

## ARTIGO ORIGINAL

## ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DO PARCEIRO DA GESTANTE ADOLESCENTE

## SOCIAL-ECONOMIC ASPECTS OF THE PARTNER OF THE PREGNANT TEENAGER

Alberto Mantovani Abeche<sup>1,2</sup>, Caroline Boito Maurmann<sup>1</sup>, André Lorscheitter Baptista<sup>1</sup>, Edison Capp<sup>1,2,3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** identificar características sócio-demográficas do parceiro da gestante adolescente e verificar como se estabeleceu o relacionamento do casal. **Métodos:** participaram deste estudo 309 gestantes com idade até 19 anos que consultaram no Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi aplicado questionário abordando antecedentes ginecológicos, dados sobre o comportamento sexual da paciente, sobre seu primeiro parceiro e o atual, a forma como se estabeleceu o relacionamento que deu origem à gestação e a intencionalidade em gestar. **Resultados:** a idade média dos parceiros foi 20 anos, e 4 anos a diferença de idade entre a paciente e seu companheiro. Somente metade dos parceiros era adolescente. A maioria dos parceiros (55,7%) tinha escolaridade entre a 5ª e a 8ª séries do ensino primário; 25,2% permaneciam estudando e 71,2% trabalhavam. Dos casais, 25,2% conheceram-se na vizinhança. Houve relato de parceiros com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em 2,9% e usuários de drogas ilícitas em 30,4 % do total de entrevistas. Das pacientes, 58,2% relataram mais de 1 ano de namoro com o parceiro atual, com 28,2% do total da amostra referindo mais de 2 anos até a ocorrência da gestação. **Conclusões:** de modo geral os parceiros são mais velhos que as gestantes adolescentes, já estão inseridos no mercado de trabalho e possuem baixa escolaridade. Observou-se um número expressivo de relações de longo prazo.

**Unitermos:** Gravidez na adolescência, parceiro, DSTs, escolaridade, adolescência.

## ABSTRACT

**Objectives:** to examine the characteristics of the relationships that originate teenage pregnancy. **Methods:** 309 pregnant teenagers participated in this study (with ages up to 19 years old); they attended the Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A questionnaire was used approaching data on gynecological history and sexual behavior, about her first and the current partner, the way the relationship was established and about intention on pregnancy. **Results:** the mean age of partners was 20 years and the age difference between the couple was 4 years. Only half of the partners were teenagers. Most partners (55.7%) had among the 5th and 8th grades of school; 25.2% were still in school and 71.2% were in the job market. Of the couples, 25.2% met for the first time in their own neighbourhood. There was information on partners with Sexually Transmitted Diseases (STDs) in 2.9% and illicit drug use in 30.4 % of all interviews. Of the patients, 58.2% mentioned more than 1 year of dating and 28.2% of the sample were together for more than 2 years until the pregnancy occurred. **Conclusion:** in a general manner, the partners were older than the pregnant teenagers, were already in the job market and had low schooling. Also an expressive number of long term relationships was observed.

**Keywords:** Teenage pregnancy, male partner. STDs, schooling, adolescence.

## INTRODUÇÃO

O crescimento das taxas de gestação na adolescência sugere insucesso dos programas atualmente empregados na tentativa de redução da frequência das gestações em menores de 19 anos (1). Em revisão sistemática da literatura (2), foi observado que as intervenções para reduzir a ocorrência de gestações não desejadas na adolescência não tiveram sucesso em adiar o início das relações sexuais em ambos os sexos, não melhoraram o uso de métodos contraceptivos e não reduziram a ocorrência de gestações. Programas de abstinência sexual se associam a maiores números de gestações nas parceiras de homens jovens possivelmente pela percepção de abstinência ser diferente entre adolescentes e adultos (3).

No Brasil, os dados do IBGE mostram que houve um aumento significativo do número de partos em menores

de 19 anos nas últimas três décadas: em 1970, 75 em cada 1000 mulheres e em 1986, 81 em cada 1000 adolescentes. Observou-se aumento maior desta frequência na população rural do nordeste brasileiro (de 81:1000 em 1970 para 103:1000 em 1986). Em 1999, 27% do total de partos ocorreu em adolescentes. Maiores aumentos nas taxas de gestações precoces foram observados no grupo de menor idade e no de mais baixo nível sócio-econômico (4, 5).

Os estudos realizados para determinar os fatores de risco e desfechos relacionados à maternidade precoce demonstram repetidamente a relação da gestação precoce com mau desempenho escolar (6); afastamento da escola (7-9), baixa auto-estima (10), risco aumentado para o não uso de proteção nas relações e conseqüente exposição a DSTs (11, 12), falta de estrutura familiar; e, principalmente, ao baixo índice sócio-econômico (6, 13).

