



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Mariana Marques Barison

**Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre
adolescentes em um município da Região Norte do Brasil**

Porto Velho

2021

Mariana Marques Barison

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Rondônia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Porto Velho
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

B253c Barison, Mariana Marques.

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil / Mariana Marques Barison. -- Porto Velho, RO, 2021.

46 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Gravidez na adolescência . 2.Atenção primária à saúde . 3.Saúde do adolescente . I. Pereira, Dhelio Batista. II. Título.

CDU 618.2-082-053.6

Bibliotecário(a) Luã Silva mendonça

CRB 11/905

Mariana Marques Barison

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil

Dissertação apresentada em 01 de março de 2021 ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família e aprovada em sua forma final.

Ata da banca examinadora:

Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Prof. Dr. Juan Miguel Vilalobos Salcedo

Prof. Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira

Prof. Dra. Ana Lúcia Escobar

Porto Velho
2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor Dhelio Batista Pereira, pelas orientações, incentivo e apoio ao meu trabalho. Obrigada pelo papel importante que teve nesta caminhada.

À minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência durante nossa formação.

Aos meus pais, Maria Elisabete da Silva Barison e Antonio Fernando Barison, que tanto me apoiaram nessa jornada. À minha irmã, Camila Maria Marques Barison, por todas as palavras de apoio.

Aos funcionários e usuários da Unidade Básica de Saúde Dom Bosco, o auxílio de todos foi de valor inestimável para o bom êxito desta dissertação, sem a participação e colaboração de todos este projeto não seria possível, muito obrigada.

BARISON, Mariana Marques. Caracterização epidemiológica e variáveis associáveis à gravidez entre os adolescentes do município de Ji-Paraná – RO. Porto Velho – RO. 2021. Defesa (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Núcleo de Saúde. Fundação Universidade Federal de Rondônia.

RESUMO

A atenção primária à saúde é um canal que pode servir para intervenção nessa fase de vulnerabilidade, com programas de abordagem à saúde do adolescente, como políticas de educação e informação sexual e formas de prevenção da gravidez. Por isso reconhecer o perfil da população jovem, identificando as principais variáveis associáveis para gravidez na adolescência, pode incentivar os profissionais da saúde a atuarem com mais empenho no combate a esse evento, que pode ser prevenido adotando-se as condutas mais acertadas de forma a criar um relacionamento com os adolescentes e gerir programas de inclusão desse público nas Unidades Básicas de Saúde. Este projeto de pesquisa, realizado entre Janeiro e Março de 2020, buscou descrever as principais variáveis associáveis envolvidas na gravidez na adolescência em um município do estado de Rondônia, região Norte do País, utilizando-se de um estudo transversal, baseado em respostas obtidas em um formulário semiestruturado a partir da técnica da entrevista, realizada individualmente com 70 participantes integrantes de dois grupos (GA e NGA), que foram definidos pela presença ou não de gestação durante a adolescência. Os resultados demonstraram que nenhum adolescente entrevistado recebeu orientação sexual de um profissional da saúde antes da primeira relação sexual, evidenciando o grande abismo existente entre os profissionais de saúde e a população jovem. Ficou evidente que uma parcela importante dos jovens analisados em nossa amostra não interrompeu seus estudos e a grande maioria é proveniente de famílias de baixo nível socioeconômico e famílias desestruturadas de sua configuração inicial, ou seja, não residem com ambos os genitores.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Atenção primária à saúde. Saúde do adolescente.

BARISON, Mariana Marques. Epidemiological characterization and main variables associated with teenage pregnancy in the municipality of Ji-Paraná – RO. 2021. Defense (Professional Master's in Family Health) – Health Center. Fundação Universidade Federal de Rondônia.

ABSTRACT

Primary health care is a channel that can be used for intervention in this phase of vulnerability, with programs to address adolescent health, such as sexual education and information policies and forms of pregnancy prevention. For this reason, recognizing the profile of the young population, identifying the main variables associated with teenage pregnancy can encourage health professionals to act with more commitment in combating this event, which can be prevented by adopting the most appropriate behaviors to create relationship whit teenagers and manage programs for inclusion of this public in Basic Health Units. This research project carries out between January and March 2020, sought to describe the main variables associated involved in teenage pregnancy in a city in the state from Rondônia/Brazil, North region of the country, using a transversal study, based on responses obtained in a semi-structured form based on the interview technique, carried out individually with 70 participants from two groups (GA and NGA), which were defined by presence or absence of pregnancy during adolescence. The results showed that no adolescent interviewed received sexual orientation from a health professional before the first sexual intercourse, showing the great gap between health professionals and the young population. It was evident that an important portion of the young people analyzed in our sample did not interrupt their studies and the vast majority came from families with low socioeconomic status and families that were not structured from their initial configuration, that is, they do not live with both parents.

Keywords: Teenage pregnancy. Primary health care. Adolescent health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa de localização do município de Ji-Paraná	18
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Informações sobre relação sexual antes da primeira relação	22
Tabela 2 – Conhecimento sobre métodos contraceptivos e história familiar	23
Tabela 3 – Análise da proporção das respostas do questionário entre o grupo GA (gravidez na adolescência) e controle (Não gravidez na adolescência)	24
Tabela 4 – Análise das medidas de tendência central relativas a idade e eventos do questionário entre os casos (gravidez na adolescência) e controle (Não gravidez na adolescência)	26
Tabela 5 – Análise da variável de idade da primeira relação sexual e idade com que a mãe engravidou pela primeira vez entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e NGA (não gravidez na adolescência) de acordo com o sexo (feminino/masculino)	27
Tabela 6 – Resultado da análise exploratória das apresentações segundo o sexo entre os grupos que relataram e não relataram gravidez na adolescência	28

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de idade dos participantes	21
Gráfico 2 – Idade da menarca das adolescentes entrevistadas.....	21
Gráfico 3 – Idade da primeira relação sexual.....	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
	DESENVOLVIMENTO.....	12
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	JUSTIFICATIVA	12
4	REFERENCIAL TEÓRICO	13
5	MÉTODO	17
5.1	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	17
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	17
5.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	18
5.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA	19
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	19
5.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	19
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	20
6	RESULTADOS	20
		<i>E</i>
		<i>rr</i>
		<i>o!</i>
		<i>In</i>
		<i>di</i>
		<i>ca</i>
		<i>do</i>
		<i>r</i>
		<i>n</i>
		<i>ão</i>
		<i>de</i>
		<i>fi</i>
		<i>ni</i>
7	DISCUSSÃO	

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICE A - Questionário (instrumento de pesquisa).....	41
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	42
	APÊNDICE C - Termo de assentimento (TA)	44

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é reconhecida como o período de transição entre infância e a idade adulta caracterizando-se por grandes transformações, vulnerabilidade e risco, impondo-se para o exercício da atenção integral à saúde e a prevenção que é realizada, por excelência, pela rede básica de saúde (SAITO MI, 2014).

A gravidez na adolescência pode ser considerada de alto risco, principalmente em menores de 15 anos. Nos países em desenvolvimento as complicações na gestação e no parto estão entre as principais causas de hospitalização e morte entre os adolescentes (OLIVEIRA FCJ, 2014).

Anemia, pré-eclampsia e hemorragia pós-parto ocorrem em uma proporção muito maior em adolescentes quando comparadas com mulheres adultas. No Brasil, 42% das gestantes adolescentes sofrem de anemia, o que pode ser explicado pelo estado nutricional precário e má alimentação que ocorre nessa faixa etária (KIRBAS, 2016).

A gravidez na adolescência é frequente em todos os níveis sociais, mas a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda. Mães adolescentes pobres residem em piores condições, tem menor renda per capita e escolaridade em comparação com as adultas da mesma classe social.

Por isso, expõem seus filhos a um maior risco de doença e morte. A baixa renda aumenta a proporção de recém-nascidos com baixo peso (<2500g), desnutrição e morte no primeiro ano de vida (GOLDENBERG, 2005; KROEFF, 2004; PHIPPS, 2002).

Existem mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais que colocam suas vidas em risco. Como consequência, a maioria dos adolescentes se expõe a gravidez indesejada, práticas sexuais casuais, estupro, gravidez precoce, aborto de alto risco, HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Mães adolescentes também estão em maior risco de pobreza, dependência de serviços sociais e menores níveis de escolaridade (CROSBY, 2006; UNICEF 2011; UNICEF 2008).

Especialistas em adolescência alertam que de 1,1 milhões de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil, 25% já tem um filho. O fato mais preocupante é que grande parte delas afirma que a sucessiva gravidez não foi planejada. Um dos fatores que tem sido apontado como importante na recorrência da gravidez entre os jovens é a negligência quanto à contracepção, considerando-se que adolescentes com vida sexual ativa estão expostos a uma nova gravidez dentro de um ano se não for utilizado nenhum método contraceptivo, com chance de nove para cada dez adolescentes.

