



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



JOANA ELISABETH DE SOUSA MARTINS FREITAS

**FATORES SOCIAIS E DE SAÚDE RELACIONADOS À
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

**PARNAÍBA
2019**

JOANA ELISABETH DE SOUSA MARTINS FREITAS

**FATORES SOCIAIS E DE SAÚDE RELACIONADOS À
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marize Melo Dos Santos

PARNAÍBA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

F866f Freitas, Joana Elisabeth de Sousa Martins.
Fatores sociais e de saúde relacionados à gravidez na adolescência / Joana
Elisabeth de Sousa Martins Freitas. -- Teresina, 2019.
70 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Marize Melo Dos Santos.
Bibliografia

1. Saúde Pública. Gravidez - Fatores Sociais e de Saúde. Gravidez -
Adolescente. I. Título.

CDD 614.4

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

JOANA ELISABETH DE SOUSA MARTINS FREITAS

**FATORES SOCIAIS E DE SAÚDE RELACIONADOS À
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Defesa em: 31/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marize Melo Dos Santos - Orientadora
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso - 1º Examinador
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Fábio Solon Tajra - 2º Examinador
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira - Suplente
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Pedro, Anelis, Pedro Henrique e Dora Isabel por me motivarem a sonhar e a realizar. Assim como às adolescentes que participaram desse estudo e às que são expostas aos mais variados fatores de risco e que possam ser atendidas sempre em suas necessidades de vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pelas oportunidades concedidas e bênçãos recebidas que me permitiram chegar até aqui.

Aos meus pais, Geraldo Martins-Socorro Martins e Doralice Martins (*in memoriam*), pelo incentivo, orações, consolo, afeto e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu esposo Pedro Freitas por todo o amor, pelo apoio diário e confiança. Aos meus queridos filhos, Anelis, Pedro Henrique e Dora Isabel, razão maior do meu viver e que me motivam a buscar sempre o melhor para as nossas vidas.

Às famílias Sousa-Martins-Freitas, pela amizade, companheirismo, compreensão nos momentos de ausência, palavras de incentivo e momentos de distração. Por serem exemplo de determinação e superação.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marize Melo dos Santos, pela sua integridade e competência, por ter me escolhido como orientanda, pela demonstração de me ajudar a cumprir todas as etapas dessa dissertação, pela compreensão nos meus momentos mais difíceis, sempre conduzindo a orientação de maneira clara e produtiva.

Aos professores do Mestrado de Saúde da Família- PROFSAÚDE, pelos ensinamentos compartilhados, pela tolerância, pela disponibilidade na troca de experiências. Gratidão pelo aprendizado adquirido para a minha vida pessoal e profissional.

A todos os colegas que fazem a Unidade Básica de Saúde do Poty Velho, pelo carinho, pela valiosa contribuição disponibilizada para a elaboração e finalização desse estudo.

Às adolescentes, que gentilmente participaram da pesquisa, favorecendo a realização do trabalho.

Às Instituições, Fiocruz, Universidade Federal do Piauí, Campus Parnaíba e Fundação Municipal de Saúde, por terem contribuído com a realização desse trabalho.

Aos professores que participaram das bancas de qualificação e de defesa com sugestões que, com certeza, enriqueceram muito este trabalho: Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso, Prof. Dr. Fábio Solon Tajra e Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira.

O meu muito obrigada!

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Características socioeconômicas das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. | 29 |
| Tabela 2 - Memórias do comportamento de criação de mães e pais das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. | 30 |
| Tabela 3 – Capital social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. | 32 |
| Tabela 4 - Uso de tabaco e álcool e comportamento sexual das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. | 34 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1A- Distribuição dos tipos de vínculo parental em relação à mãe, conforme avaliações das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. 31
- Figura 1B- Distribuição dos tipos de vínculo parental em relação ao pai, conforme avaliações das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. 31
- Figura 2- Classificação do nível de acumulação de capital social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. 33
- Figura 3- Valores médios, mínimos e máximos do índice de vulnerabilidade social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019. 33

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AB | Atenção Básica |
| AIDS | Infecção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida |
| AUDIT | <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> , para identificação do consumo de álcool |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DOU | Diário Oficial da União |
| DP | Desvio Padrão |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMRS | Índice Mineiro de Responsabilidade Social |
| ICS | Índice de Capital Social |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissíveis |
| M | Média |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PBI | Parental Bonding Instrument- para verificação das memórias do comportamento de criação dos pais; |
| PNAISA | A Política Nacional de Atenção e Integração à Saúde dos Adolescentes e Jovens |
| QI-MCS | Questionnaire for the Measurement of Social Capital from the World Bank - short version, para medida do capital social. |
| SVI | Social Vulnerability Index , para medida da vulnerabilidade social. |
| TALE | Termo de Assentimento Livre e Esclarecido |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCUD | Termo de Compromisso de Utilização de Dados |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para Crianças |

RESUMO

INTRODUÇÃO: A adolescência compreende uma fase do ciclo vital que oferece ao indivíduo uma condição intrínseca de vulnerabilidade, necessitando, assim, de proteção e cuidados físicos, psíquicos e morais. **OBJETIVOS:** Analisar os fatores sociais e de saúde relacionados à gravidez, entre as adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas. **MÉTODO:** Delineamento transversal controlado e analítico, realizado em Unidades Básicas de Saúde em Teresina (PI). A amostragem foi probabilística aleatória, com subdivisão de grupos, correspondendo a 35 adolescentes primíparas, 35 adolescentes primigestas e 35 nuligestas. Para a coleta de dados, foram utilizados um formulário contendo variáveis sociodemográficas, econômicas, uso de fumo e álcool e comportamento sexual e os seguintes instrumentos de medida: Alcohol Use Disorder Identification Test, para identificação do consumo de álcool; Parental Bonding Instrument, para verificação das memórias do comportamento de criação dos pais; Questionnaire for the Measurement of Social Capital from the World Bank - short version, para medida do capital social; e Social Vulnerability Index, para medida da vulnerabilidade social das adolescentes. Os dados foram processados no *software* IBM® SPSS® e foram calculadas estatísticas descritivas e inferenciais. O estudo foi aprovado com parecer no. 2.883.285. **RESULTADOS:** Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de idade, que variou de 16,2 a 17,7 anos, e a escolaridade das adolescentes. Houve associação estatisticamente significativa para as variáveis, situação conjugal, ocupação, nível educacional da mãe e estrato socioeconômico. Primíparas 17 (42,5%) e primigestas 19 (47,5%) apresentaram maiores frequências de vivência com companheiro, sem ocupação ou em exercício de atividade sem qualificação foi mais prevalente nos grupos das primíparas 16 (45,7%) e primigestas 15 (42,9%); as frequências de mães com menor nível de escolaridade foi significativamente superior para as primíparas 16 (43,2%) e primigestas 15 (40,5%) e a maioria destas, pertencente aos estratos econômicos C, D ou E, com 31 (36,0%) e 32 (37,2%), respectivamente; as percepções das adolescentes quanto às memórias do comportamento de criação do pai, foram classificadas como vínculo negligente nos grupos das primíparas 20 (57,1%) e primigestas 20 (57,1%). E as nuligestas tiveram maiores frequências de controle sem afeto 10 (28,6%) e controle afetivo 11 (31,4%). Dentro de cada grupo, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios das dimensões do Capital social, sendo maior para informação e comunicação. Foi verificada associação significativa entre a presença de relações sexuais nos últimos 12 meses e a paridade, em que maiores frequências foram verificadas dentre as primíparas 24 (33,3%) e as primigestas 33 (45,8%). **CONCLUSÃO:** As nuligestas em relação às primigestas e primíparas, apresentaram melhores condições socioeconômicas; maior nível de percepção de afeto/cuidado dos pais com o vínculo controle sem afeto em relação à mãe e controle afetivo, em relação ao pai; maior acúmulo de capital social e menor nível de vulnerabilidade social. Em relação ao uso do tabaco e de álcool e comportamento sexual, não houve diferenças significativas entre os grupos. Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para a implementação de intervenções no enfrentamento da gravidez na adolescência, tanto na Estratégia Saúde da Família, como nas Escolas e possibilitem a agregação de novos elementos sobre a experiência da gravidez na adolescência à produção científica.

