

# Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano, São Paulo, Brasil, 1997

## Fertility and its intra-urban differentials of human development, Brazil, 1997

Cláudia Maria Martins\* e Márcia Furquim de Almeida

*Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil*

### Descritores

Fecundidade.# Iniquidade social.# Transição demográfica.# Indicadores de desenvolvimento.# Coeficiente de fecundidade. Desenvolvimento humano. Taxa de escolaridade feminina. Distribuição espacial. Distribuição por idade. – Espaço intra-urbano.

### Keywords

*Fertility.# Social inequity.# Demographic transition.# Development indicators.# Pregnancy rate. Human development. Feminine schooling rates. Residence characteristics. Age distribution. – Intra-urban differentials.*

### Resumo

#### Objetivo

Avaliar possíveis divergências no padrão reprodutivo de mulheres residentes em áreas de diferentes níveis de desenvolvimento humano, pela análise de suas taxas de fecundidade total e taxas específicas de fecundidade por idade.

#### Métodos

Foram estudados os 96 distritos do Município de São Paulo, agrupados em cinco áreas segundo ordem crescente dos valores assumidos pelo Indicador de Desenvolvimento Humano. O estudo compreendeu a população feminina de 15 a 49 anos e os nascimentos vivos ocorridos durante o ano de 1997. As fontes de obtenção dos dados foram as declarações de nascidos vivos e a contagem da população 1996. Foram trabalhadas as seguintes variáveis: IDH, distrito de residência e idade da mulher.

#### Resultados

As mulheres residentes na área de menor desenvolvimento humano apresentaram taxa de fecundidade total de 2,62, sendo que a cúspide (151/1.000 filhos por mulheres) situou-se no grupo etário de 20 a 24 anos. Na área de maior indicador de desenvolvimento humano, observou-se menor número médio de filhos por mulher (1,67), e a cúspide (93/1.000 filhos por mulheres) se situou no grupo etário de 25 a 29 anos.

#### Conclusões

As mulheres residentes nas áreas de maior desenvolvimento humano apresentaram menor número médio de filhos e tendência a tê-los em idades mais avançadas, o que sugere a coexistência de distintos padrões reprodutivos no Município de São Paulo.

### Abstract

#### Objective

*To assess potential discrepancies in reproductive patterns of women living in areas at different levels of human development by analyzing their total fertility rates and age-specific rates.*

#### Methods

*Ninety-six districts of the city of São Paulo (Brazil) were grouped in 5 areas according*

### Correspondência para/Correspondence to:

Cláudia Maria Martins  
Rua Ministro Américo Marco Antônio, 145  
05442-040 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: cmmartin@usp.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. Apresentado no XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu (MG), 1998; no II International Congress Women Work Health, Rio de Janeiro (RJ), 1999; e no VI Congresso Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia (SP), 1999. Subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº 136.978/96-7).

\*Aluna de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP  
Recebido em 5/6/2000. Reapresentado em 2/3/2001. Aprovado em 5/6/2001.

*to their human development index (HDI). Women aged 15 to 49 years were included in the study and data was obtained from live birth certificates during the year of 1997. Data was collected from live birth certificates and population census for the year 1996. The following variables were analyzed: HDI; district of mother's residence and mother's age.*

#### **Results**

*The total fertility rate (TFR) for women living in the lowest HDI area was 2.62, and the highest specific fertility rate (SFR of 151/1,000) was found for the age group 20-24 years. For the area of highest HDI, the TFR was 1.67, and the age group of 25-29 showed the highest SFR (93/1,000).*

#### **Conclusions**

*Women living in higher HDI areas showed a lower TFR and they tended to begin their reproductive life later in life, which suggests the coexistence of different reproductive patterns in the city of São Paulo.*

## INTRODUÇÃO

O Brasil tem apresentado, nas últimas décadas, uma crescente tendência de urbanização e de redução de taxas de fecundidade.<sup>9</sup> Uma das primeiras implicações do declínio das taxas de fecundidade, que vem sendo verificado, pode ser a redução do crescimento populacional juntamente com a diminuição da razão de dependência juvenil. Assim, em longo prazo, haveria redução da pressão por certos equipamentos sociais. No Município de São Paulo, como em outras cidades do mundo subdesenvolvido, esse efeito representaria uma real descompressão da demanda populacional caso não houvesse déficit na oferta de serviços sociais.