Outro fator que contribui para repetidas gestações é a antecipação da primeira relação sexual, em média, aos 13 anos de idade ou menos. Atualmente com 50 milhões de adolescentes, representando 23,8% da população brasileira, o país possui uma taxa de 68,4 nascimentos para cada mil garotas de 15 a 19 anos, com médias acima da latino-americana e caribenha (65,5 nascimentos a cada mil garotas adolescentes) e muito acima da média americana (24,2 nascimentos a cada mil garotas de 15 a 19 anos) (IBGE, 2019; ONU, 2018; SEKEF, 2001).

Para entender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é preciso perceber a complexidade e a multicausalidade desses fatores, que tornam os adolescentes especialmente vulneráveis (LIRA; DIMENSTEIN, 2004).

São diversos os fatores nos quais a gravidez na adolescência pode estar implicada, como sociais, pessoais e familiares, em muitos casos, está relacionada com situação de vulnerabilidade social, ocorrência de violência sexual, bem como a falta de informações e acesso aos serviços de saúde.

Porém, é importante termos em mente que, em alguns casos, a gravidez na adolescência pode fazer parte do projeto de vida e dos desejos da adolescente. (CAMARANO, 2006).

A atenção à saúde dos adolescentes pelo sistema de saúde representa um grande desafio devido a três critérios de saúde pública: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A magnitude remete às taxas de morbidade e mortalidade, os adolescentes representam um grupo geralmente saudável, em que a maior parte dos problemas de saúde é passível de prevenção.

O critério de transcendência significa que as ações de saúde para adolescentes trazem a possibilidade de impactar positivamente a sociedade como um todo. Por estarem formando suas identidades, os adolescentes são particularmente permeáveis a ações de promoção da saúde, incluindo educação em saúde (UNICEF, 2018; TAKIUTI, 2018).

Devido à grande prevalência de gestação na adolescência e do impacto que este fato traz para a vida dos adolescentes e da comunidade como um todo, identificar os principais fatores de risco associados à ocorrência de gestação precoce e intervir neles representa um importante passo para uma mudança de comportamento dos mesmos.

Ao se conhecer as possíveis causas reais da gravidez na adolescência e sua recorrência, de acordo com a análise dos fatores predisponentes, presume-se que é possível formular estratégias eficazes para reduzir esta problemática que acomete a população brasileira, além de abrir novos horizontes para estudos posteriores que busquem o mesmo ideal e dessa forma impactar de forma positiva o futuro desses jovens.

Diante do exposto, este projeto de pesquisa visa caracterizar as principais variáveis associáveis para gravidez na adolescência entre dois grupos de usuários de UBS em um município do Norte do Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as possíveis variáveis associáveis para gravidez entre os adolescentes de uma Unidade Básica de Saúde no município de Ji-Paraná/RO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes da Unidade Básica de Saúde, no município de Ji-Paraná/RO.
- Avaliar possíveis associações entre as características sociais e comportamento sexual com a gestação na adolescência.

3 JUSTIFICATIVA

Os estados da região Norte possuem a maior porcentagem de adolescentes grávidas do país. Dos dez estados que ocupam as primeiras posições, sete são da região Amazônica e outros dois (Maranhão e Mato Grosso) fazem fronteira com a região. As meninas da região Norte engravidam com mais frequência do que as adolescentes do resto do país devido provavelmente à falta de acesso aos serviços médicos.

A taxa de gravidez na adolescência no município de Ji-Paraná é de 21%, pouco maior que a taxa do país que é de 18%. A taxa da região Norte é de 23,4% (IBGE, 2019).

A gravidez precoce tem um efeito profundo na trajetória de vida das adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

A gestação na adolescência apresenta implicações de ordem biológica, familiar e econômica. As práticas sexuais cada vez mais precoces e sem prevenção são as principais causas deste problema. Por ser um tema de interesse social que causa grande impacto na vida dessas adolescentes, com consequências em longo prazo tanto para a mãe quanto para o filho, faz-se necessário esforço para tentar minimizar os danos e prevenir novos casos, ou seja, fazer da Unidade Básica de Saúde (UBS) um local de refúgio, informação e segurança para esses adolescentes e seus filhos (SPIGARELLI, 2007).

Assim, ao identificar os principais fatores de risco e implementar programas e políticas públicas de saúde que facilitem o acesso aos serviços sociais e médicos na atenção primária a adolescentes e seus filhos, ampliam-lhes as chances de um futuro melhor.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência é um momento de transição, em que se espera a progressão da dependência para a independência em relação à família de origem. Os primeiros estudos focados no tema basearam-se na ideia de que essa transição seria procedimental e poderia ser confirmada a partir dos marcos das histórias de vida que ocorreria sequencialmente e unidirecionalmente (final dos estudos, entrada no mercado de trabalho, saída da casa dos pais, casamento e primeiro filho) (CAMARANO, 2006).

As mudanças biológicas e psicossociais que ocorrem durante a adolescência são únicas. A puberdade é a marca registrada da progressão fisiológica da mudança corporal da criança para o adulto. É um período crítico de desenvolvimento na vida de um jovem, repleto de mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais (SHLAFER, 2014; SULEIMAN, 2017).

A importância de abordar a saúde física e mental dos adolescentes tornou-se mais evidente, com investigadores em diversos estudos apontando para o fato de que necessidades de saúde não atendidas durante a adolescência e na transição para a vida adulta predizem não apenas problemas de saúde quando adultos, mas também menos qualidade de vida na idade adulta. (ACGME, 2013).

Devido às mudanças na sinalização do sistema de recompensa em que o cérebro motiva o comportamento e a maturação contínua do controle dos impulsos, os adolescentes podem ter uma propensão maior a se envolver com comportamentos de maior risco e ter maior resposta a situações emocionalmente carregadas.

Eles frequentemente são confrontados com situações para as quais ainda podem não estar preparados, resultando em envolvimento em comportamentos de risco como: abusos do álcool e tabaco (mais recentemente com uso de cigarro eletrônico), prática de sexo sem proteção e engravidar precocemente, sem planejamento (JENSSEN, 2019; HUGHES, 2017).

Tais padrões podem ser estimulados ou inibidos por padrões culturais, contudo, sempre estão presentes. Tomando como exemplo a sexualidade, na maioria das sociedades prevalece um duplo padrão pelo qual se espera que as meninas sejam modestas, ternas, submissas e passivas, enquanto os meninos são incentivados a se envolver em comportamentos que afirmam sua masculinidade, autonomia e ambição (MUHANGUZI, 2011).

Existem 1,8 bilhões de adolescentes no mundo, sendo que 87% deles vivem em países em desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 2019), o Brasil possui 50 milhões de adolescentes, o que representa 23,8% da população brasileira (IBGE, 2019). A cada ano, estima-se que 21 milhões de gestações ocorram entre meninas adolescentes de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento, sendo que quase metade (49%) não foi programada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018; DARROCH, 2016).

A taxa de gravidez na adolescência no Brasil é de 68,4 nascimentos para cada mil garotas de 15 a 19 anos. A média do país está acima da mundial (46 nascimentos a cada mil garotas adolescentes) e da latino-americana e caribenha (65,5 nascimentos a cada mil garotas adolescentes), segundo dados divulgados pela Organização das Nações Unidas em 2018 (ONU, 2018).

Além disso, 66% dessas gestações não foram intencionais e cerca de 75% das mães adolescentes não frequentavam a escola. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstram que de cada dez jovens de 15 a 19 anos grávidas sete são negras e seis não trabalham e não estudam (IBGE, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

As questões socioeconômicas são relacionadas como causa e consequência da gravidez em adolescentes. A gravidez ocorre com maior frequência entre adolescentes que vivem na pobreza e os que são socialmente vulneráveis, com menos educação e que tem barreiras culturais e financeiras ao acesso dos serviços públicos. A gravidez precoce e não intencional está associado a vários resultados adversos em saúde, educação, social e economia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O parto é um risco para meninas adolescentes e as condições relacionadas à gravidez são a segunda maior causa de morte entre meninas adolescentes em países em desenvolvimento. As adolescentes de 15 a 19 anos têm duas vezes mais chance de morrer durante a gravidez e parto, em comparação com as mulheres na faixa etária dos 20 anos enquanto as menores de 15 anos têm cinco vezes mais chances de morrer (OMAR, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; CHEN, 2007).

A jovem grávida tem maior dificuldade de concluir sua educação formal, a cada dez adolescentes entre 15 e 17 anos que tem um filho ou mais e menos de três continuam estudando, pondo em risco suas futuras oportunidades econômicas, incluindo a redução das oportunidades do mercado de trabalho. (UNESCO, 2017).

Mães adolescentes também têm maior probabilidade de ter um desempenho ruim na escola, vêm de lares com baixo nível socioeconômico e um ambiente menos vantajoso, repetindo e mantendo o ciclo, por serem elas mesmas filhas de mães com educação

escolar limitada e uma história também de gravidez indesejada na adolescência (ELFEBEIN, 2003).