Palavras-chave: Saúde Pública. Fatores Sociais. Gravidez na Adolescência. Adolescente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Adolescence embraces a phase of life cycle which offers to the individual an intrinsic vulnerable condition, this way, needed of protection and physical, psychological and moral care. **OBJECTIVES:** Analyzing social and health factors related to the pregnancy during adolescence among primiparous, primigravidae and nulliparous adolescents. **METHOD:** Transverse controlled and analytical lineation carried out in basic health units in Teresina (PI). The sample was random probabilistic, with subdivision of groups corresponding to 35 primiparous, 35 primigravidae and 35 nulliparous adolescents. For data collect, form containing socio-demographic, economic variables, tobacco and alcohol use and sexual behavior and the following measurement instruments were used: Alcohol Use Disorder Identification Test, in order to identify alcohol consumption; Parental Bonding Instrument, in order to verify memories concerning to the parenting behavior; Questionnaire for the Measurement of Social Capital from the World Bank - short version, for measurement of social capital; and Social Vulnerability Index, for social vulnerability measurement of adolescents. Data were processed in IBM® SPSS® software and descriptive and inferential statistics were calculated. Authorized study with opinion n° 2,883,285. **RESULTS:** Statistically meaningful differences were found among the averages of age, ranging from 16.2 to 17.7 years old and the adolescents' schooling. There was a statistically meaningful association for the variables, marital status, occupation, mother's educational level and socioeconomic stratum. Primiparous 17 (42.5%) and primigravidae 19 (47.5%) had higher frequencies on living with a partner, without occupation or in labor of unqualified job, was more prevalent in the primiparous 16(45.7%) and primigravidae 15 (42.9%); the frequency of mothers with lower educational level was meaningly higher for primiparous 16 (43,2%) e primigravidae 15 (40,5%) and majority of them belonging to the economic stratum C, D or E, with 31 (36.0%) and 32 (37.2%) respectively; adolescents' perceptions regarding to the memories of the parenting behavior were classified as negligent in the primiparous 20 (57,1%) e primigravidae 20 (57,1%) groups. And nulliparous had higher frequencies of control without affection 10 (28,6%) and affective control 11 (31,4%). Within each group, statistically meaningful differences were verified among the average scores as for the dimensions of social capital, being greater for information and communication. There was a meaningful association between the presence of sexual intercourse in the last 12 months and parity in which higher frequencies were found out among primiparous 24 (33,3%) e primigravidae 33 (45,8%). **CONCLUSION:** Nulliparous have better socioeconomic conditions compared to the primigravidae and primiparous; higher perception level on affection / parental care about link control without affection towards the mother and affective control as for the father; greater social capital accumulation and lower social vulnerability level. Concerning tobacco and alcohol use and sexual behavior, there were no meaningful differences among groups. Results of the research are expected to may contribute to the implementation of interventions in coping with teenage pregnancy, both in the Family Health Strategy and in the Schools and make it possible the aggregation new elements about the experience of teenage pregnancy to scientific production.

Keywords: Public Health. Social Factors. Teenage Pregnancy. Adolescent.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 OBJETIVOS | 14 |
| 3.1 Objetivo geral | 14 |
| 3.2 Objetivos específicos | 14 |
| 4 REFERENCIAL TEORICO | 15 |
| 4.1 Contexto sociopolítico da gravidez na adolescência | 15 |
| 4.2 Saúde da adolescente na atenção básica de saúde | 16 |
| 4.3 Fatores relacionados à gravidez na adolescência | 18 |
| 5 METODOLOGIA | 22 |
| 5.1 Delineamento do estudo | 22 |
| 5.2 Local e período do estudo | 22 |
| 5.3 População e amostra | 22 |
| 5.4 Instrumento de coleta de dados | 23 |
| 5.5 Procedimentos para análise dos dados | 27 |
| 5.6 Operacionalização do estudo | 27 |
| 5.7 Aspectos éticos e legais | 27 |
| 6 RESULTADOS | 29 |
| 7 DISCUSSÃO | 36 |
| 8 CONCLUSÃO | 44 |
| REFERENCIA | 45 |
| APENDICE | 49 |
| ANEXO | 56 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um momento de grande transformação dos aspectos biopsicossociais com mudanças físicas, diferentes interações sociais e o despertar de novos interesses (OPAS, MS, 2017). Configura-se como um período de experimentação de valores, papéis sociais e identidade, além de evidenciar-se como uma fase evolutiva, única e exclusiva, sendo uma importante etapa para a formação de personalidades (SOBRAL, 2015).

Compreende uma fase do ciclo vital que oferece ao indivíduo uma condição intrínseca de vulnerabilidade, necessitando, assim, de proteção e cuidados físicos, psíquicos e morais (SOBRAL, 2015). Dessa forma, é pertinente investigar fatores sociais e de saúde na adolescência, em especial, no contexto da gravidez.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade. Enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Brasil, define como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (CEDECA, 2017).

Os adolescentes representam entre 20% e 30% da população mundial, estimando-se que no Brasil essa proporção alcance 23%. Dentre os agravos de saúde nessa faixa etária, a gravidez sobressai em quase todos os países e em especial, nos países em desenvolvimento (SBP, 2019).

Estudos apontam que a gravidez na adolescência apresenta aspectos psicológicos positivos, despertados na adolescente pela visão romântica da maternidade, pelo sentimento de alegria por estar grávida, pela visão da beleza de ser mãe e da crença de ser aquela uma relação duradoura de amor genuíno (SANTOS, 2010).