Para o País como um todo, os dados disponíveis nos sistemas de informação que contemplam os nascimentos vivos apresentam uma série de distorções. Desse modo, para se avaliar as tendências de fecundidade no País, ainda é necessário recorrer a pesquisas amostrais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS),<sup>9</sup> realizada em 1996, buscou evidenciar a tendência de convergência e homogeneização dos níveis e dos padrões de fecundidade das grandes regiões do País. Wong et al,<sup>14</sup> ao analisar os resultados da PNDS, assinalaram a necessidade de realização de estudos que possibilitassem a identificação de possíveis diferenciais de fecundidade nos diversos segmentos da população.

Diante do processo de urbanização e da crescente concentração da população em grandes cidades, onde as desigualdades sociais se expressam visivelmente no espaço urbano, muitos autores se debruçam sobre a questão dos diferenciais intra-urbanos tanto na área da demografia e das ciências sociais quanto na da saúde e na do planejamento.<sup>1,11,12</sup> Contudo, estudos que tratam especificamente de diferenciais intra-urbanos de fecundidade são praticamente inexistentes. Com a implantação do Sistema de Informação sobre Nasci-

dos Vivos (Sinasc), em 1990, tornou-se possível a realização desse tipo de estudo no Município de São Paulo, uma vez que a Declaração de Nascido Vivo traz informações mais detalhadas sobre as mulheres residentes e seus nascidos vivos.

O objetivo do presente estudo foi evidenciar diferenciais intra-urbanos referentes ao padrão reprodutivo de mulheres residentes em diferentes áreas, definidas a partir do IDH, do Município de São Paulo.<sup>12</sup> Assim, foram obtidos indicadores sobre o comportamento reprodutivo, como taxas de fecundidade total, taxas de fecundidade específicas por idade, paridade anterior e grupo etário da mulher ao primeiro filho. Para relacionar a fecundidade com outros aspectos da dinâmica populacional, obtiveram-se também as taxas de natalidade, mortalidade, crescimento vegetativo e crescimento geométrico anual para cada área de estudo.

## MÉTODOS

O estudo compreendeu os nascimentos vivos ocorridos durante o ano de 1997 e a população feminina de 15 a 49 anos com residência no Município de São Paulo. Consideraram-se, também, os nascimentos ocorridos em 1996 e registrados em 1997, à espera que estes compensassem aqueles ocorridos em 1997 que possam ter sido registrados com atraso em 1998.

A população feminina foi estimada para 1/7/97 a partir da população obtida pela Contagem da População, 1996,<sup>5</sup> e pelo Censo Demográfico, 1991,<sup>4</sup> com a utilização das taxas de crescimento geométrico mensal obtidas para cada distrito e faixa etária. Essas fontes também serviram de base para estimar as taxas de crescimento populacional anual entre 1991 e 1996 e a população total de cada área de estudo em 1997. Esta foi utilizada no cálculo das taxas de natalidade, mortalidade e crescimento vegetativo, que também utilizou os dados do Sinasc e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A fonte de obtenção dos dados sobre os nascidos vivos de mães residentes no Município de São Paulo foi a Declaração de Nascido Vivo (DN). Essa base de dados fornece a idade, o grau de instrução, o distrito de residência da mãe e o número de filhos vivos anteriores, entre outras informações. Havia 217.781 declarações de nascidos vivos em 1997. Foram excluídos 7.306 nascimentos vivos (3,35%) cujos distritos de residência ou idade da mãe eram desconhecidos.

Foram obtidas as taxas de fecundidade específica por idade (TFE) e a taxa de fecundidade total (TFT). A TFE representa o número de nascimentos vivos por cem mulheres de determinada faixa etária, em um dado ano. A TFT representa o número médio de filhos que teriam as mulheres de uma coorte hipotética. Pressupõe-se que elas passem pelo período reprodutivo sem morrer e que se reproduzam segundo as taxas de fecundidade específicas por idade num dado ano.<sup>10</sup> Analisou-se a distribuição das mulheres que tiveram seu primeiro filho vivo em 1997, segundo grupo etário. Considerando-se que a proporção de natimortos dentre o total dos nascimentos é pequena, o grupo de mulheres que geraram seu primeiro nascido vivo, em 1997, foi denominado "primíparas".