Os efeitos da gravidez na adolescência também se estendem a saúde de seus bebês com evidências de maiores mortes perinatais. Um bebê nascido de mãe adolescente tem maior probabilidade de viver na pobreza, ser abusado ou negligenciado, ser preso se for um menino e continuar o ciclo de gravidez na adolescência quando menina (BERQUÓ, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; CHEN, 2007; CONDE-AGUDELO, 2005; GANCHIMEG et al., 2014).

Além disso, quase um quarto das mães adolescentes engravida pela segunda vez aos 20 anos de idade. Diminuir a taxa de repetição de adolescentes é de extrema importância para os adolescentes, os bebês e para o bem-estar da sociedade (HAMILTON, 2012).

Muitos estudos examinaram os fatores de risco e proteção associados à gravidez na adolescência identificando fatores multidimensionais que influenciam a gravidez na adolescência. Entre os vários fatores nos diferentes níveis revisões sistemáticas mostraram que pobreza e menor nível educacional estão consistentemente associados à gravidez na adolescência (YAKUBU, 2018; LAURA, 2015; IMAMURA et al., 2007).

A pobreza e a privação socioeconômica expõem as adolescentes a realizarem sexo precoce e sexo intergeracional, e evidências das influências da escolaridade no adiamento da gravidez na adolescência e na maternidade precoce também são relativamente bem relatadas. As revisões sistemáticas mostram que estrutura familiar interrompida também está constantemente relacionada à gravidez na adolescência (IMAMURA, 2007; MILLERA, 2001; LECLERC-MADLALA, 2008; KEARNEY, 2012; GIRMA, 2015; KOPPENSTEINER, 2016).

Uma grande quantidade de fatores contribui para as altas taxas de gravidez indesejada e nascimentos não planejados entre adolescentes, como: pouco conhecimento sobre os serviços de saúde sexual e reprodutiva, barreiras legais ao acesso a serviços, preconceito de prestadores, estigma em relação ao sexo antes do casamento e menor autonomia de decisão dos adolescentes casados estão entre os fatores de risco que contribuem para uma gravidez indesejada (CHANDRA-MOULI, 2014-2017; DENNO, 2015).

Ainda entre os solteiros, o aumento da acessibilidade às mídias sociais e compartilhamento de pornografia, influências transculturais e diminuição da supervisão por adultos resultam em início precoce da atividade sexual entre os adolescentes (RAKHAKONDA, 2014; JOESEPHINE, 2016).

Especialistas sugerem que para reduzir a gravidez na adolescência, intervenções devem ser planejadas para abordar múltiplos antecedentes sexuais e não sexuais que se correlacionam

com a sexualidade do adolescente e que podem estar relacionados aos adolescentes, suas famílias, escolas, comunidades e fatores culturais - notavelmente a religião.

As intervenções também devem incluir campanhas de mídia de massa com financiamento público e expansão dos serviços de planejamento familiar subsidiados pelo governo (THOMAS, 2012; KIRBY, 2002).

Intervenções que foram rigorosamente avaliadas e encontradas para impactar comportamentos associados à gravidez e reduzir a probabilidade de engravidar evidenciam a importância do aumento do uso de contraceptivos entre os adolescentes para a diminuição das taxas de natalidade, e o aumento do acesso de adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade (ROMERO, 2015; LINDERBERG, 2012; SANTELLI, 2007).

Envolver a comunidade mobilizando seus membros para que participem ativamente nos esforços de mudança têm sido fatores para o sucesso das intervenções. Deixar de envolver segmentos chave da comunidade ou fornecer às jovens intervenções que não sejam culturalmente sensíveis pode reduzir a probabilidade de que as intervenções tenham efeito positivo (KREUTER, 2003; VILARRUEL, 2005; HAWKINS, 2008; WANDERSMAN, 2003).

Antes da instituição da Atenção Primária a Saúde (APS) e das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o público adolescente não tinha nenhuma política voltada às suas necessidades. Com a expansão do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde passou a oferecer uma política de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente, através da distribuição das Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA), com versões masculinas e femininas, e a distribuição de métodos contraceptivos, juntamente com o Programa Saúde na Escola que tem o objetivo de oferecer informação de educação em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil entre o período de 2004 a 2015. No entanto, o que de fato é possível perceber na prática, é que os adolescentes fazem parte de uma população ainda invisível e que as políticas voltadas para esse público ainda são falhas, justificando-se o alto nível de gravidez na adolescência existente nas regiões menos desenvolvidas do país (SINASC, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

5 MÉTODO

5.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal para fazer o levantamento e análise de variáveis associáveis com a gravidez na adolescência.

5.2. CENÁRIO DO ESTUDO

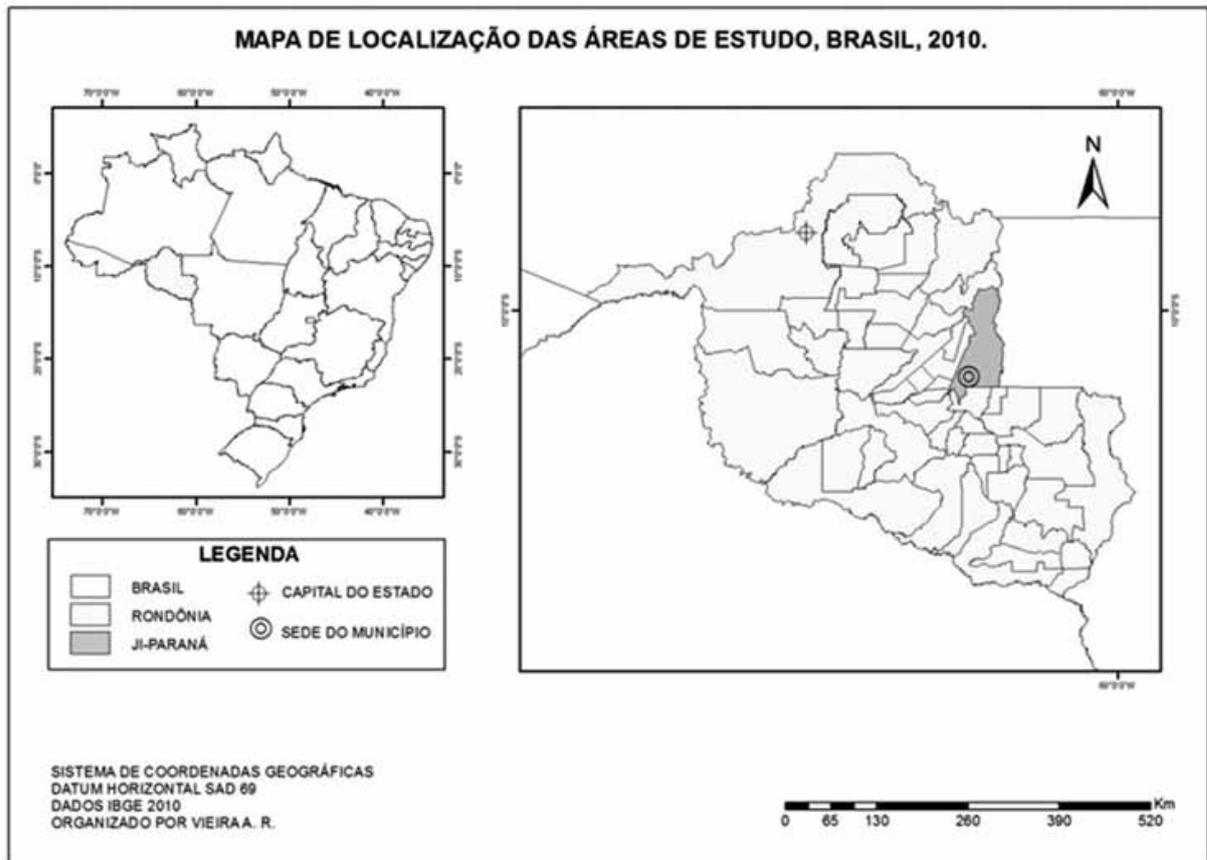
Esta pesquisa foi conduzida no município de Ji-Paraná, localizado na região Norte do Brasil. É um município do estado de Rondônia, apresenta 20,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 17,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), segundo fontes do IBGE 2019.

Salário mensal médio estimado em dois salários mínimos, a taxa de escolarização entre 6 e 14 anos é de 96,6%. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11,22 para cada 1.000 nascidos vivos. Possui uma população estimada de 128.969 pessoas (2019), sendo o segundo maior município do estado, atrás apenas da capital Porto Velho. O município recebeu oficialmente o nome de Ji-Paraná em 1977 com a emancipação política decretada,

Figura 1 (IBGE, 2019).

A pesquisa ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um bairro central da cidade, o município possui 23.183 famílias, com o total de 73.185 pessoas cadastradas. Os adolescentes somam: 6.411 na faixa etária entre 10 a 14 anos, 6.839 entre 15 e 19 anos, totalizando 13.250 adolescentes, sendo que a UBS possui 1.897 adolescentes cadastrados, e é composta por três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A média de gestantes atendidas por cada equipe é de 90 consultas mensais, sendo que aproximadamente 23,6% são adolescentes.

Figura 1 - Mapa de localização do município de Ji-Paraná.