Mesmo assim, tradicionalmente, a ocorrência da gravidez na adolescência é enfocada como não planejada, indesejada e decorrente da utilização inadequada de métodos anticoncepcionais. Porém, estes aspectos nem sempre estão presentes e sinalizam que a análise da gravidez e da maternidade nessa faixa etária não pode ser desvinculada das motivações individuais, nem descontextualizada das condições sociais em que as adolescentes estão inseridas, considerando-se a influência de fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos implicados na escolha de ser mãe (BRASIL, 2017).

A gravidez na adolescência, hoje, constitui-se como uma questão polêmica por ligar aspectos relacionados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdades que estão presentes na vida social do país (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a gravidez pode ser tanto um fator agravante como uma consequência da vulnerabilidade social em que está envolvida a adolescente. A literatura tem evidenciado associações entre esse fenômeno e variáveis, como a desigualdade social e econômica, início precoce da vida sexual, história materna de gravidez na adolescência, pré-natal inadequado, não utilização ou utilização inconsistente de métodos contraceptivos e uso frequente de drogas ilícitas por familiares (MARTINEZ et al., 2011).

Apesar de atualmente mais informações estarem disponíveis sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais, as adolescentes continuam engravidando, levando a evasão escolar, com prejuízos para sua vida futura e a problemas familiares, sendo assim, surgiu o questionamento, como se apresentam os fatores sociais, incluindo os psicológicos, comportamentais, culturais, e de saúde, estabelecendo um comparativo às circunstâncias da adolescente que nunca engravidou (nuligesta), que se encontra na primeira gestação (primigesta) e após a primeira gestação (primípara)?

2 JUSTIFICATIVA

Baseado no que já foi apresentado na literatura e pela vivência de quase 30 anos desta mestranda na Atenção Básica (AB), na realização de ações de proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, cura e reabilitação da população assistida, em todos os ciclos de vida, o adolescente, em especial, causava maior preocupação por não se tratar de pessoa com prioridade no atendimento, por não ter um espaço e um horário designado para a consulta.

Havia certa dificuldade no início do exercício profissional em abordar a sexualidade, a prevenção de uma gravidez não planejada e de infecções sexualmente transmissíveis, sentia-se cada vez mais a necessidade de aprofundar os estudos sobre a temática, principalmente no contexto da gravidez na adolescência.

A princípio, a abordagem era realizada com foco na orientação sobre os métodos anticoncepcionais, tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS), como na Escola. No início do trabalho profissional, há 4 anos, em uma UBS vinculada ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), com mais espaço físico, com horário específico para o atendimento do adolescente, com uma abordagem multiprofissional, junto ao Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF), observava-se que outros fatores, tais como, aspectos sociais, culturais, as relações parentais, a vulnerabilidade de adolescentes, familiares e comunidade, poderiam ser determinantes e, portanto, abordados na prevenção da gravidez precoce.

Nesse sentido, esse estudo pode ajudar os gestores e profissionais da AB a entenderem as nuances da gestação na adolescência em seus aspectos sociais e de saúde, incluindo os psíquicos, econômicos e culturais para melhor enfrentar o problema a partir da utilização das informações obtidas e assim embasar a elaboração de intervenções e capacitação dos profissionais da atenção básica, podendo-se estender ao contexto escolar, apresentando a importância e os fatores que precisam ser trabalhados para guiar a assistência ao público-alvo.

Com base nas informações anteriores e na ocorrência de poucos estudos na literatura que estabeleçam um comparativo de variáveis sociais e de saúde entre a adolescente não gestante (nuligesta), primeira gestação (primigesta) e após a primeira gestação (primípara), esse estudo, pretendeu explorar esse comparativo de variáveis que somará informações relevantes à literatura preexistente e, dessa forma, espera-se preencher lacunas no conhecimento que, por ventura, existam.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores sociais e de saúde relacionados à gravidez na adolescência.

3.2 Objetivos específicos

- Relacionar as características socioeconômicas entre as adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas.
- Comparar a percepção das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas sobre o feto, controle e o tipo de vínculo com os pais.
- Comparar as dimensões que compõem o capital social e a vulnerabilidade social entre as adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas.
- Verificar o tabagismo e uso de álcool e o comportamento sexual (idade da primeira relação sexual, uso do preservativo, relação nos últimos 12 meses) entre as adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas.

4 REFERENCIAL TEMÁTICO

4.1 Contexto sociopolítico da gravidez na adolescência

A adolescência é uma fase de mudanças rápidas e profundas no ciclo de vida, sendo considerada uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. As inúmeras transformações tanto de cunho físico como psicológico podem se revelar nas mudanças biológicas, de aprendizagem, comportamentais, de descobertas, de interação, de socialização e de inúmeros processos (TABORDA, 2014).

As modificações orgânicas caracterizam a chamada puberdade que é marcada nas meninas pelo desenvolvimento das glândulas mamárias; aumento dos quadris; aparecimento de pelos na região pubiana; e o surgimento da primeira menstruação, a menarca. Ao passo que nos meninos pode ocorrer modificação no timbre da voz; aumento da largura dos ombros; aparecimento de pelos no rosto, axilas e região pubiana; crescimento do pênis e testículos; e o surgimento da primeira ejaculação. Marca, organicamente, o início da preparação do sujeito para a procriação, cuja idade de início varia em função do sexo: nas meninas, entre os 10 e os 13 anos e nos meninos, ocorre em torno dos 12 aos 14 anos (AMARAL, 2007).

A sexualidade manifesta-se no ser humano como um fenômeno biológico, psicológico e social que influencia o seu modo de estar, compreender e viver o mundo como ser sexuado: homem e mulher. É um fenômeno plural que não é e nem está dado apenas pela natureza. Os comportamentos e as práticas sexuais, os sentimentos e os desejos estão inseridos e são influenciados pela forma como as sociedades se organizam e pelas relações estabelecidas entre as pessoas que dela fazem parte (BRASIL, 2016).

A maneira como os e as adolescentes vão expressá-la e vivê-la é influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações, emocional e afetiva, que viveram com as pessoas significativas na infância e na sua vivência atual; relações com seus grupos de pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, crenças, normas morais e tradições da família e da sociedade na qual eles e elas estão inseridos(as) (BRASIL, 2016).

As vulnerabilidades sociais e de saúde dos adolescentes estão aumentando as preocupações com a saúde pública em todo o mundo, uma vez que os adolescentes vulneráveis têm dificuldades em manter seu bem-estar físico e psicossocial. Adolescentes de ambientes econômicos pobres são mais vulneráveis devido à falta de condições básicas e orientação dos pais (ADHIKARI, 2016).

Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelece que é direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. E no seu Art. 53 a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. (CEDECA, 2017)

Em 2015, 18% dos brasileiros nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. Quanto à distribuição demográfica, a região com maior número de mães adolescentes é a região Nordeste, concentrando 180 mil nascidos ou 32% do total. Segue-se a região Sudeste, com 179,2 mil (32%), a região Norte com 81,4 mil (14%), a região Sul (62.475 – 11%) e a Centro Oeste (43.342 – 8%) (SBP, 2019).