<sup>1</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, <sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, <sup>3</sup>Laboratório de Ginecologia e Obstetrícia Molecular, Centro de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,

**Correspondência:** Alberto Mantovani Abeche, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, CEP 90035 903 - Porto Alegre, RS, Brasil. Tel.: 55 51 2101 8117  
E-mail: aabeche@yahoo.com

As conseqüências da gestação na adolescência abrangem desde piores desfechos materno-fetais, como baixo peso ao nascer (14-16); até menor escolaridade final (7-9), e portanto, menores possibilidades de progresso profissional. Há maior ocorrência de novas gestações em espaços curtos de tempo, maior risco de sofrer abuso e maus tratos por parte do parceiro e de passividade no relacionamento (10), em especial quando há maior diferença de idade entre o casal (17, 18), de não manter vínculo com o companheiro; e menores condições de alcançar um melhor padrão de vida.

Entretanto, apesar de estar se tornando progressivamente uma ocorrência mais comum no dia a dia da prática obstétrica, é possível que freqüentemente concepções este-reotipadas possam estar dificultando uma abordagem adequada, tanto no momento da assistência pré- e perinatal quanto nas ações públicas planejadas na atenção a esta população. Além disso, características regionais de comportamento social são especialmente determinantes da qualidade das relações neste contexto, de forma que conhecer essas variações regionais pode ser de grande valia no planejamento de ações efetivas de prevenção e no acompanhamento pré e pós-natal.

Estudos realizados em diversos países vêm há muito destacando a importância do papel do companheiro da gestante adolescente, influenciando suas escolhas de maneira direta ou indireta, representando um referencial de comportamento (10). Isto sugere que a inclusão mais efetiva do parceiro da gestante adolescente nos programas de assistência pré-natal possa favorecer uma compreensão mais adequada da dinâmica de relação do casal, permitindo a realização de um atendimento mais voltado às suas particularidades e à abordagem de problemas específicos. Tal estratégia impõe a necessidade de se conhecer suas características particulares. Poucos estudos têm sido feitos para compreender melhor o comportamento do parceiro da gestante adolescente e da relação do casal. No Brasil, informações a respeito dos parceiros das gestantes adolescentes são surpreendentemente escassas, dada a importância social atualmente atribuída à gestação na adolescência.

O objetivo deste estudo foi identificar as principais características sócio-demográficas do parceiro da gestante adolescente e verificar como se estabeleceu o relacionamento do casal.

## MÉTODOS

### *Delineamento*

Foi realizado um estudo transversal.

### *Pacientes*

Participaram deste estudo mulheres grávidas com idade até 19 anos que consultaram consecutivamente no Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre durante o período de realização do estudo, de janeiro de 2001 a junho de 2002. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com a assessoria do Gru-

po de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil. Estimando-se que 76% das gestantes adolescentes apresentem comportamento de risco (não uso de preservativo nas relações sexuais) para um nível de confiança de 5%, estimou-se que ao menos 276 pacientes deveriam ser entrevistadas.

Os entrevistadores receberam treinamento com relação aos seguintes aspectos: atenção aos aspectos éticos e correta apresentação do consentimento informado; aplicação do questionário com objetividade, isenção e privacidade, para minimizar influências sobre respostas relacionadas a sexualidade, uso de drogas e outros aspectos íntimos da vida da gestante e seu parceiro; preenchimento correto e padronizado dos questionários.

O questionário abordou antecedentes ginecológicos, dados sobre o comportamento sexual da paciente, dados sobre seu primeiro parceiro e sobre o parceiro atual, a forma como se estabeleceu o relacionamento que deu origem à gestação e sua intencionalidade. Foram verificados: idade, escolaridade, antecedentes ginecológicos e obstétricos, número de parceiros e comportamentos de risco (não uso de preservativo, uso de drogas ilícitas) da gestante adolescente; características do primeiro parceiro e do atual: idade, escolaridade, ocupação, uso de drogas ilícitas, história de doenças sexualmente transmissíveis; características da relação com o primeiro parceiro: onde se conheceram, tempo de conhecimento, tempo de namoro até a primeira relação sexual; características da relação com o parceiro atual: onde se conheceram, tempo de conhecimento, tempo de namoro até a primeira relação sexual, se moram juntos ou não; intencionalidade da gestação: planejamento, forma como a adolescente e o parceiro receberam a notícia da gestação.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (99-145).