Fonte: VIEIRA *et al.* Evaluation of water quality of Rio Bonzinho in the city of Ji-Paraná, RO. *Boletim do Observatório Ambiental Alberto Ribeiro Lamego*, v. 7, p. 11–17, 1 set. 2013 Tradução.

5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

O estudo tem uma amostra de conveniência não calculada, incluído um total de 70 participantes divididos em dois grupos, definidos por relatarem gestação ou não na adolescência.

O número da amostra de gestantes na faixa etária dos 10 aos 19 anos foi limitado pelos casos existentes na área que na ocasião era de aproximadamente 30 adolescentes gestantes. O grupo sem gestação na adolescência foi recrutado aleatoriamente dentro da área da UBS.

A maior parte dos adolescentes entrevistados tinha entre 16 e 18 anos. Contudo, devido à recusa de participação de alguns adolescentes foi necessário aumentar o intervalo da faixa etária dos participantes do grupo dos casos, em que foram selecionados pacientes da área de abrangência que foram pais na adolescência (até os 19 anos), mas que tinham no momento da entrevista mais de 19 anos.

5.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário semiestruturado aplicado por meio da técnica de entrevista, visando levantar dados pertinentes aos objetivos do estudo. O questionário engloba questões relacionadas a condições socioeconômicas, comportamento sexual, história gestacional, histórico familiar, situação conjugal, nível de escolaridade e religião. O questionário utilizado se encontra no anexo I. Os dois membros recrutadores padronizaram a ampliação do questionário em treinamentos e simulações antes do início das atividades.

O instrumento de pesquisa (questionário semiestruturado) abordou questões como: data da menarca, data da primeira relação sexual, o grau de informação antes da primeira relação e de quem esses adolescentes receberam informações, se estavam estudando antes de engravidar, se pararam de estudar após engravidar, se moram ou não com o parceiro de quem engravidaram, se moram com ambos os pais, renda familiar, se as mães também tiveram filhos na adolescência.

O questionário foi aplicado individualmente entre os meses de janeiro a março de 2020, com consulta pré-agendada, pela médica ou enfermeira da equipe, em seus respectivos consultórios de atendimento com duração de 20 minutos por consulta.

5.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em formulários online do Google com geração automática de planilhas e analisados utilizando Epi-info7 (CDC, 2020) e Microsoft Excel 365 para descrição das proporções, médias e avaliação de relacionamento entre as variáveis, com métodos paramétricos e não paramétricos, com Intervalo de Confiança de 95% ou valor de $p < 0,005$.

5.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão contemplaram os adolescentes entre 10 e 19 anos ou mais que foram pais até os 19 anos, de ambos os sexos, grávidos e não grávidos cadastrados na UBS.

Grupo GA (Gravidez na Adolescência): grávidos e/ou que já tiveram filhos entre 10 a 19 anos;

Grupo NGA (Não Gravidez na Adolescência): adolescentes que ainda não tiveram filhos.

Crítérios de exclusão: participantes com deficiência cognitiva referida.

5.7. ASPECTOS ÉTICOS

Entre os riscos inerentes à aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra de sigilo. Os benefícios incluem maior acesso à informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Medidas foram tomadas para minimizar os riscos, como a retirada do nome das fichas de pesquisa, acesso limitado aos dados aos diretamente envolvidos no estudo. Este projeto de pesquisa recebeu aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer 3.767.819, conforme a Resolução 466/2012 sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

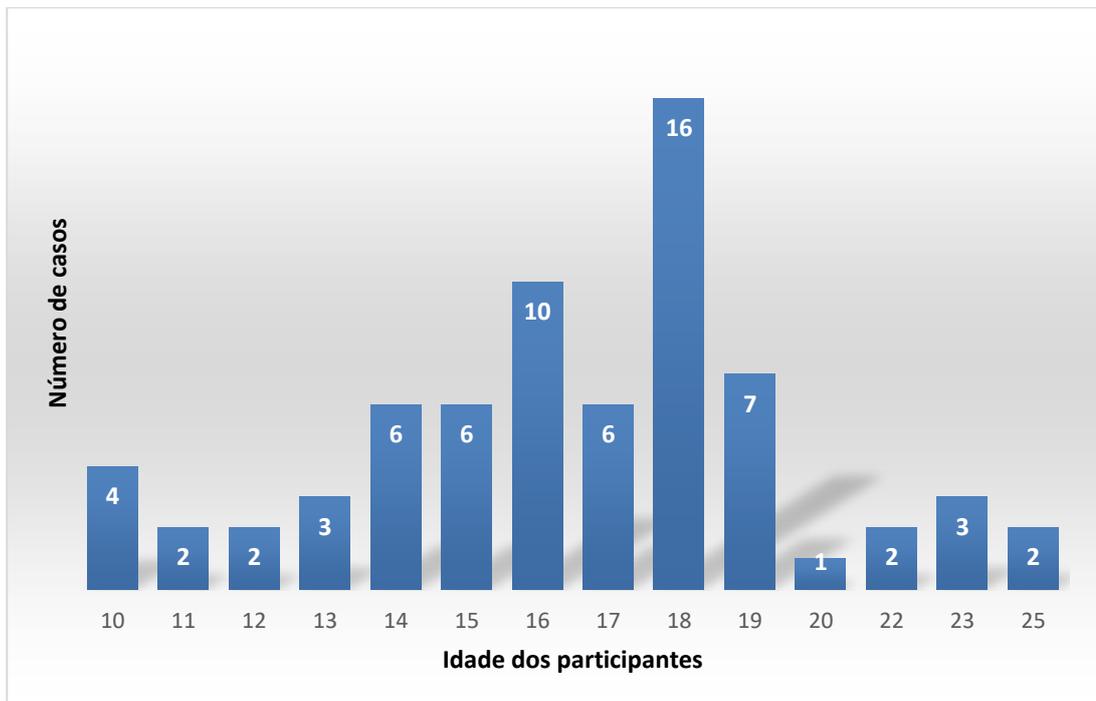
Os participantes foram convidados para participar do estudo e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por eles ou pelos pais ou responsáveis, o Termo de Assentimento (TA) pelos menores de 18 anos os questionários foram aplicados individualmente pela médica ou enfermeira da equipe durante uma consulta previamente agendada.

Os questionários possuem uma identificação numérica para proteger a identidade do entrevistado. As informações da ficha de pesquisa não foram para o prontuário do participante, foi reforçado ao adolescente seu direito ao sigilo e os recursos implementados para sua garantia.

6 RESULTADOS

Foram selecionados e entrevistados um total de 70 participantes, sendo 71,4 % (n= 50) do sexo feminino e 28,6% (n=20) do sexo masculino. Entre os participantes, 55,7% (n=39 pessoas) representam o grupo GA, ou seja, que engravidaram na adolescência, e 44,3% (n=31) representa o grupo NGA, os adolescentes que não tiveram filhos na adolescência. No gráfico 1 podemos observar a distribuição etária dos pacientes no momento da entrevista.

Gráfico 1 - Distribuição de idade dos participantes



Fonte: BARISON, 2021.

A maior parte das adolescentes entrevistadas relatou menarca entre 10 e 13 anos, e uma minoria relatou menarca mais tardia, ou seja, após os 14 anos, conforme ilustrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Idade da menarca das adolescentes entrevistadas.



Fonte: BARISON, 2021.

Em relação á idade declarada da primeira relação sexual, 42,9% (n=30) dos entrevistados relatou que tiveram sua primeira relação sexual entre os 13 e 15 anos e 27,1% (n=19) dos adolescentes se declararam virgens, conforme ilustrado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Idade da primeira relação sexual.



Fonte: BARISON, 2021.

Uma grande parte dos adolescentes (41,4%) respondeu ter tido informações sobre o assunto somente na escola, através das palestras ministradas sobre sexualidade e prevenção de gravidez, enquanto 21,4% relataram que além da escola também tiveram informações por parte de um dos genitores e nenhum relatou ter tido informação com um profissional da área da saúde, conforme podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Informações sobre relação sexual antes da primeira relação.

Onde recebeu orientação sobre sexo antes da primeira relação?	N*	%**
Dos pais	25	36%
Da escola	47	67%
Pais e escola	17	24%
Não recebeu	14	20%
Do serviço de saúde	0	0%

* o N não é 70 porque cada participante pode entrar em mais de uma categoria ** porcentagem por linha com n=70.

Fonte: BARISON, 2021.

O período predominante em que os adolescentes estudavam ou estudam é o diurno, representando 74,3% (n=52) das respostas. Entre os adolescentes que tiveram filhos durante esse período 22,9% (n=16) pararam de estudar após se tornarem pais e 32,9% (n=23) mantiveram seus estudos. A escolaridade média dos entrevistados foi o ensino médio incompleto representando 40% (n=28) das respostas, seguido pelo ensino fundamental incompleto representando 31,4% (n=22) e, 12,9% (n=9) relataram ter cursado o ensino fundamental completo.