Roza, 2010, evidenciou uma relação entre a responsabilidade social na gestão pública, mensurada pelo Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), e a redução das taxas de gravidez na adolescência. Este achado contribui para o consenso que a gravidez na adolescência não pode ser estudada sem considerar o contexto geográfico e socioeconômico em que essas jovens estão inseridas, de forma que, em uma dimensão maior, investimentos públicos que permitam o acesso da população a múltiplos setores, como educação, meio ambiente, cultura e lazer, devem sempre ser compreendidos como essenciais para a promoção da saúde.

4.2 Saúde da adolescente na atenção básica (AB)

As ações de saúde na atenção básica realizadas por profissionais de saúde devem, em especial, interferir nos modos e estilos de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades, contribuindo para a melhoria das condições gerais de saúde e cidadania e, dessa maneira, melhorando a vida de todos. Essa articulação com base na integralidade, exige investimentos que se desdobram em ações e deve envolver as mais diversas instituições sociais, governamentais ou não, em especial escolas, clubes, associações e outros (BRASIL, 2017).

A gravidez na adolescência coexiste com potenciais riscos sociais à saúde da adolescente, sendo de grande importância uma rede de assistência que insira os jovens nas suas ações de promoção de saúde, especialmente na discussão e divulgação de informações sobre planejamento familiar (SANTOS, 2016).

E para isso, nada como a Estratégia Saúde da Família que visa atender a essas adolescentes nos seus territórios, nos locais de convivência e na escola, estimulando sua participação ativa, discutindo projeto de vida e facilitando o acesso às informações e aos métodos contraceptivos, contribuindo na prevenção das gestações não planejadas. Conhecer as particularidades e trabalhar a gestação na adolescência para além do biológico, com humanização e sem julgamentos deve fazer parte da abordagem dos profissionais nos serviços. Dentre as ações necessárias estão a orientação sobre a sexualidade, o estímulo à permanência na escola e a participação social dos adolescentes. O trabalho com adolescentes, companheiros e família deve incluir a promoção de saúde e a prevenção de gestações não planejadas, a atenção integral no pré-natal e estímulo à construção de vínculos com o recém-nascido, considerando que o perfil sociodemográfico caracteriza esse segmento como um grupo vulnerável (FOSSA et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção e Integração à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISA) aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, 2007, reforça o papel da AB para realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas, garantir a atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das IST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos respeitando os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens na AB deve acontecer a partir do acolhimento, onde todos possam ser ouvidos com atenção, recebam informações, atendimento e encaminhamentos adequados. O acesso aos preservativos e ao teste de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de anticoncepção, de prevenção de IST/HIV/Aids e acesso ao pré-natal, reforçadas pelas ações educativas que devem ser completas e precisas (BRASIL, 2013).

Para compreender o fenômeno da gravidez na adolescência é fundamental considerar um conjunto de fatores causais. Estes apontam para a necessidade de que, na atenção integral e no cuidado à saúde desse segmento populacional, haja a integração das políticas de saúde e de outras políticas sociais que considerem: os padrões de conduta e de valores sociais historicamente construídos, as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos, entre outras questões, que influenciam nas diferenças de expectativas e de papéis sociais de adolescentes e conseqüentemente em suas trajetórias de vida e de tomada de suas decisões (BRASIL, 2010).

4.3 Fatores relacionados à gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência representa sérias complicações biológicas e familiares, psicológicas e econômicas, desviando o objetivo de vida para o futuro, impedindo o desenvolvimento pessoal da adolescente que engravida, sendo que, tal acontecimento pode originar danos sociais como a cessação de estudos, dificuldade para introduzir-se no mercado de trabalho, desordens e desajustes familiares, além de perda da identidade (OYAMADA et al., 2014).

Uma diversidade de fatores concorre para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos é apontada como o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, incluindo o uso inadequado de contraceptivos, como métodos de barreira e preservativos (SBP, 2019).

Muitos adolescentes sofrem com dificuldades socioeconômicas da família, incluindo baixa escolaridade dos pais, baixo status social, separação na família, além de morte e pobreza, todos esses considerados fatores de risco conhecidos para a saúde mental, comportamentos de risco e dificuldades dos escolares (BAUMANN et al., 2013).

A família é definida como núcleo primário de proteção, afeto e socialização para a criança e adolescente. Entre as condições e eventos que mais auxiliam ou perturbam esses indivíduos atualmente estão as questões familiares: acordo e desacordo no lar, problemas de disciplina, autoridade e ajuda em momentos de crise. Quando os pais entendem esta função (que é ao mesmo tempo de controle e regulação social, de segurança e de proteção) e sua importância na vida de seus filhos, possibilitam a eles identificar e compreender o poder que têm, de modo a construir sua autonomia e assumir diferentes responsabilidades na vida (PEREIRA, 2010).

O estudo realizado por Faria; Ponciano (2018) com adolescentes grávidas, ressaltou a importância da qualidade positiva da relação pais e filhas e a reedição da base segura, que pode ter sido construída na infância e continua necessária na adolescência. Dessa forma, a filha pode considerar os pais uma base de apoio, para que possa experimentar mais autonomia e mais independência de forma segura. Esse vínculo seguro na adolescência permite que o (a) adolescente viva suas primeiras experiências de conquistas e de fracassos, podendo contar com os pais como auxiliares na regulação das experiências emocionais negativas e como reforçadores nas experiências emocionais positivas, o que configura um ambiente familiar facilitador para o desenvolvimento emocional.

Nesse contexto, Teodoro et al., (2010) utilizaram o *Parental Bonding Instrument* que avalia dois componentes associados à percepção da relação com os pais, de crianças e adolescentes, como o cuidado, representando percepções de carinho e proximidade; e Superproteção/Controle, que representam percepções de proteção excessiva, vigilância e infantilização. A avaliação dessas dimensões identifica o vínculo parental, como, negligência, controle sem afeto, controle afetivo e cuidado ótimo. Foram analisados os principais resultados encontrados em relação às percepções maternas e paternas de uma amostra de adultos jovens da região metropolitana de Porto Alegre, identificando-se a associação da qualidade do vínculo parental com as características de afetividade e conflito no sistema familiar.

No campo das relações sociais, o capital social configura-se um importante preditor dos desfechos em saúde. O capital social pode ser definido como "características das organizações sociais tais como confiança, normas e redes sociais que facilitam as ações coordenadas e geram benefícios", podendo ser acessado por meio das relações sociais. O seu estudo permite um entendimento mais aprofundado das relações da saúde da população com as particularidades do indivíduo, sua capacidade de enfrentar os desafios ambientais e a dinâmica social da comunidade na qual ele está inserido (GROOTAERT et al., 2004).

Uma discussão que permeia o capital social é a oposição individual-coletivo, no que diz respeito à sua mensuração. Aqueles que o consideram um atributo do indivíduo, utilizam o nível de análise individual. Nele, cada pessoa é tratada como uma unidade de análise, e índices pessoais de capital social são construídos e analisados, considerando-se seus comportamentos, percepções e atitudes em meio a um grupo social ou vizinhança (VILLALONGA-OLIVES; KAWACHI, 2015).