A análise dos dados foi realizada através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Para as variáveis quantitativas, foram utilizados testes de medida de tendência central e variáveis de dispersão: para variáveis com distribuição normal, média e desvio padrão e para variáveis com distribuição assimétrica, mediana e intervalos interquartis. Utilizou-se a avaliação de freqüências para as variáveis nominais.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 309 gestantes adolescentes no período entre janeiro de 2001 e junho de 2002. A idade das pacientes foi, em média, de  $16,3 \pm 1,5$  anos. A idade do parceiro atual das gestantes adolescentes apresentou distribuição assimétrica: 49,4% dos parceiros eram adolescentes (14 a 19 anos) e apenas 4,8% tinham mais que 28 anos (inclusive). A média e a mediana foram de 20 anos, com intervalos interquartis de 18 e 22 e desvio padrão de 5 anos.

A diferença de idade entre a gestante e o parceiro foi, em média, de 4,4 anos e mostrou distribuição assimétrica. A mediana foi 3,5 anos e os intervalos interquartis 2 e 6 anos.

Com relação à escolaridade do parceiro atual das entrevistadas, a maioria (55,7%) tinha escolaridade entre a 5ª e a 8ª séries do ensino primário, ou ainda não havia completado o ensino médio (21%). Apenas 2,9% dos parceiros das gestantes estavam cursando ou havia completado o curso superior.

Quanto à atividade atual dos parceiros, somente 25,2% permaneciam estudando, 71,2% estavam empregados no momento da entrevista e 8,7% dos parceiros exerciam simultaneamente atividades escolares e profissionais. Apenas 0,6% dos parceiros não estavam trabalhando nem estudando.

Como forma de contato inicial; 25,2% dos casais conheceram-se na vizinhança de sua casa; 18,4% em festas; 14,9% tiveram seu primeiro contato na escola; 13,9% por intermédio de amigos; 8,7% por contatos familiares e apenas 2,9% em ambiente de trabalho. Outras situações de contato social compreenderam 13,9% da amostra estudada.

As entrevistadas relataram terem conhecimento de DSTs portadas por seus companheiros em apenas 9 entrevistas (2,9% do total). Quatro relatos referiam-se a sífilis, um caso de gonorréia, um caso de HPV, um caso de hepatite B, um caso de herpes simplex e em dois casos as entrevistadas não souberam especificar o tipo DST. Somente 32,4% dos casais vinham em uso regular de preservativo, e dentre as 9 pacientes que tinham conhecimento de casos de DST por parte de seus parceiros, apenas 1 relatou uso consistente de preservativos. O uso de drogas ilícitas em algum momento da vida pelos parceiros foi de 30,4 % no total, e apenas um caso de uso de drogas injetáveis foi relatado pelas gestantes.

Quando argüidas a respeito do tempo de namoro que precedeu a gravidez atual, 12% das gestantes relataram um período de 1 a 6 meses. Das entrevistadas, 58,2% relataram mais de 1 ano, com 28,2% dos total da amostras referindo mais de 2 anos de namoro até a ocorrência da gestação.

## DISCUSSÃO

Na amostra estudada, observa-se que a maioria dos parceiros não é adolescente, e mais da metade dos parceiros são pelo menos três anos mais velhos que as gestantes. Diversos estudos têm mostrado percentuais significativos de parceiros não adolescentes. Estima-se que somente 30 a 50% dos parceiros tenham idade abaixo de 20 anos (9). Em estudo realizado nos Estados Unidos, 48% dos casais tinham 3 ou mais anos de diferença de idade (17). No Canadá, observou-se que 63% dos parceiros tinham, pelo menos, 3 anos a mais que as gestantes (12). Neste mesmo estudo, a diferença de idade foi, em média; 4,1 anos, maior que a encontrada nos casais em geral; de 2,6 anos. Em cada cinco pacientes adolescentes, uma tem um parceiro que é

seis anos mais velho ou mais e meninas mais novas parecem ter parceiros mais velhos. Segundo Lindberg, entre mães com 15 a 17 anos de idade, 27% tinham parceiros pelo menos cinco anos mais velhos (19).

Vários estudos demonstram riscos específicos para gestantes adolescentes que engravidam de parceiros mais velhos, especialmente o uso mais freqüente de tabaco, álcool e drogas ilícitas, maior evasão escolar, submissão à violência doméstica, coerção sexual e tendência a confrontar menos o parceiro em condições como, por exemplo, relações com outras parceiras e receber menor suporte social (9, 10, 19, 20). Estas relações são assim caracterizadas por grande desigualdade de poder entre a adolescente e seu parceiro (10). Esses aspectos de crescimento sócio-econômico (conclusão escolar, bem estar financeiro) costumam ter melhores desfechos quando as gestantes permanecem residindo com suas famílias de origem (21).