Somente 25,7% (n=18) dos adolescentes relataram morar com ambos os pais e 74,3% (n=52) relataram morar com apenas um dos genitores e seus respectivos parceiros atuais, o que demonstra que grande parte dos adolescentes participantes da pesquisa é proveniente de lares com famílias desestruturadas de sua configuração inicial. As mães de 46 adolescentes entrevistados também engravidaram na adolescência e 24,3% (n=17) dos entrevistados tem irmãos que engravidaram antes dos 19 anos, demonstrando os ciclos viciosos de repetição de gravidez na adolescência entre as gerações, conforme é possível visualizar na Tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento sobre métodos contraceptivos e história familiar.

Descritor da população do estudo	n=70	(%)
Conhece algum método anticoncepcional feminino?		
Sim	60	85,7%
Não	10	14,3%
Já tinha atividade sexual antes de engravidar?		
Sim	42	60,0%
Não	6	8,6%
NSA*	22	31,4%
Idade com que a mãe engravidou pela primeira vez		
< 20 anos	46	65,7%
≥20 anos	23	32,9%
NSA	1	1,4%
Irmão ou irmã já teve filhos antes dos 19 anos?		
Sim	17	24,3%
Não	47	67,1%
Não sabe informar	1	1,4%
NSA	5	7,1%

*NSA: Não se aplica.

Fonte: BARISON, 2021.

A maior parte (35,7%) das mães dos adolescentes tem grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, 24,3% (n=17) têm ensino médio completo e pouco mais de 5% (n=4) tem ensino superior completo. A renda familiar foi de 40% (n=28) entre um e dois salários mínimos, seguido de 27,1% (n=19) de até um salário mínimo e 21,4% (n=15) entre dois e três salários.

Em relação à dependência financeira, 75,7% (n=53) dos adolescentes relataram que são totalmente dependentes financeiramente: 64,3% (n=45) de seus pais, 24,3% (n=17) do companheiro, 1,43% (n=1) dos pais do companheiro (a), enquanto 18,6% (n=13) relataram dependência parcial e 5,7% (n=4) relataram não ser dependentes.

Foi possível perceber que a grande maioria (75,7%) dos entrevistados se declarou como solteiros, 18,6% (n=13) declararam união estável e apenas 5,7% (n=4) relataram ser casados. Entre as religiões a mais prevalente foi a católica representando 37,7% (n=26) seguido da evangélica com representatividade de 34,8% (n=24).

A maior parte dos adolescentes (85,7%) relatou conhecer pelo menos um método anticoncepcional, porém somente 21,4% (n=8) das meninas entrevistadas faziam uso (regular ou irregular) de métodos contraceptivos. Na tabela 3 podemos visualizar as respostas dos participantes divididos por grupos.

Tabela 3 – Análise entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e grupo NGA (não gravidez na adolescência).

Descritivo	Gravidez na			Não Gravidez na		
	N (39)	%	IC95%	N (31)	%	IC95%
Sexo						
Masculino	10	25,6	(13,0 - 42,1)	10	32,3	(16,7 - 51,4)
Feminino	29	74,4	(57,9 - 87,0)	21	67,7	(48,6 - 83,3)
Situação conjugal						
Casada	3	7,7	(1,6 - 20,9)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Solteira	25	64,1	(47,2 - 78,8)	28	90,3	(74,3 - 98)
União estável	11	28,2	(15,0 - 44,9)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Mora com parceiro						
Sim	14	35,9	(21,2 - 52,8)	4	12,9	(3,6 - 29,8)
Não	25	64,1	(47,2 - 78,8)	27	87,1	(70,2 - 96,4)
Mora com ambos os pais						
Sim	4	10,3	(2,9 - 24,2)	14	45,2	(27,3 - 64)
Não	35	89,7	(75,8 - 97,1)	17	54,8	(36 - 72,7)
Renda familiar						
Até 1/2 sm	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0	0	
Até 1 sm	10	25,6	(13,0 - 42,1)	9	29	(14,2 - 48)
Entre 1 e 2 sm	17	43,6	(27,8 - 60,4)	11	35,5	(19,2 - 54,6)
Entre 2 e 3 sm	9	23,1	(11,1 - 39,3)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Mais que 3 sm	1	2,6	(0,1 - 13,5)	5	16,1	(5,5 - 33,7)

Não sabe informar	1	2,6 (0,1 - 13,5)	0	0
Dependência financeira				
Não	3	7,7 (1,6 - 20,9)	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Sim, parcial	8	20,5 (9,3 - 36,5)	5	16,1 (5,5 - 33,7)
Sim, total	28	71,8 (55,1 - 85,0)	25	80,7 (62,5 - 92,6)
De quem depende financeiramente				
Companheiro	15	38,5 (23,4 - 55,4)	2	6,5 (0,8 - 21,4)
Não depende	3	7,7 (1,6 - 20,9)	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Pais	19	48,7 (32,4 - 65,2)	26	83,9 (66,3 - 94,6)
Pais do companheiro	1	2,6 (0,1 - 13,5)	0	
Outros	1	2,6 (0,1 - 13,5)	2	6,5 (0,8 - 21,4)
Conhece algum método				
Sim	35	89,7 (75,8 - 97,1)	25	80,7 (62,5 - 92,6)
Não	4	10,3 (2,9 - 24,2)	6	19,4 (7,5 - 37,5)
Usava algum método				
Sim	8	20,5 (9,3 - 36,5)	7	22,6 (9,6 - 41,1)
Não	29	74,4 (57,9 - 87,0)	6	19,4 (7,5 - 37,5)
NSA	2	5,1 (0,6 - 17,3)	18	58,1 (39,1 - 75,5)
Gravidez atual?				
Sim	28	71,8 (55,1 - 85,0)	6	19,4 (7,5 - 37,5)
Não	11	28,2 (15,0 - 44,9)	25	80,7 (62,5 - 92,6)
Após ter engravidado parou de				
Sim	15	38,5 (23,4 - 55,4)	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Não	20	51,3 (34,8 - 67,6)	3	9,7 (2 - 25,8)
NSA	4	10,3 (2,9 - 24,2)	27	87,1 (70,2 - 96,4)
Estuda atualmente?				
Sim	19	48,7 (32,4 - 65,2)	27	87,1 (70,2 - 96,4)
Não	20	51,3 (34,8 - 67,6)	4	12,9 (3,6 - 29,8)
Período que estuda ou estudava				
Diurno	29	74,4 (57,9 - 87,0)	23	74,2 (55,4 - 88,1)
Noturno	9	23,1 (11,1 - 39,3)	5	16,1 (5,5 - 33,7)
Não estudava	1	2,6 (0,1 - 13,5)	3	9,7 (2 - 25,8)
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	13	33,3 (19,1 - 50,2)	9	29 (14,2 - 48)
Ensino fundamental completo	7	18 (7,5 - 33,5)	2	6,5 (0,8 - 21,4)
Ensino médio incompleto	12	30,8 (17,0 - 47,6)	16	51,6 (33,1 - 69,9)
Ensino médio completo	3	7,7 (1,6 - 20,9)	3	9,7 (2 - 25,8)
Ensino superior incompleto	3	7,7 (1,6 - 20,9)	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Ensino superior	1	2,6 (0,1 - 13,5)	0	0
Escolaridade da mãe				
Analfabeta funcional (<4 anos de	1	2,6 (0,1 - 13,5)	0	0
Ensino fundamental incompleto	19	48,7 (32,4 - 65,2)	6	19,4 (7,5 - 37,5)
Ensino fundamental completo	8	20,5 (9,3 - 36,5)	2	6,5 (0,8 - 21,4)
Ensino médio incompleto	2	5,1 (0,6 - 17,3)	6	19,4 (7,5 - 37,5)
Ensino médio completo	8	20,5 (9,3 - 36,5)	9	29 (14,2 - 48)
Ensino superior incompleto	0	0	4	12,9 (3,6 - 29,8)
Ensino superior	1	2,6 (0,1 - 13,5)	4	12,9 (3,6 - 29,8)
Irmão ou irmã já teve filhos antes dos				
Sim	13	33,3 (19,1 - 50,2)	4	12,9 (3,6 - 29,8)

Não	25	64,1 (47,2 - 78,8)	22	71 (52 - 85,8)
Não sabe	1	2,6 (0,1 - 13,5)	5	16,1 (5,5 - 33,7)
Religião				
Adventista	2	5,3 (0,6 - 17,8)	2	6,5 (0,8 - 21,4)
Católica	10	26,3 (13,4 - 43,1)	16	51,6 (33,1 - 69,9)
Evangélica	15	39,5 (24,0 - 56,6)	9	29 (14,2 - 48)
Espírita	0	0	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Seicho-no-ie	0	0	1	3,2 (0,1 - 16,7)
Sem religião	11	29 (15,4 - 45,9)	2	6,5 (0,8 - 21,4)

Fonte: BARISON, 2021.

Na tabela 4, é possível perceber que a maior parte das meninas do grupo GA teve mães que também engravidaram precocemente, em contrapartida, no grupo NGA, a minoria teve mães que engravidaram na adolescência. Podemos perceber diferença estatisticamente significativa (com p menor 0,005) em dois quesitos: idade com que a mãe engravidou pela primeira vez (p=0,001) e no quesito idade da primeira relação sexual (p=0,005).