O Município de São Paulo foi dividido em cinco áreas a partir do IDH. Esse indicador foi concebido e é utilizado pela ONU (Organização das Nações Unidas) para avaliar as condições de vida da população em diversos países. Utilizou-se, nesse estudo, o IDH elaborado por Sposati et al<sup>12</sup> (1996), o qual foi obtido a partir de seis indicadores compostos que consideravam as variáveis: escolaridade de adultos e crianças; concentração de população idosa; mortalidade proporcional da infância e da adolescência; anos potenciais de vida perdidos; e ocorrência de furtos, assaltos e homicídios. Os 96 distritos do Município de São Paulo foram dispostos segundo a ordem crescente dos valores assumidos pelo IDH, de forma que o primeiro quintil foi denominado área 1, o segundo, área 2, e assim sucessivamente.

Quanto à elaboração do IDH de Sposati et al<sup>12</sup> (1996), aponta-se que variáveis de difícil mensuração ou obtenção podem ter desviado seus valores. Por exemplo, os autores avaliaram os níveis de violência urbana por meio da coleta de dados sobre ocorrências criminais, cujo registro depende da iniciativa pessoal da população, podendo não retratar fielmente a ocorrência dos eventos. Além disso, essas iniciativas podem variar conforme condições sociais diversas.

Outra limitação desse indicador composto é o fato dos autores terem utilizado a proporção de idosos (pessoas com mais de 70 anos) como parâmetro para avaliar a longevidade da população, em vez de utilizar a esperança de vida. Aponta-se, também, que a concentração de idosos pode ser influenciada pela vocação de uso e pela ocupação do solo dos distritos, sendo possível que bairros que concentrem opções de lazer noturno, por exemplo, tendam a expulsar população mais idosa, sem que isso signifique, necessariamente, menor longevidade de seus habitantes.

Considera-se, também, que, ao se trabalhar com áreas geográficas menores, ganha-se na homogeneidade das áreas, mas há risco de se obter efeitos aleatórios nas taxas, devido ao pequeno tamanho das populações consideradas.<sup>13</sup> Por esse motivo, no presente estudo, optou-se por trabalhar com áreas maiores (quintis).

## RESULTADOS

### Dinâmica demográfica e fecundidade: as áreas de estudo

A Tabela 1 mostra que a população não é igualmente distribuída entre os quintis de IDH. As áreas 1 e 2, de pior IDH, apresentam valores muito baixos desse indicador (-1,00 a -0,25) e abrangem 53,2% da população total do Município. As áreas cujos distritos apresentam valores positivos de IDH (4 e 5) comportam pouco mais de 30% da população.

Há uma tendência de redução das taxas de crescimento geométrico populacional anual (CGA) quan-

**Tabela 1** - Indicadores demográficos das áreas definidas pelo indicador de desenvolvimento humano. Município de São Paulo, 1997.

Áreas	IDH	População	Indicadores				
			Cresc.* vegetativo	Taxa de* natalidade	Taxa de* mortalidade	Cresc. pop.** anual 91/96	Taxa de fecundidade
1	-1,00 a -0,55	3.017.686	20,86	26,20	5,34	2,97	2,62
2	-0,55 a -0,25	2.257.866	15,65	21,78	6,13	1,06	2,28
3	-0,25 a 0,06	1.561.042	12,99	20,03	7,04	-0,73	2,17
4	0,08 a 0,31	1.426.832	10,62	18,64	8,02	-1,46	2,06
5	0,31 a 1,00	1.651.292	6,42	14,97	8,55	-1,70	1,67
MSP	-1,00 a 1,00	9.914.718	14,56	21,27	6,71	0,40	2,31

\*por mil habitantes

\*\*por cento

IDH - Indicador de Desenvolvimento Humano  
MSP - Município de São Paulo

do comparados os valores das áreas de menor e de maior IDH. As áreas de menor desenvolvimento humano apresentam valores positivos de crescimento populacional (2,97% na área 1 e 1,06% na área 2). As demais áreas apresentam crescimento populacional negativo.

Deve-se lembrar que as taxas de fecundidade estão levemente subestimadas em virtude da exclusão dos nascidos vivos cujos distritos de residência eram desconhecidos. A TFT do Município de São Paulo (2,31) considerou o total de nascidos vivos. Ao se excluir os nascimentos sem identificação de distrito de residência, obtém-se uma TFT de 2,25 filhos por mulher.