As investigações sobre as relações entre o capital social e a saúde iniciaram-se ao final do século passado, com o estudo do seu papel na mortalidade. Desde então, algumas pesquisas têm oferecido evidências da sua relação com as condições de saúde, mas aquelas voltadas especificamente para as relações com a incapacidade funcional, ainda são escassas (CAMPOS et al., 2015; PAIVA et al., 2014; VILLALONGA-OLIVES; KAWACHI, 2015; VILLALONGA-OLIVES et al., 2016). Essa investigação torna-se, por conseguinte, importante porque o conhecimento dos seus determinantes pode reduzir os aspectos negativos das limitações ou dependências, como gastos e sobrecarga sobre o sistema de saúde e também sobre a comunidade e a própria adolescente.

O termo vulnerabilidade é definido como um conjunto de fatores de natureza epidemiológica, social, cultural e biológica que interage na redução ou ampliação de riscos e é

determinada por uma série de circunstâncias que podem ser ordenadas em três componentes interligados: individual, cujos aspectos dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento do indivíduo a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; programático ou institucional, diz respeito às ações comandadas pelo poder público, pela iniciativa privada e pelas agências da sociedade civil, no sentido de diminuir as chances de ocorrência do agravo; e social, um conjunto de aspectos sociais que dizem respeito à estrutura disponível de acesso às informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão e outros (BOLSI, 2013).

A vulnerabilidade reside não no indivíduo, mas na falta ou na não-condição de acesso a bens materiais e bens de serviço que possam suprir aquilo que pode torná-lo vulnerável. Evidencia-se, a partir desses aspectos, um deslocamento na atribuição da condição de vulnerabilidade, que já não se constitui como característica própria do indivíduo, mas como resultado da combinação de determinados arranjos sociais e políticos que vão incidir sobre os sujeitos (REIS, 2014).

Paralelamente, as crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social são aquelas que vivem negativamente as consequências das desigualdades sociais; da pobreza e da exclusão social; da falta de vínculos afetivos na família e nos demais espaços de socialização; da passagem abrupta da infância à vida adulta; da falta de acesso à educação, trabalho, saúde, lazer, alimentação e cultura; da falta de recursos materiais mínimos para sobrevivência; da inserção precoce no mundo do trabalho; da falta de perspectivas de entrada no mercado formal de trabalho; da entrada em trabalhos desqualificados; da exploração do trabalho infantil; da falta de perspectivas profissionais e projetos para o futuro; do alto índice de reprovação e/ou evasão escolar; da oferta de integração ao consumo de drogas e de bens, ao uso de armas, ao tráfico de drogas (PEREIRA, 2010).

Em relação à exposição ao álcool, Moutinho (2018) no seu estudo, alertou para a importância das primeiras experiências de consumo e para o papel que o álcool tem na interação social o que muitas vezes permite que essa substância assuma padrões de consumo prejudiciais para a saúde. Mostrou também a maior vulnerabilidade feminina para o consumo da referida substância e a importância de fatores pessoais como o sentido de coerência na prevenção de comportamentos que coloquem a saúde em risco.

A vivência da sexualidade durante a adolescência é considerada um aspecto normativo dessa fase marcada pela influência de aspectos biológicos, familiares e culturais que vão constituir a identidade sexual e o padrão de comportamento sexual do adolescente. Entretanto

muitos adolescentes podem não possuir conhecimentos adequados e habilidades para a implementação de um comportamento sexual seguro podendo levá-los a engajar-se em comportamentos sexuais que gerem risco à sua saúde. Esses comportamentos, considerados de risco, podem levar o adolescente a ter uma gravidez indesejada ou a adquirir uma doença sexualmente transmissível (BATISTA, 2014).

Em relação à prevenção da gravidez na adolescência, um dos mais importantes fatores de prevenção é a educação, fato indubitável para a saúde plena, tanto individual quanto coletiva. Nesse sentido, é importante considerar a educação abordando sexualidade e saúde reprodutiva, tanto no meio familiar quanto na escola, com abordagem científica, e nos programas de promoção à saúde. Não apenas quanto aos eventos biológicos, mas em relação ao convívio de respeito entre meninos e meninas, atividades sexuais com responsabilidade e proteção - métodos contraceptivos - principalmente durante a adolescência (UNFPA, 2013).

A Lei 7398/2019, que acrescenta o artigo 8ºA ao ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana de Prevenção de Gravidez na Adolescência é mais uma das ações preventivas de gravidez inesperada, visando a proteção da vida da jovem adolescente. Essas iniciativas ocorrerão anualmente, na primeira semana de fevereiro e serão de responsabilidade do poder público em conjunto com a sociedade civil (SBP, 2019).

O trabalho com adolescentes, companheiros e família deve incluir a promoção de saúde e a prevenção de gestações não planejadas, a atenção integral no pré-natal e estímulo à construção de vínculos com o recém-nascido, considerando que o perfil sociodemográfico caracteriza esse segmento como um grupo vulnerável (FOSSA et al., 2015).

Assim, percebe-se que é necessário desenvolver programas em educação para a saúde que não sejam apenas ocasionais curativos e preventivos, que não só informem pais e filhos, mas também os formem e os eduquem, e que abordem, além da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor humano, as vivências emocionais, sociais e culturais das pessoas. (TABORDA, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal controlado e analítico. Os estudos transversais são utilizados para examinar elementos em um único momento do tempo e fornecem características importantes sobre a totalidade do processo, mesmo que os sujeitos envolvidos não sejam monitorados em todo o processo. A abordagem analítica abrange a exploração estatística das variáveis, estendendo-se a procedimentos bivariados e multivariados para a demonstração de relacionamentos entre as características dos participantes do estudo. O termo “controlado” provém da formação de grupos de análise, precedente ao desenvolvimento da pesquisa (SETIA, 2016; SÜT, 2014).

5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona norte do município de Teresina (PI). A escolha dessas unidades se deu pela grande quantidade de adolescentes cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde da família, bem como melhor disponibilidade para operacionalização do estudo. A pesquisa foi desenvolvida no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.

5.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu mulheres adolescentes em área de abrangência da ESF, correspondendo a aproximadamente 4.860 adolescentes. Compuseram a amostra aquelas que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: ter idade de 12 a 19 anos, atendendo à faixa etária recomendada para preenchimento dos instrumentos de medida, estar regularmente cadastrada e ser acompanhada por equipe de unidade de saúde da zona norte do município.

Para atender aos objetivos do estudo, foram definidos três grupos: as primíparas, mulheres que já deram à luz apenas uma vez; primigestas, as grávidas de primeira vez e nuligestas, as que não têm relato de gravidez.