Neste estudo, 49,8% dos parceiros tinham menos de 20 anos. O nível de escolaridade dos parceiros deve ser considerado baixo, principalmente pelo fato da maioria dos parceiros não serem mais considerados adolescentes e pela baixa freqüência de parceiros que permaneciam exercendo atividades escolares no momento da entrevista. Este dado é preocupante se considerarmos o contexto em geral e, em especial em nosso país. Embora haja poucos estudos relatando a magnitude da baixa escolaridade entre parceiros de gestantes adolescentes, em nosso meio este achado é esperado considerando-se o ambiente em que a gestação na adolescência se desenvolve, em comunidades em que as perspectivas de crescimento social são extremamente limitadas e em uma situação social na qual a necessidade de contribuição para a renda doméstica é precoce. Estudo comparando parceiros de gestantes adolescentes e não adolescentes observou menores níveis de educações e maiores índices de desemprego (20). Em estudo realizado na África do Sul, observou-se que gestantes adolescentes foram significativamente mais propensas a se envolverem com parceiros que haviam abandonado a escola (10).

Neste contexto de perpetuação das limitações sócio-econômicas (22), concretizado pela escolaridade insuficiente de gestante e parceiro e de geração de famílias numerosas em que a necessidade premente de obtenção de meios de subsistência repetem o abandono escolar e o estímulo ao trabalho precoce, é interessante a reflexão de Steven-Simons (23), que analisa o problema da gestação precoce questionando se esta seria uma estratégia adaptativa dos indivíduos sócio-economicamente privados ou, ao contrário, uma estratégia para adaptação à desvantagem sócio-econômica. Ao menos nesta comunidade (e provavelmente em outras semelhantes no Brasil) talvez seja o somatório de ambas, uma vez que desigualdade econômica tem sido associada com maiores taxas de gestação na adolescência (24).

Nesta amostra, mais de um terço das gestantes tiveram contato com seus parceiros nas imediações de sua residência ou diretamente através de seus familiares, reve-

lando que, nesses casos, os parceiros já tinham contato há mais tempo com a família da gestante. Sabendo-se em que circunstâncias a relação teve início, é possível também inferir formas de abordagem do casal e até que ponto o contato entre os dois inclui o núcleo familiar de ambos, quanto isto pode contribuir nos cuidados de pré-natal destas gestantes, quando é possível contar com a participação familiar e a possibilidade de inclusão deste parceiro nestas ações (25).

Os dados são desalentadores em relação ao percentual de casais em uso efetivo de condom. Semelhante a estudos prévios (11, 12, 18, 26), os casais parecerem não vincular ou simplesmente ignorar o risco de transmissão de DSTs, evidenciado pelo relato das pacientes que tinham conhecimento de história de DSTs por parte de seus parceiros. Em estudo recente, apenas 37% das gestantes vinham em uso regular de preservativos nos últimos seis meses, comparado com 73% das adolescentes não gestantes (11).

Em estudo realizado nos Estados Unidos (12), foi encontrado uso regular de condom nos últimos 30 dias em 38 % das entrevistadas. Contudo, foi observado que mesmo as pacientes que relataram relações monogâmicas com seus parceiros apresentavam no curso do acompanhamento pré-natal mudança do status sorológico para as DSTs avaliadas (clamídia e gonorréia), concluindo que na maioria da vezes essas pacientes têm crenças irreais a respeito de seu risco de infecção mesmo em relações consideradas por elas como estáveis (12). Entre homens sexualmente ativos, juntamente com outros fatores, o não uso de preservativo na última relação sexual seria um dos fatores que diferenciaram aqueles que se envolveram em gestações com parceiras na adolescência (26).

O uso de drogas ilícitas pelos atuais parceiros também foi alto de uma maneira geral. Homens envolvidos com gestações na adolescência apresentam uso significativamente mais freqüente de drogas lícitas e ilícitas (26). Entre parceiros de gestantes adolescentes e não adolescentes a freqüência de drogadição foi semelhante, principalmente para aqueles com diferença de idade maior que cinco anos (20)

Como observado, na maioria das vezes, a gestação não foi fruto de uma relação fugaz. Foram observadas relações duradouras, que se mantêm após a gestação, como em estudo realizado no Chile, no qual as relações antes e após a concepção raramente foram breves, tendo, em média, dois anos de duração (21).