Verifica-se que o nível da fecundidade é menor nas áreas de IDH maior. A área de menor desenvolvimento humano (área 1) apresenta uma TFT de 2,62, sendo que esse índice é de 1,67 na área 5; ou seja, a fecundidade é cerca de 36% menor nessa área. A TFT do Município de São Paulo aproxima-se mais das TFT dos dois primeiros quintis de menor IDH, pois a maioria da população do município reside nessas áreas.

As áreas do município com taxas de fecundidade mais elevadas apresentam também as maiores taxas de crescimento populacional (Tabela 1). O crescimento populacional depende do crescimento vegetativo e do saldo migratório. Ao considerar positivas as taxas de crescimento vegetativo, conclui-se que os valores negativos de crescimento populacional das três áreas de melhor IDH devem-se a saldos migratórios negativos.

As taxas de natalidade também mostram redução ao se comparar as áreas de menor e de maior IDH. Essa tendência é decorrente do padrão diferenciado de fecundidade existente, embora a quantidade de mulheres em idade reprodutiva também possa contribuir para esse resultado. As taxas de mortalidade apresentam tendência oposta (Tabela 1), ou seja, observa-se aumento dessas taxas nas áreas de maior IDH, possivelmente em virtude do progressivo envelhecimento populacional dessas

áreas. O crescimento vegetativo, contudo, apresenta comportamento decrescente, pois a natalidade é o componente preponderante.

### Fecundidade segundo faixa etária e desenvolvimento humano

A distribuição etária das mulheres em idade reprodutiva, expressa no Figura 1, mostra que, na área de menor desenvolvimento humano (área 1), há maior participação das mulheres mais jovens, enquanto a área de maior IDH (área 5) apresenta distribuição etária mais equilibrada.

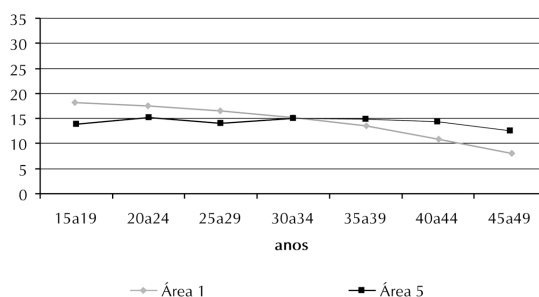


Figura 1 - Proporção de mulheres de 15 a 49 anos segundo grupos etários e áreas de menor e maior indicador de desenvolvimento humano. Município de São Paulo, 1997.

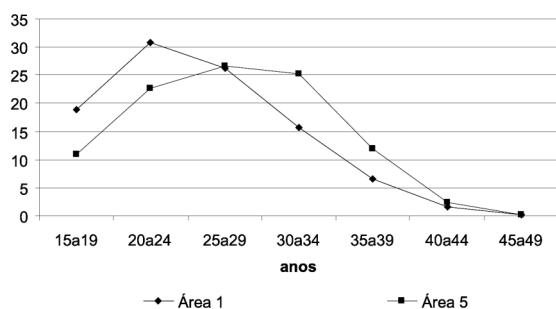
No entanto, a distribuição etária das mulheres que geraram nascidos vivos apresenta um padrão distinto (Figura 2). Na área de menor IDH (área 1), é mais expressiva a participação das mulheres com até 29 anos, sendo que a cúspide pertence ao grupo etário de 20 a 24 anos, que representa 31% das “mães” dessa área. Na área de maior desenvolvimento humano, a cúspide pertence às mulheres de 25 a 29 anos (27%). Essas diferenças decorrem das taxas de fecundidade específicas existentes nessas áreas (Tabela 2).

Verifica-se que, no Município de São Paulo, como um todo, a faixa etária detentora da maior taxa específica de fecundidade é a de 20 a 24 anos. Pode-se dizer, no entanto, que a cúspide da fecundidade das mulheres paulistanas é precocemente discreta, quase dilatada, pois a TFE das mulheres de 20 a 24 anos

Tabela 2 - Taxas específicas de fecundidade segundo faixas etárias e áreas definidas pelo indicador de desenvolvimento humano. Município de São Paulo, 1997.