Critérios específicos de elegibilidade foram definidos para os grupos: (1) adolescentes primíparas: apresentarem, no mínimo, o intervalo de seis meses após o parto; (2) adolescentes

primigestas: estar em acompanhamento na respectiva unidade de saúde e ter realizado, no mínimo, uma consulta pré-natal; (3) adolescentes nuligestas: ter realizado, pelo menos, uma consulta de rotina no último ano. Foi critério de inelegibilidade apresentar limitação para comunicação verbal, deficiência auditiva e alguma incapacidade cognitiva ou mental que impedisse o preenchimento dos instrumentos.

Para o cálculo do tamanho da amostra mínima necessária para o estudo, foi utilizada a fórmula para comparação de grupos segundo variáveis qualitativas em amostras não pareadas (MIOT, 2011):

$$n = \frac{(p_1 \cdot (1-p_1) + p_2 \cdot (1-p_2)) \cdot (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

onde n é o tamanho da amostra, p_1 e p_2 são as proporções nos grupos de investigação (adolescentes primíparas e primigestas) e controles (adolescentes nuligestas), nesta ordem; $Z_{\alpha/2}$ compreende o valor do erro α : 1,96 (5%) e Z_{β} o valor do erro β : 0,84 (20%). Assim, considerando-se uma prevalência média de 19,65% de vulnerabilidades sociais e de saúde em adolescentes, conforme literatura (CUNHA et al., 2017; ZARZAR et al., 2012), e adotando-se 50% para o grupo de adolescentes primíparas e primigestas, para efeito de maximização da amostra, com intervalo de confiança de 95%, a amostra mínima foi de 35 participantes por grupo, totalizando 105 adolescentes.

A amostragem foi não probabilística, do tipo por conveniência. Para localização das participantes, foi realizada busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, para agendamento de contato por meio do fluxo de atendimento nas respectivas unidades de saúde ou visita domiciliar. Repetiu-se o procedimento até completar o tamanho mínimo da amostra.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados formulários de caracterização (APÊNDICE A) e os seguintes instrumentos de medida: *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, para identificação do consumo de álcool (ANEXO A); *Questionnaire for the Measurement of Social Capital (QI-MCS)* from the World Bank - short version, para medida do capital social (ANEXO B); *Parental Bonding Instrument (PBI)*, para verificação das memórias do comportamento de criação dos pais (ANEXO C); e *Social Vulnerability Index (SVI)*, para medida da vulnerabilidade social das adolescentes (ANEXO D).

A variável dependente foi definida como a paridade das adolescentes (primíparas, pímigestas e nuligestas), correspondendo aos grupos de interesse do estudo. As variáveis independentes subdividiram-se em fatores sociais (características socioeconômicas, memórias do comportamento de criação dos pais, capital social e vulnerabilidade social) e fatores de saúde (estilo de vida e saúde sexual).

O formulário de caracterização continha as variáveis socioeconômicas (idade, estado civil, ocupação, escolaridade, tipo de escola em que estuda ou estudou, número de membros da família, formação educacional da mãe e do pai e estrato socioeconômico), estilo de vida (hábitos tabagistas e etilistas) e saúde sexual (idade da primeira relação sexual, uso do preservativo na primeira relação sexual e nas demais, relação sexual nos últimos 12 meses).

O AUDIT é um instrumento que se configura na atualidade, para identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool da população em geral (SANTOS et. al, 2012). É composto por 10 itens, sendo oito medidos em escala ordinal variando de 0 (nunca) a 4 pontos (com grande frequência) e dois medidos em escala ordinal de 0 (não) a 2 (sim, aconteceu nos últimos 12 meses). O escore final é obtido a partir do somatório dos itens e pode variar de zero a 40 pontos. Os indivíduos podem ser classificados em: provável dependência (20 ou mais pontos), uso nocivo ou consumo de alto risco (16 a 19 pontos), consumo de risco (8 a 15 pontos) ou consumo de baixo risco ou abstêmios (0 a 7 pontos).

Para a medida do capital social, será utilizada a versão curta do QI-MCS do Banco Mundial. Este instrumento objetiva contribuir para novos avanços, provendo conjunto de ferramentas empíricas para medir capital social, com foco em aplicações nos países em desenvolvimento (CAMPOS et al., 2015; GROOTAERT et al., 2004). O instrumento é composto por 27 questões e seis dimensões.

A dimensão “grupos e redes” é mais comumente associada ao capital social e descreve a natureza, extensão e diversidade da participação de um membro de um agregado familiar em vários tipos de organizações sociais e redes informais. A dimensão “confiança e solidariedade” tenta encontrar dados sobre a confiança em vizinhos, prestadores de serviços e estranhos, e como essas percepções afetam o indivíduo com o tempo. “Ação coletiva e cooperação” investiga como o indivíduo tem trabalhado em projetos comunitários coletivos. “Informação e comunicação” está relacionada aos meios pelos quais as famílias recebem informações sobre condições de mercado e serviços públicos, bem como acesso infraestruturas de comunicação. “Coesão e Inclusão social” busca identificar a natureza e tamanho das diferenças existentes dentro da comunidade. Por fim, “capacitação e ação

política” verifica sentimentos de felicidade, eficácia pessoal e a capacidade de influenciar eventos locais e ações políticas mais amplas (GROOTAERT et al., 2004).

Para respaldar a análise quantitativa da variável qualitativa capital social, combinou-se a metodologia do QI-MCS, de Gootaert et al. (2004), à metodologia desenvolvida por Barreto (2004), que sugere encontrar um índice para cada dimensão de capital social pesquisada numa determinada localidade. Para a construção e composição do ICS, cada indicador foi convertido em escores. Receberam valor 0(zero) as questões respondidas de forma negativa; foi atribuído o valor 1(um) para as respostas de nível intermediário; e valor 2(dois) para as respostas positivas.

No questionário, existem itens com nível de resposta qualitativa (nominal e ordinal) e itens em escala do tipo Likert. Para as respostas dicotômicas (nominais): o “sim” recebeu pontuação 2(dois); o “não” na questão principal, porém, com respostas positivas nas questões subordinadas recebeu 1(um); e o “não” na questão principal com respostas também negativas nas questões subordinadas recebeu pontuação 0 (zero).

Os itens avaliados de forma qualitativa ordinal foram organizados para que os menores valores indicassem melhores respostas positivas e os maiores valores indicassem piores respostas negativas. Foram considerados os tercis de distribuição dos valores associados ao aspecto qualitativo para dividir as respostas positivas (pontuação 2), as intermediárias (pontuação 1) e as negativas (pontuação 0).

As questões respondidas em escala do tipo Likert foram de três ou quatro pontos (em ordem crescente de positividade). Para as de três pontos, a resposta 1(um) teve valor 0(zero), resposta 2(dois) teve valor 1 (um) e resposta 3 (três) teve valor 2 (dois). Para as de quatro pontos, respostas de nível um ou dois apresentaram valor 0(zero), de nível três tiveram valor 1(um) e de nível quatro receberam valor 2 (dois).