## CONCLUSÃO

A inclusão dos parceiros nos programas de assistência pré-natal, inclusive em programas de grupos de casais e de parceiros possibilitaria auxiliá-los de maneira mais efetiva a enfrentarem dificuldades relativas à gestação e as indiretamente causadas por ela. Estas intervenções poderiam abranger inicialmente prevenção de DST, planejamento familiar e estímulos à permanência ou retorno ao ensino formal. O apoio do parceiro da gestante é muito importan-

te, já que está relacionado à melhora da condição psicossocial da mãe e do desenvolvimento do bebê, embora a presença efetiva do parceiro se correlacione também com um aumento do abandono escolar pela adolescente. O fato de as relações não serem breves sugere que há tempo e envolvimento suficiente para incluir os parceiros das gestantes adolescentes em programas de intervenção antes e após a ocorrência da gestação, resultando em implicações positivas para o casal e principalmente para o desenvolvimento da criança.

## REFERÊNCIAS

1. Simoes VM, da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Characteristics of adolescent pregnancy in Sao Luis, Maranhao, Brazil. *Rev Saude Publica* 2003;37(5):559-65.
2. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *Bmj* 2002;324(7351):1426.
3. Ott MA, Pfeiffer EJ, Fortenberry JD. Perceptions of sexual abstinence among high-risk early and middle adolescents. *J Adolesc Health* 2006;39(2):192-8.
4. Abeche AM, Accetta SG, Schwartzman L. Ginecologia infanto-puberal: anticoncepção na adolescência. In: Freitas FM, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP, editors. *Rotinas em Ginecologia*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 68-79.
5. Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, da Silva AA. Comparison between two cohorts of adolescent mothers in municipality of the Southeastern, Brazil. *Rev Saude Publica* 2000;34(2):136-42.
6. Singh S, Darroch JE, Frost JJ. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. *Fam Plann Perspect* 2001;33(6):251-8, 289.
7. Ahn N. Teenage childbearing and high school completion: accounting for individual heterogeneity. *Fam Plann Perspect* 1994;26(1):17-21.
8. Hofferth SL, Reid L, Mott FL. The effects of early childbearing on schooling over time. *Fam Plann Perspect* 2001;33(6):259-67.
9. Roye CF, Balk SJ. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. *J Adolesc Health* 1996;19(2):86-93.
10. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jorandaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 2001;52(5):733-44.
11. Crosby R, DiClemente RJ, Wingood GM, Sionean C, Harrington K, Davies SL, et al. Pregnant African-American teens are less likely than their nonpregnant peers to use condoms. *Prev Med* 2002;34(5):524-8.
12. Niccolai LM, Ethier KA, Kershaw TS, Lewis JB, Ickovics JR. Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexu-

- ally transmitted disease prevalence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):63-70.
13. Lee MC. Family and adolescent childbearing. *J Adolesc Health* 2001;28(4):307-12.
  14. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;79(2):117-22.
  15. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal M, Theme Filha MM. The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev Saude Publica* 2001;35(1):74-80.
  16. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod* 1997;12(10):2303-5.
  17. Darroch JE, Landry DJ, Oslak S. Age differences between sexual partners in the United States. *Fam Plann Perspect* 1999;31(4):160-7.
  18. Agurcia CA, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ, Wiemann CM. The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(7):822-30.
  19. Lindberg LD, Sonenstein FL, Ku L, Martinez G. Age differences between minors who give birth and their adult partners. *Fam Plann Perspect* 1997;29(2):61-6.
  20. Wang CS, Chou P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *J Adolesc Health* 2001;28(6):509-12.
  21. Toledo-Dreves V, Zabin LS, Emerson MR. Durations of adolescent sexual relationships before and after conception. *J Adolesc Health* 1995;17(3):163-72.
  22. Goncalves H, Gigante D. Work, schooling, and reproductive health: an ethno-epidemiological study of adolescent women belonging to a birth cohort. *Cad Saude Publica* 2006;22(7):1459-69.
  23. Stevens-Simon C, Lowy R. Teenage childbearing. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvantaged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(8):912-5.
  24. Gold R, Kennedy B, Connell F, Kawachi I. Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health Place* 2002;8(2):77-83.
  25. Cubbin C, Santelli J, Brindis CD, Braveman P. Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: findings from the national longitudinal study of adolescent health. *Perspect Sex Reprod Health* 2005;37(3):125-34.
  26. Pierre N, Shrier LA, Emans SJ, DuRant RH. Adolescent males involved in pregnancy: associations of forced sexual contact and risk behaviors. *J Adolesc Health* 1998;23(6):364-9.