Faixas etárias (em anos)	Área 1 (a)	Taxas de fecundidade por idade			Área 5 (e)	Mun. de São Paulo	Δ (a-e)	Δ % (a-e)100/a
		Área 2 (b)	Área 3 (c)	Área 4 (d)				
15-19	89,55	73,95	64,81	54,79	38,71	72,50	50,84	56,77
20-24	151,39	130,43	117,70	108,25	73,11	126,94	78,28	51,71
25-29	138,00	120,63	120,13	113,05	92,64	123,95	45,36	32,87
30-34	89,22	81,67	84,83	85,47	81,93	87,13	7,29	8,17
35-39	42,31	38,93	36,94	39,72	39,27	40,77	3,04	7,19
40-44	12,25	9,68	9,19	9,42	8,46	10,30	3,79	30,94
45-49	1,16	0,68	0,75	0,57	0,43	0,79	0,73	62,93
TFT 15-49	2,62	2,28	2,17	2,06	1,67	2,31	0,95	36,26
Idade (média)	26,34	26,48	26,77	27,17	28,00	26,69		

TFT - Taxa de fecundidade específica



**Figura 2** - Proporção de mulheres que geraram nascidos vivos segundo grupos etários e áreas de menor e maior indicador de desenvolvimento humano. Município de São Paulo, 1997.

(127/1.000 mulheres) resultou muito próxima à TFE do grupo de 25 a 29 anos (124/1.000 mulheres). Conforme esperado, a análise das TFE, segundo as áreas de estudo, revela um deslocamento da cúspide da fecundidade, de modo que nas áreas de menor desenvolvimento humano (1 e 2) é precoce e nas áreas de maior IDH (4 e 5) é tardia.

A maior diferença relativa entre as taxas específicas de fecundidade por idade (63%) foi encontrada no grupo etário de 45 a 49 anos. Esse resultado decorre da elevada TFE da área 1, bastante superior às TFE dessa faixa etária existentes nas demais áreas. Entretanto, o impacto desse diferencial é pequeno quando se considera a reduzida participação desse grupo etário na fecundidade total.

O diferencial mais expressivo entre as TFE se encontra no grupo etário de 15 a 19 anos. A área de maior IDH (área 5) apresenta uma TFE (38,7/1.000 mulheres) 57% inferior àquela observada na área de menor desenvolvimento humano (89,6/1.000 mulheres, área 1).

A Tabela 3 mostra que a maioria das mulheres paulistanas tendeu a ter seu primeiro filho na faixa etária

de 20 a 24 anos. Tal tendência é observada em todas as áreas de estudo, com exceção da área de menor IDH, onde a participação das primíparas dessa faixa etária (35,83%) é praticamente igual à das adolescentes (35,75%).

No Município de São Paulo como um todo, o segundo grupo etário mais importante dentre as primíparas foi o das adolescentes, que respondeu por 30,93% dos nascimentos. Essa tendência é observada em quase todas as áreas, com exceção da área de melhor IDH, em que esse grupo etário fica em terceiro lugar; o segundo lugar é ocupado pelo grupo etário de 25 a 29 anos (Tabela 3).

Somando-se as primíparas com mais de 30 anos, observa-se que, na área de menor IDH, esse grupo etário representa menos de 10%, enquanto na área de maior IDH, ele soma quase 27% das primíparas.

## DISCUSSÃO

Observou-se que quanto maior era o nível de desenvolvimento humano, menor era o nível da fecundidade, de modo que a diferença entre as TFT das áreas de maior e de menor IDH (2,62 e 1,67, respectivamente) foi de cerca de um filho por mulher. Esse número se torna expressivo quando se toma a modesta TFT do Município de São Paulo (2,32). A taxa de 1,67 filhos por mulher, da área de melhor IDH (área 5), é característica de países de baixa fecundidade.<sup>3</sup> Considerando-se que essas taxas representam valores médios, vislumbra-se a coexistência de padrões reprodutivos diferenciados no Município de São Paulo.

Quanto à análise da fecundidade segundo faixa etária, os resultados sugerem que mulheres residentes nas áreas de maior desenvolvimento humano possam estar adiando o momento de ter filhos, apresentando

**Tabela 3** - Mulheres primíparas segundo faixa etária e áreas definidas pelo indicador de desenvolvimento humano. Município de São Paulo, 1997.