O ICS foi calculado por dimensão e, por fim, foi gerado o índice total. Foram considerados para o cálculo do Índice de Capital Social por dimensão (ICSd): o somatório dos escores alcançados nos indicadores por cada participante em determinada dimensão (E) e o somatório dos escores máximos possíveis para os indicadores desta dimensão (Emáx). O cálculo é representado pela fórmula: $ICSd = \frac{\sum E}{\sum máx}$.

O Índice de Capital Social total, considerando-se as seis dimensões do questionário, foi calculado por meio da média aritmética das medidas das seis dimensões. O resultado do cálculo pode variar de 0(zero) a 1(um), também expresso por 0% a 100%. A classificação do índice atendeu à categorização proposta por Khan e Silva (2002), que determina três níveis de

capital social: baixo nível de acumulação de capital social ($0 < ICS \leq 0,5$ ou $0\% < ICS \leq 50\%$); médio nível de acumulação de capital social ($0,5 < ICS \leq 0,8$ ou $50\% < ICS \leq 80\%$); e alto nível de acumulação de capital social ($0,8 < ICS \leq 1,0$ ou $80\% < ICS \leq 100\%$).

O questionário PBI mede a contribuição dos comportamentos dos pais no desenvolvimento de seus filhos. Foi elaborado baseado em análises fatoriais de 114 itens sobre qualidades parentais destacados da literatura e é constituído por 25 itens que compõem as escalas que avaliam Afeto/Cuidado (12 itens) e Superproteção/Controle (13 itens). O participante deve eleger qual alternativa que melhor descreve sua relação com cada um dos pais separadamente mediante escala Likert que varia de zero a três pontos. Deste modo, a pontuação máxima é de 36 e 39 pontos na escala de Afeto/Cuidado e de Superproteção/Controle, respectivamente.

Assim, um escore alto na escala Afeto/Cuidado indica uma percepção de carinho e proximidade, enquanto que altos escores na escala de Superproteção/Controle representam percepção de excessiva proteção, vigilância e a presença de infantilização. Os pontos de corte do estudo original se apresentam, para as mães, na escala do afeto em 27,0, e na escala de proteção 13,5. Para os pais, os pontos de corte são 24,0 na escala de afeto e 12,5 na escala de proteção. No instrumento, também são contemplados quatro tipos de vínculos: Cuidado Ótimo (controle baixo/afeto alto), Controle Afetivo (afeto alto/controle alto), Controle sem Afeto (controle alto/afeto baixo) e Negligente (afeto baixo/controle baixo).

Para medida da vulnerabilidade social, neste estudo, foi utilizada a versão adaptada transculturalmente para o português brasileiro da SVI (ANDREW et al., 2008; BUNT et al., 2017). Composto por 32 itens, o SVI contém variáveis de autorrelato relativas a fatores que influenciam e descrevem as circunstâncias sociais de um indivíduo. Esses fatores foram baseados em estudos anteriores que sugeriram que os mesmos são relevantes (por exemplo, apoio social, engajamento social, senso de domínio/controle sobre as circunstâncias de vida). Como parte de uma descrição holística da situação de vulnerabilidade social, status socioeconômico (por exemplo, adequação da renda, propriedade da casa - abordando tanto a riqueza quanto a segurança da moradia - e o nível educacional) também foram incluídos, visto que esses fatores também influenciam a vulnerabilidade com o potencial de afetar seu estado de saúde. Os itens são medidos em escala ordinal, com pontuações que variam de (0) presença de fator relevante para as circunstâncias sociais a (1) maior ausência do respectivo fator. O escore final é obtido a partir do somatório dos itens e o escore final pode variar de zero a 32 pontos. Quanto maior o escore, maior o nível de vulnerabilidade social do indivíduo (ANDREW et al., 2008; BUNT et al., 2017).

5.5 Procedimentos para análise dos dados

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do *Microsoft Excel*®, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no *software IBM*® *SPSS*®, versão 23.0, e foram calculadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as qualitativas).

Na análise inferencial, para as variáveis independentes quantitativas, a normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk e foram realizados o teste ANOVA One-way e teste de Kruskal-Wallis. Para as variáveis independentes qualitativas, foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

5.6 Operacionalização do estudo

Foi realizado levantamento das adolescentes cadastradas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) da zona Norte de Teresina, assim como tomou-se conhecimento dos dias que mais são consultadas. Para a aplicação do questionário, as adolescentes e, quando necessário, seus respectivos responsáveis, foram esclarecidos sobre os objetivos e método desta pesquisa. Após concordância, os instrumentos foram preenchidos de forma individual, em sala reservada, garantindo a privacidade e sigilo das informações.

5.7 Aspectos éticos e legais

O estudo foi autorizado pela Fundação Municipal de Saúde para desenvolvimento do estudo nas unidades básicas de saúde (ANEXO E). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, atendendo às normatizações estabelecidas pela resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos (ANEXO F). Parecer consubstanciado no. 2.883.285, em anexo.

Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Para as menores de idade, foi apresentado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE foi assinado pelo responsável ou representante legal. Diante do contato com dados de prontuário para operacionalização da

amostragem e conferência de características das adolescentes, foi apresentado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Dentre os riscos do estudo, destacaram-se a possibilidade de “constrangimento”, por trabalhar-se características pessoais e temática social e estigmatizante, além de “fadiga” ou “cansaço”, devido ao tempo para preenchimento dos instrumentos da pesquisa. Para contornar esses riscos, a equipe foi formada por profissionais capacitados para atender e intervir caso fossem apresentados, contando com o apoio, ainda, de profissional psicólogo do núcleo de apoio à saúde da família para auxiliar em qualquer situação desfavorável.

Como benefícios, as informações obtidas aprimorarão os conhecimentos preexistentes e poderão embasar ações educativas desenvolvidas por profissionais de saúde no âmbito da atenção básica. Será possível, também, direcionar ações de prevenção relacionadas ao comportamento de risco sexual da população-alvo.

6 RESULTADOS

Os resultados apresentados, procederam da pesquisa realizada com 105 adolescentes, sendo que, 35 primíparas, 35 primigestas e 35 nuligestas, atendidas na Estratégia Saúde da Família, na zona norte de Teresina, PI.

As tabelas e figuras mostram a distribuição dessa amostra de acordo com as características socioeconômicas, as memórias do comportamento de criação de mães e pais, com os seus tipos de vínculo parental, a classificação do nível de acumulação de capital social, o consumo de tabaco e álcool e o comportamento sexual.

A tabela 1, a seguir, apresenta as características socioeconômicas das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas.