Tabela 4 - Descrição das medidas de tendência central relativas à idade e aos eventos do questionário entre o grupo GA (gravidez na adolescência) e o grupo NGA (não gravidez na adolescência).

Descritivos	Obs*	Média	Dev-pad	Min	Mediana	Max	p-valor**
Idade (n=70)							
Gravidez na adolescência	39	17,67	3,05	13	18	25	0,003
Não Gravidez na adolescência	31	15,35	3,36	10	15	23	
Idade com que a mãe engravidou pela primeira vez (n=69)							
Gravidez na adolescência	39	17,7	3,4	12	17	27	0,001
Não Gravidez na adolescência	30	21,7	6,3	14	19	38	
Idade da Menarca (n=46)							
Gravidez na adolescência	29	12,1	2,03	8	12	16	0,695
Não Gravidez na adolescência	17	12,3	1,57	10	12	15	
Idade da primeira relação sexual (n=50)							
Gravidez na adolescência	36	13,8	1,75	11	14	18	0,005
Não Gravidez na adolescência	14	15,4	1,5	13	15	18	

*Obs: valores observados; **p-valor: valor de p, significativo quando <0,005.

Fonte: BARISON, 2021.

Na tabela 5, é possível observar a descrição entre os grupos e entre os sexos e em relação à idade com que a mãe engravidou pela primeira vez. Em relação à idade, não houve diferenças estatísticas entre os grupos (GA/NGA) e sexo (masculino/feminino). Quando levamos em consideração a variável da idade com que a mãe engravidou pela primeira vez percebemos que as meninas do grupo GA são filhas de mães que tiveram sua primeira gestação em idade mais precoce do que as mães do grupo NGA, conforme exposto na tabela 4. A média de idade de início da atividade sexual foi significativamente menor em ambos os sexos para o grupo GA.

Tabela 5 – Descrição das variáveis de idade, idade da primeira relação sexual e idade com que a mãe engravidou pela primeira vez entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e NGA (não gravidez na adolescência) de acordo com o sexo (feminino/masculino).

	Sexo feminino (43)				Sexo masculino (19)			
	GA (23)		NGA (20)		GA (9)		NGA (10)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	16,56	2,02	15,3	3,18	16,4	1,30	14,7	3,50
Média da idade com que a mãe engravidou pela primeira vez	17,73	3,35	21,95	7,25	16,78	2,17	21,2	4,67
Média de idade da primeira relação sexual sem VR	13,9	1,89	15,78	1,30	12,75	0,70	15	1,63

GA: Gestantes na Adolescência; NGA: Não Gestante na Adolescência; DP: Desvio-padrão.
Fonte: BARISON, 2021.

É possível observar na tabela 6, uma dependência importante da gestante pelo companheiro, mas também maior parte de dependência dos pais em todos os grupos, como é de se esperar nesta faixa etária da adolescência. A dependência financeira entre todos os grupos é maior do que 90% (n= 58), exceto para os GA do sexo masculino que alcançou 20% (n=2) de independência financeira. Um dado de extrema importância a ser avaliado é que cerca de 40% (n=22) dos adolescentes de ambos os sexos abandonaram a escola após engravidar.

Para ambos os sexos, o grau de instrução menor da mãe parece estar associado a maior prevalência de GA. Em ambos os sexos a família não é estruturada com mais de 80% (n=45) não vivendo com ambos os pais. Acima de 60% (n= 47) dos parceiros na gravidez não moram juntos.

Em relação à religião, apenas houve diferença significativa OR=9,6 (IC 95% 0,85-108,7) para adolescentes do sexo feminino em relação positiva para GA. No entanto, o IC 95% é por demais variado. Para a renda familiar, de forma semelhante, existe para ambos os sexos

uma distribuição de baixa renda típica da região onde se localiza a UBS. Sem, contudo, mostrar diferença entre os grupos GA e NGA.

Para o sexo masculino, 33% (n=3) estavam em alguma relação de casal formal (casado ou união estável), enquanto todas as adolescentes do grupo GA se consideravam solteiras e 10% (n=2) das do grupo NGA em relação formal ou união estável como é possível observar na tabela 8.

Tabela 6 - Resultado da análise exploratória das apresentações segundo o sexo entre os dos grupos que relataram e não relataram gravidez na adolescência.

Item	Sexo feminino (43)				Sexo masculino (19)				
	GA (23)		NGA (20)		GA (9)		NGA (10)		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Situação conjugal									
Casada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	
Solteira	17	73,9	18	90,0	6	66,7	10	100,0	
União estável	0	0,0	1	5,0	3	33,3	0	0,0	
Mora com parceiro									
Sim	9	39,1	3	15,0	2	22,2	1	10,0	
Não	14	60,9	17	85,0	7	77,8	9	90,0	
Mora com ambos os pais									
Sim	4	17,4	9	45,0	0	0,0	4	40,0	
Não	19	82,6	11	55,0	9	100,0	6	60,0	
Renda familiar									
Até 1/2 SM	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Até 1 SM	5	21,7	6	30,0	4	44,4	3	30,0	
Entre 1 e 2 SM	11	47,8	6	30,0	2	22,2	4	40,0	
Entre 2 e 3 SM	5	21,7	5	25,0	3	33,3	1	10,0	
Mais que 3 SM	0	0,0	3	15,0	0	0,0	2	20,0	

Não sabe informar	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dependência financeira								
Não	1	4,4	1	5,0	2	22,2	0	0,0
Sim, parcial	3	13,0	2	10,0	2	22,2	2	20,0
Sim, total	19	82,6	17	85,0	5	55,6	8	80,0
De quem depende financeiramente								
Companheiro	9	39,1	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Não depende	1	4,4	1	5,0	2	22,2	0	0,0
Pais	12	52,2	16	80,0	6	66,7	10	100,0
Pais do companheiro	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Outros	1	4,4	2	10,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade								
Ensino fundamental incompleto (4-7 anos de estudo)	8	34,8	7	35,0	2	22,2	1	10,0
Ensino fundamental completo	4	17,4	1	5,0	3	33,3	1	10,0
Ensino médio incompleto	7	30,4	10	50,0	4	44,4	6	60,0
Ensino médio completo	3	13,0	1	5,0	0	0,0	2	20,0
Ensino superior incompleto	1	4,4	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Estuda atualmente?								
Não	11	47,8	1	5,0	3	33,3	2	20,0
Sim	12	52,2	19	95,0	6	66,7	8	80,0
Após ter engravidado parou de estudar?								
Não	11	47,8	2	10,0	5	55,6	1	10,0
Sim	9	39,1	0	0,0	4	44,4	9	90,0
Nsa	3	13,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade da mãe								

Ensino fundamental incompleto (4-7 anos de estudo)	14	60,9	4	20,0	0	0,0	1	10,0
Ensino fundamental completo	0	0,0	2	10,0	8	88,9	0	0,0
Ensino médio incompleto	2	8,7	2	10,0	0	0,0	4	40,0
Ensino médio completo	7	30,4	7	35,0	1	11,1	2	20,0
Ensino superior incompleto	0	0,0	3	15,0	0	0,0	1	10,0
Ensino superior	0	0,0	2	10,0	0	0,0	2	20,0
Religião								
Adventista	1	4,3	1	5,0	0	0,0	1	10,0
Católica	6	26,1	10	50,0	3	37,5	5	50,0
Espírita	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Evangélica	12	52,2	5	25,0	1	12,5	4	40,0
Seicho no ie	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Sem religião	4	17,4	2	10,0	4	50,0	0	0,0

GA: Gestantes na Adolescência; NGA: Não Gestante na Adolescência.
 Fonte: BARISON, 2021.

7 DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram que grande parte dos adolescentes é proveniente de lares com famílias desestruturadas, o que está de acordo com as pesquisas realizadas por outros autores que fizeram estudos semelhantes em outros países em desenvolvimento, um dos estudos no país de Uganda, com adolescentes de 13 a 19 anos, com uma amostra de 120 participantes, evidenciou que estrutura familiar interrompida também está constantemente relacionada à gravidez na adolescência (IMAMURA, 2007; MILLERA, 2001, YAKUBU, 2018; LAURA, 2015).

A maior parte dos adolescentes se declarou como solteiros e uma pequena minoria relataram ter união estável com seus parceiros, repetindo ciclos de desestruturação familiar. A renda familiar média declarada pelos participantes de ambos os grupos foi entre um e dois salários mínimos, reforçando o que estudos anteriores demonstraram sobre a questão do nível social, evidenciando que pobreza e menor nível educacional estão consistentemente associados à gravidez na adolescência (YAKUBU, 2018; LAURA, 2015).

Foi possível perceber que uma grande maioria dos adolescentes entrevistados tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, porém não fazia uso regular dos mesmos, o que reforça a importância que outro autor já havia destacado para reduzir a gravidez na adolescência, de que intervenções devem ser planejadas para abordar múltiplos antecedentes sexuais e não sexuais que se correlacionam com a sexualidade do adolescente e que podem estar relacionados aos adolescentes, suas famílias, escolas, comunidades e fatores culturais - notavelmente a religião (KIRBY, 2002).