Faixas etárias (em anos)	Área 1 N %	Área 2 N %	Área 3 N %	Área 4 N %	Área 5 N %	MSP N %
15-19	8.446 35,75%	4.892 33,03%	3.102 30,52%	2.254 24,79%	1.764 20,22%	21.045 30,93%
20-24	8.463 35,83%	5.230 35,31%	3.565 35,08%	3.029 33,32%	2.482 28,45%	23.359 34,33%
25-29	4.406 18,65%	2.906 19,62%	2.080 20,47%	2.072 22,79%	2.124 24,35%	13.874 20,39%
30-34	1.701 7,20%	1.276 8,61%	1.029 10,12%	1.216 13,38%	1.624 18,62%	6.953 10,22%
35-39	527 2,23%	425 2,87%	328 3,23%	437 4,81%	613 7,03%	2.367 3,48%
40-44	78 0,33%	77 0,52%	56 0,55%	78 0,86%	112 1,28%	414 0,61%
45-49	2 0,01%	6 0,04%	3 0,03%	5 0,05%	4 0,05%	21 0,03%
Total	23.623 100,00%	14.812 100,00%	10.163 100,00%	9.091 100,00%	8.723 100,00%	68.033 00,00%

uma cúspide tardia de fecundidade (25 a 29 anos), diferentemente do resultado observado para o Município de São Paulo e nas áreas de menor IDH, cujas cúspides de fecundidade são precoces (20 a 24 anos).

A idade da mulher ao ter seu primeiro filho nascido vivo também pode ser bom indicador para captar a heterogeneidade do padrão reprodutivo. Destaca-se que, na área de melhor IDH, a expressiva participação das primíparas com mais de 30 anos sugere que elas começam sua vida reprodutiva mais tarde, provavelmente devido a um maior investimento na carreira profissional, possibilitado por uma escolaridade elevada. Segundo os dados da Contagem da População 1996, as mulheres que cursavam ou haviam cursado o nível superior representavam, na área de maior IDH, cerca de 42% do total de mulheres em idade reprodutiva, enquanto na área de menor IDH, a participação delas não alcançava 6%.

Verificou-se uma expressiva participação das adolescentes na fecundidade total, principalmente nas áreas de menor desenvolvimento humano. Esse grupo apresentou o maior diferencial de fecundidade segundo IDH, além de ter representado cerca de 1/3 das primíparas, em 1997, no Município de São Paulo. Esses resultados são consistentes com os obtidos por outros autores que mostraram que as gestações na adolescência são mais frequentes em populações de baixa renda e menor nível de educação formal.<sup>2,6,9,15</sup>

A área de melhor IDH apresentou cúspide tardia e baixa TFT, tal como se observa nos países de baixa fecundidade da Europa Ocidental.<sup>3</sup> Nessa área, a participação das adolescentes na fecundidade total foi muito menor que nas áreas de pior IDH e no Município de São Paulo. No entanto, as TFE dessas adolescentes (38,7/1.000 mulheres) podem ser consideradas elevadas quando comparadas àquelas encontradas entre adolescentes nos países de baixa fecundidade (10 a 12/1.000 mulheres).<sup>3</sup>

Há uma expressiva participação das adolescentes na fecundidade total em todas as áreas do Município de São Paulo, refletindo a tendência de ascensão da TFE desse grupo etário, observada em todo o País.<sup>2,9</sup> O grupo de mulheres de 15 a 19 anos foi o único que não apresentou queda no número de filhos tidos, na década de 80, na Grande São Paulo. Essa tendência também foi confirmada para o Estado de São Paulo, onde a taxa específica de fecundidade diminuiu em todos os grupos, no período de 1970 a 1992, com exceção do grupo de 15 a 19 anos.<sup>3</sup>

Alguns autores expressam preocupação quanto à

vulnerabilidade desse grupo etário em relação aos riscos de complicações na gravidez, durante o trabalho de parto e no período puerperal.<sup>2</sup> Observa-se, também, maior frequência de baixo peso ao nascer nos recém-nascidos desse grupo de mães, verificando-se que a baixa idade materna esteve associada à mortalidade neonatal no Município de São Paulo.<sup>7</sup>

Adotando um enfoque antropológico na análise da questão da gravidez na adolescência, Heilborn<sup>6</sup> (1999) coloca que poderia existir uma racionalidade própria das classes desfavorecidas que destoasse dos valores vigentes no modelo cultural das classes médias. Nelas, o valor da família teria mais ênfase na constituição da identidade social, daí a necessidade de se atentar para as lógicas culturais quanto à análise dos fenômenos ligados à sexualidade, à reprodução e às relações de gênero. Em suas palavras, “a gravidez adolescente, quando levada a termo, pode significar um projeto de negociação, bem-sucedido ou não, que permitiria realizar a transição para outro *status*, seja conjugal, seja de maioridade social”.

