1,72	p=
Muito baixo peso	22	2,4	11	3,2	11	1,9		0,42
Idade Gestacional								
Pré-termo	122	13,3	50	14,4	72	12,6		
Termo	798	86,7	297	85,6	501	87,4	0,639	p=

Ctg = curetagem pós abortamento / RN = recém-nascido

Figura 1 - Inserção social de acordo com idade