A pobreza e a privação socioeconômica expõem as adolescentes a realizarem sexo precoce e sexo intergeracional e evidências das influências da escolaridade no adiamento da gravidez na adolescência e na maternidade precoce também são relativamente bem relatadas (GIRMA, 2015; KOPPENSTEINER, 2016; LECLERC–MADALA, 2008; KEARNEY, 2012).

Em nossa pesquisa foi possível perceber que a maioria dos adolescentes que tiveram filhos não abandonou seus estudos. Em relação ao grau de escolaridade a maioria relatou não ter terminado o ensino médio e uma pequena parcela de 22,9% (n = 16) dos adolescentes que se tornaram pais pararam de estudar, dados demonstram que cerca de 75% das mães adolescentes não frequentavam a escola quando engravidaram, demonstrando o fator protetor da escola na prevenção da gravidez na adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) demonstram que de cada dez jovens de 15 a 19 anos grávidas sete são negras e seis não trabalham e não estudam, evidenciando mais uma vez o papel protetor dos estudos quanto à gravidez na

adolescência. Em nossa pesquisa, no entanto, foi possível observar que a maioria frequentava a escola no momento em que engravidaram e não pararam de estudar mesmo após o nascimento do filho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa deste determinado grupo de jovens da região norte do Brasil, evidenciou a necessidade de maior comprometimento por parte dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária do país, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, para abordar e gerir programas de ação e educação em saúde para este público ainda invisível na esfera na Atenção Primária à Saúde, no sentido de educar a sexualidade e prevenir a gestação precoce.

É possível perceber que, embora exista um Programa do Ministério da Saúde voltado para a adolescência, inclusive com a confecção das Cadernetas de Saúde do Adolescente, na prática diária das Unidades Básicas de Saúde esses programas não existem e muitas vezes o próprio servidor não tem conhecimento e não sabe acolher e abordar esses usuários quando os mesmos procuram atendimento.

Os resultados obtidos demonstraram que grande parte dos adolescentes na população estudada é de baixo nível socioeconômico (pobreza e baixo nível educacional) e proveniente de lares com desestruturação familiar. Em contrapartida, a maioria dos adolescentes continuou seus estudos após terem engravidado, uma grande parte tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, porém não fazia uso regular.

A análise geral dos dados obtidos demonstrou que a maior parte dos adolescentes entrevistados do grupo GA (gravidez na adolescência) possui fatores de risco em relação à menor idade materna e início precoce da primeira relação sexual quando comparados com os adolescentes do grupo NGA.

A maioria dos adolescentes relatou que obtiveram informações sobre sexualidade na escola, uma minoria com os pais ou responsáveis e nenhum recebeu informação com um profissional da área da saúde, o que destaca a importância de um olhar diferenciado pelos profissionais da saúde a essa população de grande vulnerabilidade na esfera da Atenção Primária à Saúde objetivando diminuir os índices de gravidez precoce.

Entre as fragilidades do presente estudo podemos relatar que a amostra de participantes por seleção de conveniência e sem um número calculado, afeta a capacidade de medir a força das associações encontradas, bem como a validade externa dos dados. Ainda, um possível viés de aferição, uma vez que, a entrevista foi realizada por dois entrevistadores diferentes. A investigação pode apresentar ainda viés de informação, pois as respostas foram obtidas pelo autorrelato do entrevistado e por se tratarem de informações íntimas da vida do participante pode levar a algum grau de desconforto e inibição.

Apesar das limitações, através da pesquisa foi possível traçar um perfil de determinado grupo de adolescentes que vivem na região Norte do país e suas características sociodemográficas, descrevendo claras situações de riscos para gestação entre adolescentes e suas consequências.

REFERÊNCIAS

Accreditation Council on Graduate Medical Education, ACGME program requirements for graduate medical education in pediatrics. 2013. Disponível em: <https://www.acgme.org/Specialties;Program-Requirement-and-FAQs-and-Application/pfcatid/16/Pediatrics>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

BERQUÓ E, CAVENAGUI S, **Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil**; São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100001. Acessado em 12 de Maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica** n. 26 Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.

CHANDRA-MOULI V, et al. **Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and Access**. *Reprod Health*;11(1):1; Uganda, 2014. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-1>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

CHANDRA-MOULLI V, et al. **A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it.***Rprod Health*;14(1):85. Uganda, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28728586/>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

CAMARANO A.A, **transição para a vida adulta ou vida adulta em transição**, Rio de Janeiro, IPEA, 2006.

CONDE-AGUDELO A, Belizan JM, Lammers c. **Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin American: cross-sectional study**. *Am J Obstet Gynecol*;192(2):342-9. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15695970/>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

COATES V., Sant'anna M.J.C., **Gravidez na adolescência**. In: Gejer D. *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*; p. 71-84. São Paulo: Atheneu; 2001.

DARROCH J, et al. **Adding it up: costs and benefits of meeting contraceptive needs of adolescents**. Guttmacher Institute; Nova York, 2016. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf. Acessado em 12 de Maio de 2020.

DENNO DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. **Effective strategies to provid adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support**. *J Adolescent Health*;56 (Suppl 1): S22-41. Uganda, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528977/>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

GANCHIMEG T, et al. **Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study**. *BJOG*;121(Suppl 1):40-8. Nova

York, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641534/>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

GIRMA S, Paton D. **Is education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England?** Soc Sci Med;131:1-9. Boston, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795361500132X>. Acessado em 12 de maio de 2020.

GOLDENBERG P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública; 21: 1077-86, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400010. Acessado em 12 de Maio de 2020.

HAMILTON B.E, Ventura SJ. **As taxas de natalidade para adolescentes americanos atingem mínimos históricos para todas as faixas etária e etnias**, Atlanta, 2012.

HAWKINS JD, Brown EC, Oesterle S, et al. **Early effects of communities that care on tageret risks and initiation of delinquent behhavior and substance use.** J Adolesc Health;43:15-22. Boston, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18565433/>. Acessado em 12 de Maio de 2020.

HUGHES K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. **The effect of multiple adverse chidhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis.** Lancet Public Health. 2(8):e356-248. Londres, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29253477/>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE), 2019, **Dados do último censo: adolescentes**. Disponível em: <https://ibge.gov.br>. Acessado em 08 de maio 2020.

IMAMURA M, et al. **Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review.** Eur Pub Health. 2007;17(6):630-6. União Européia, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/17/6/630/472583>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

JENSSEN BP, Walley SC, **Section on Tabaco Control. E-cigarettes and similar devices.** *Pediatrics*.;143(2):e20183652. Nova York, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835247/>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

JOESEPHINE P, PREMRAJ C. **Adolescent sexual and reproductive health.** Global Journal for Research Analysis. 2016;5(5). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26433504/>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KEARNEY M, Levine P. **Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter?** J Econ Perspect;2(2):141-63. Boston, 2012. Disponível em: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.26.2.141>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KIRBAS A, Gulerman HC, Daglar K. **Gravidez na adolescência; é um risco obstétrico?** Pediatric Adolesc Gynecol, 29 (04): 367-371, Atlanta, 2016.

KREUTER MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, et al. **Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches.** Health Educ Behav ;30:133-46. EUA, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12693519/>. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KROEFF LR, Mengue SS, Schmdt MI, Duncan BB, et al. **Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras.** Rev. Saúde Pública 38:261-7, Brasília, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000200016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 15 de maio de 2020.

KOOPENSTEINER MF, Matheson J. **Access to education and Teenage Pregnancy, CINCH Working Paper Series 1604,** Universitaet Duisburg-Essen, Competent in Competition and Health. Duisburg, 2016. Disponível em: <https://econpapers.repec.org/paper/duhwpaper/1604.htm>. Acessado em 15 de maio de 2020.

LAURA L, et al. **Realising the health and wellbeing of adolescents.** BMJ.351(Suppl 1):15-8. Nova York, 2015. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4119>. Acessado em: 02 de maio de 2020.

LECLERC-MADLALA S. **Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability.** AIDS;22(Suppl 4): S17-25. Pretória, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033752/>. Acessado 02 de maio de 2020.

LINDERBERG L, Santelli J, Desai S. **Understanding the decline in adolescent fertility in the United States, 2007-2012.** J Adolescent Health;54:499-507. Boston, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27595471/>. Acessado 02 de maio de 2020.

LIRA, J. B., DIMENSTEIN, M. **Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.1, pag. 37-45, jan/abr. 2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artes&pid=S1413-737220040001000006&Ing=pt&nrm=isso. Acesso em 11 de maio de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), **A gravidez na adolescência no Brasil,** 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br>. Acessado em 12 de maio 2020.