Contudo, ainda que existam diferentes motivações para a gravidez na adolescência, dependendo do grupo social no qual se insere a mulher, questiona-se se as mulheres pobres, sobretudo jovens, teriam acesso a informações suficientes sobre uso de contraceptivos, sobre seus direitos reprodutivos e assistência médica que lhe permitissem escolher se querem ou não engravidar e em qual momento de suas vidas.

A PNDS<sup>9</sup> (1996) sinaliza, nesse sentido, ao apontar que cerca de metade das mulheres brasileiras (48,4%) teve filhos não planejados nos 5 anos anteriores à PNDS; destes, 22,3% correspondiam a gestações não desejadas, e 26,1%, a desejadas, mas não esperadas naquele momento. Com relação às adolescentes, a PNDS apontou que 36,9% das gestações ocorridas não eram desejadas naquele momento. Do mesmo modo, Olinto & Galvão<sup>8</sup> observaram que 41% das gestações em adolescentes do município de Pelotas, em 1993, não eram desejadas.

Na outra extremidade da idade reprodutiva, também foi encontrado grande diferencial de fecundidade, provavelmente porque, na área de menor IDH, existe maior número de mulheres, com elevado número de filhos, que prolongaram sua vida reprodutiva até idades mais avançadas, aumentando a TFE de 45 a 49 anos. Porém, deve-se considerar que a participação relativa desse grupo etário na fecundidade total é muito pequena em todas as áreas. Contudo, mesmo considerando tratar-se de um número pequeno de gestações, deve-se lembrar que elas podem representar, novamente, a dificuldade de acesso das

mulheres mais pobres aos serviços de saúde e de planejamento familiar. Os dados da PNDS<sup>9</sup> apontam que, dentre o total de filhos tidos por brasileiras de 45 a 49, 63,8% correspondiam a gestações não mais desejadas naquele momento.

Os resultados revelaram que as desigualdades sociais expressas pelas áreas de desenvolvimento humano traduziram-se, também, em diferenças quanto ao padrão reprodutivo das mulheres residentes no Município de São Paulo.

## REFERÊNCIAS

1. Barros MBA. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. p. 161-76.
2. Camarano AA. A fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF): Ministério do Planejamento e Orçamento; 1998. p. 109-34.
3. Campanário P, Yazaki LM. A fecundidade em São Paulo e suas regiões de governo: níveis e tendências. *Inf Demogr* 1994;25:11-58.
4. [FIBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico da população 1991*. Rio de Janeiro; 1994.
5. [FIBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população 1996*. Rio de Janeiro; 1997.
6. Heilborn ML. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, organizadores. *Seminário Gravidez na Adolescência*; 1998; Rio de Janeiro. São Paulo: Associação Saúde da Família; 1999. p. 23-32.
7. Montero CV. *Mortalidade neonatal: estudo de caso controle no município de São Paulo, 1995* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
8. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública* 1999;33:64-72.
9. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil [BEMFAM]. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro; 1997.
10. Santos LFJ, Levy MSF, Szmrecsányil T, organizadores. *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: T.A. Queiroz; 1980. p. 71-85.
11. Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Pública* 1999;33:187-97.
12. Sposati A, coordenador. *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: Núcleo de Estudos de Seguridade e Assistência Social PUC/SP; 1996.
13. Susser M. The logic in ecological: II The logic of design. *Am J Public Health* 1994;84:830-5.
14. Wong LLR, Baldani R, Quental I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS, 1996. *Rev Bras Estud Popul* 1998;15:23-41.
15. Yazaki L, Morell MGG. A fecundidade é antecipada. In: Fundação SEADE: *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo; 1998. p. 106-18.