MILLERA C, Benson B, Galbraith K. **Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis.** Dev Rev;21(1):1-38. Atlanta, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641534/>. Acessado 02 de maio de 2020

MAHANGUZI FK, BENNETT J, MUHANGUZI HR. **The construction and mediation of sexuality and gender relations: experiences of girls and boys in secondary schools in Uganda.** Feminist Formations;23(3):135-52. Uganda, 2011. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41301676?>. Acessado em 02 de maio de 2020.

OLIVEIRA FCT, Surita FG, Pinto e Silva JL, et al; **Rede Brasileira de Vigilância de Grupo de Estudos sobre Morbidade Materna Grave. Morbidade materna grave nos extremos da idade reprodutiva: resultados de um estudo multicêntrico transversal nacional.** BMC Gravidez e Parto, 14: 77; Nova York 2014.

OMAR K, HASIM S, MUHAMMAD NA, JAFFAR A, HHASHIM SM, SIRAJ HH **Adolescent pregnancy outcomes and risks factors in Malaysia**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111(3):220-23. Malásia, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729210003772>. Acessado 02 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Os índices de gravidez na adolescência no mundo**, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidasorg>. Acessado em 03 de maio 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), **A gravidez na adolescência**, 2018 Disponível em: <https://nacoesunidasorg>. Acessado em 03 de maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), **Folha de gravidez na adolescência**, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs364/en/>. Acessado em 14 de abril 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS), **Global health estimates 2013 summary tables: DALYs, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification**, 2000-2012 (provisional estimates). Geneva, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO), **A gravidez na adolescência e a sociedade, 2017**. Disponível em: <https://en.unesco.org>. Acessado em 02 de maio 2020.

PHIPPS MG, Sowers M. **Defining early adolescent childbearing Am Public Health**; 92: 125-8, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447401/>. Acessado em 03 de maio 2020.

RACHAKONDA L, RAWATE S, SHIRADKAR S. **Teenage pregnancy**. International Journal of Current Medicinal and Applied Sciences;4(2):2059-63, África do Sul, 2014. Disponível em: http://www.ijcmaas.com/images/archieve/IJCMAAS_OCT_2014_VOL04_ISS02_03.pdf. Acessado em 03 de maio de 2020.

ROMERO LM, Middleton D, Mueller T, et al. **Improving the implementation of evidence-based clinical practices in adolescent reproductive health care services**. J Adolesc Health;57:4-95. Nova York, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26381918/>. Acessado em 03 de maio 2020.

SAITO M. I., **Atenção Integral á Saúde do Adolescente**. In Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3 ed. São Paulo, 2008.

SANTELLI JS, Linderberg LD, Finer LB, Singh S. **Explining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use**. Am J Public Health;97:150-6. Nova York, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17138906/>. Acessado em 03 de maio 2020.

SEKEF G., **Outro bebê a caminho**. Veja, São Paulo, 2001.

SPIGARELLI MG. **Adolescent sexual orientation.** *Adolesc Med State Art Ver*; 18(3): 508-518; EUA, 2007.

SULEIMAN AB, Dahl RE. **Leveraging neuroscience to inform adolescent health: the need for an innovative transdisciplinary developmental science of adolescence.** *J Adolesc Health*.; 60 (3): 240-248. Nova York, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28235453/>. Acessado em 03 de maio 2020.

SHLAFER R, Hergenroeder AC, Jean Emans S, et al. **Adolescence as a critical stage in the MCH Life Course Model:** commentary for the Leadership Education in Adolescent Health (LEAH) interdisciplinary training program projects. *Matern Child Health J.*2014;18(2): 462-466. EUA, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23435919/> Acessado em 03 de maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Desafios do Ensino e da Aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na Graduação e Pós-Graduação em Medicina. Relatório de Oficina. 45 Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Disponível em www.sbmfc.org.br. Uberlândia – MG, 20 de outubro de 2007.

TAKIUT, A.D., Um sonho: Programa de Saúde do Adolescente – Sentir, viver e agir. In: JESUS, N.F. DE; SOARES JUNIOR, J. M; MORAES, S.D.T. DE A. (Ed.). **Adolescência e Saúde 4 – construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos.** p. 290. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

THOMAS M.H., **Abstinence-based programs for prevention of adolescent pregnancies.** *Journal of Adolescent Health*; 26:55—17 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10638713/>. Acessado em 03 de maio 2020.

THOMAS D.V., Looney SW. **Effectiveness of a comprehensive psychoeducation intervention with pregnant and parenting adolescents: a pilot study.** *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*; 17(2):66-77 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15366313/>. Acessado em 03 de maio de 2020.

UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança, 2018.** Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html. Acesso em: 17 jul. 2019.

UNESCO. **Early and unintended pregnancy & the education sector: Evidence review and recommendations.** Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; União Européia, 2017. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251509>. Acessado em 03 de maio 2020.

WANDERSMAN A, Florin P. **Community interventions and effective prevention.** *Am Psychol*;58:441-8. Washington, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971190/>. Acessado em 03 de maio 2020.

YAKUBU I, SALISU WJ. **Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review.** *Reprod Health*.15(1):15. Luanda, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29374479/>. Acessado em 03 de maio 2020.

APÊNDICES A - Questionário (instrumento de pesquisa)

Versão completa acessível no endereço: <https://forms.gle/aWte3GLCckVuY2Su9>

QUESTIONÁRIO - GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

07/06/2020 18:53

QUESTIONÁRIO - GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

NUM ID

Sua resposta

Untitled Title

DATA DA ENTREVISTA

DD MM AAAA

/ / 2020

DATA DE NASCIMENTO

DD MM AAAA

/ / 2020

APÊNDICES B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Seu filho (a) ou responsável está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do projeto “PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE OS ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ/RO”. Neste estudo pretendemos descrever os principais fatores de risco para gravidez entre os adolescentes no município, caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes, caracterizar o comportamento sexual dos adolescentes, determinar a prevalência de gestação em adolescentes (independentemente do desfecho: aborto ou parto) e propor medidas para promoção e proteção da saúde destes adolescentes, incluindo os resultados e experiências da comunidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de que a gravidez precoce tem um efeito profundo na trajetória de vida dos adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de questionário através da técnica de entrevista, para os adolescentes (10 a 19 anos) de ambos os sexos que já tiveram filhos e para os que ainda não tiveram. Este estudo apresenta risco mínimo, entre os riscos inerentes à aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra do sigilo. Os benefícios incluem maior acesso à informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Rúbrica responsável_____

Rúbrica menor_____

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você, terão todas as páginas rubricadas por você e por mim, onde constam os meus contatos e o do CEP, e você poderá entrar em contato a qualquer momento.

Pesquisador: Mariana Marques Barison

Rua Mato Grosso, 3006, Bairro Dom Bosco

Cep: 76.907-810

Email: dramarianabarison@gmail.com

Contato: (069) 34210729

Comitê de ética em Pesquisa (CEP)

Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos,

Sala 216-2C Bairro: Zona Rural, Porto Velho - RO

Cep: 76.801-059

Email: cep@unir.br

Contato: (069) 21822116

Eu _____,
portador do RG/CPF _____ na qualidade de responsável do
menor _____, venho declarar que
autorizo o mesmo a participar do projeto de pesquisa em Saúde do Adolescente da Unidade
Básica de Saúde Dom Bosco, e responder o questionário sobre sua vida pessoal.

Assinatura Responsável

Assinatura Pesquisador

JI PARANÁ, ___ DE ___ DE ___

APÊNDICES C - Termo de assentimento (TA)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do projeto “PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ ENTRE OS ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ/RO”. Neste estudo pretendemos descrever os principais fatores de risco para gravidez entre os adolescentes do município, caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes, caracterizar o comportamento sexual dos adolescentes, determinar a prevalência de gestação em adolescentes (independentemente do desfecho: aborto ou parto) e propor medidas para promoção e proteção da saúde destes adolescentes, incluindo os resultados e experiências da comunidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de que a gravidez precoce tem um efeito profundo a trajetória de vida dos adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de questionário através da técnica de entrevista para os adolescentes (10 a 19 anos) de ambos os sexos que já tiveram filhos e para os que ainda não tiveram.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Os questionários terão uma identificação numérica para proteger a identidade do entrevistado. As informações da ficha de pesquisa não irão para o prontuário do participante. Este estudo apresenta risco mínimo, entre os riscos inerentes à aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra de sigilo.

Rúbrica menor _____

Rúbrica pesquisador _____

Os benefícios incluem maior acesso à informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado se a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você, terão todas as páginas rubricadas por você e por mim, onde constam os meus contatos e o do CEP, e você poderá entrar em contato a qualquer momento.

Pesquisador: Mariana Marques Barison

Rua Mato Grosso, 3006, Bairro Dom Bosco

Cep: 76.907-810

Email: dramarianabarison@gmail.com

Contato: (069) 34210729

Comitê de ética em Pesquisa (CEP)

Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C Bairro: Zona Rural, Porto Velho - RO

Cep: 76.801-059

Email: cep@unir.br

Contato: (069) 21822116

Eu _____ fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Rúbrica menor _____

Rúbrica pesquisador _____

Assinatura do menor

Assinatura do pesquisador

JI PARANÁ ___ DE ___ DE