Tabela 1 - Características socioeconômicas das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019.

| Variável | Primíparas | | Primigestas | | Nuligestas | | P |
|---------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|------------------------------|
| | M (DP) | n (%) | M (DP) | n (%) | M (DP) | n (%) | |
| Idade (anos) | 17,6 (1,5) | | 17,7 (1,9) | | 16,2 (2,2) | | 0,005^k |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Com companheiro | | 17 (42,5) | | 19 (47,5) | | 4 (10,0) | <0,001^q |
| Sem companheiro | | 18 (27,7) | | 16 (24,6) | | 31 (47,7) | |
| Ocupação | | | | | | | |
| Sem ocupação/sem qualificação | | 16 (45,7) | | 15 (42,9) | | 4 (11,4) | 0,003^q |
| Estudante | | 19 (27,1) | | 20 (28,6) | | 31 (44,3) | |
| Escolaridade (anos) | 12,2(2,1) | | 11,5(2,5) | | 10,4(2,3) | | 0,007^a |
| Tipo de escola | | | | | | | * |
| Pública | | 33 (32,0) | | 35 (34,0) | | 35 (34,0) | |
| Mista (pública/privada) | | 2 (100,0) | | - | | - | |
| Nº membros da família | 5,4 (2,0) | | 4,5 (1,9) | | 5,5 (2,5) | | 0,088 ^a |
| Nível educacional da mãe | | | | | | | |
| Até fundamental incompleto | | 16 (43,2) | | 15 (40,5) | | 6 (16,2) | 0,022^q |
| Fundamental completo ou maior | | 19 (27,9) | | 20 (29,4) | | 29 (42,6) | |
| Nível educacional do pai | | | | | | | |
| Até fundamental incompleto | | 22 (38,6) | | 21 (36,8) | | 14 (24,6) | 0,112 ^q |
| Fundamental completo ou maior | | 13 (27,1) | | 14 (29,2) | | 21 (43,8) | |
| Estrato socioeconômico | | | | | | | |
| C, D ou E | | 31 (36,0) | | 32 (37,2) | | 23 (26,7) | 0,009^q |
| A ou B | | 4 (21,1) | | 3 (15,7) | | 12 (63,2) | |

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; p: nível de significância do teste; a: ANOVA One-way; k: Kruskal-Wallis; q: Qui-quadrado de Pearson; *: não atendeu a pressupostos de testes

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de idade ($p=0,005$) e escolaridade das adolescentes ($p=0,007$), conforme os grupos. As primíparas e primigestas diferiram em 1,4 e 1,5 anos a mais na média, respectivamente, em relação às nuligestas. Quanto à escolaridade, esses grupos também obtiveram médias que superaram as nuligestas em 1,8 e 1,1 anos de estudo, nesta ordem. Não houve diferença quanto ao número de membros da família ($p=0,088$) (tabela 1).

As variáveis situação conjugal ($p<0,001$), ocupação ($p=0,003$), nível educacional da mãe ($p=0,022$) e estrato socioeconômico ($p=0,009$) foram significativamente associadas à paridade das adolescentes. Primíparas 17 (42,5%) e primigestas 19 (47,5%) apresentaram maiores frequências de vivência com companheiro em comparação às nuligestas 4 (10,0%). Adolescentes sem ocupação ou em exercício de atividade sem qualificação foram mais prevalentes dentre as primíparas 16 (45,7%) e primigestas 15 (42,9%). A frequência de mães com nível de escolaridade até o fundamental incompleto foi significativamente superior para as adolescentes primíparas 16 (43,2%) e primigestas 15 (40,5%), assim como esses grupos apresentaram maior prevalência dos estratos socioeconômicos C, D ou E, com 31 (36,0%) e 32 (37,2%), respectivamente, em comparação a 23 (26,7%) dentre as nuligestas (tabela 1).

Tabela 2 - Memórias do comportamento de criação de mães e pais das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019

| Dimensão | Primíparas | Primigestas | Nuligestas | P |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| Mãe | | | | |
| Afeto e cuidado | 16,0 (7,7) | 18,5 (6,5) | 19,4 (7,3) | 0,125 |
| Superproteção e controle | 13,4 (7,2) | 14,3 (6,7) | 15,8 (7,6) | 0,373 |
| Pai | | | | |
| Afeto e cuidado | 10,7 (10,4) | 10,2 (10,0) | 16,5 (10,7) | 0,020 |
| Superproteção e controle | 8,5 (8,2) | 8,8 (8,2) | 15,5 (10,6) | 0,002 |

Legenda: p: significância do teste ANOVA One-way

Na tabela 2, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas escalas de afeto e cuidado ($p=0,125$) e superproteção e controle ($p=0,373$) para as mães das adolescentes. Porém, os níveis médios de afeto e cuidado foram menores para primíparas e primigestas, com diferenças de 3,4 e 0,9 pontos, nesta ordem, em comparação às nuligestas. As médias de superproteção e controle também foram menores para esses grupos, em 2,4 e 1,5 unidades, em relação às nuligestas. Em todos os grupos, afeto e cuidado obtiveram valores

abaixo do ponto de corte (27 pontos) para as mães. Para superproteção e controle, apenas as primíparas avaliaram abaixo do ponto de corte (13,5 pontos).

Para os pais, houve diferença significativa em ambas as escalas. Os níveis de afeto e cuidado foram superiores para as adolescentes nuligestas, com diferença de 6,3 pontos do grupo das primigestas e 5,8 unidades das primíparas ($p=0,020$). Quanto às percepções de superproteção e controle, a maior média foi do grupo das nuligestas, superando em 6,7 unidades as primigestas e em 4,8 unidades as primíparas ($p=0,002$). Todos os grupos obtiveram médias abaixo do ponto de corte para os pais (24 pontos) quanto ao afeto e cuidado. Somente as adolescentes nuligestas tiveram média acima do ponto de corte (12,5 pontos) para superproteção e controle dos pais (tabela 2).

Figura 1 A- Distribuição dos tipos de vínculo parental materno conforme avaliações das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019

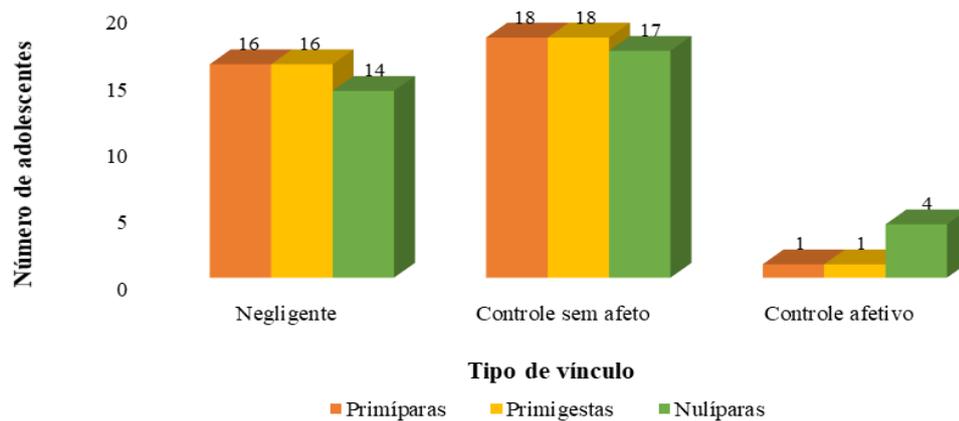
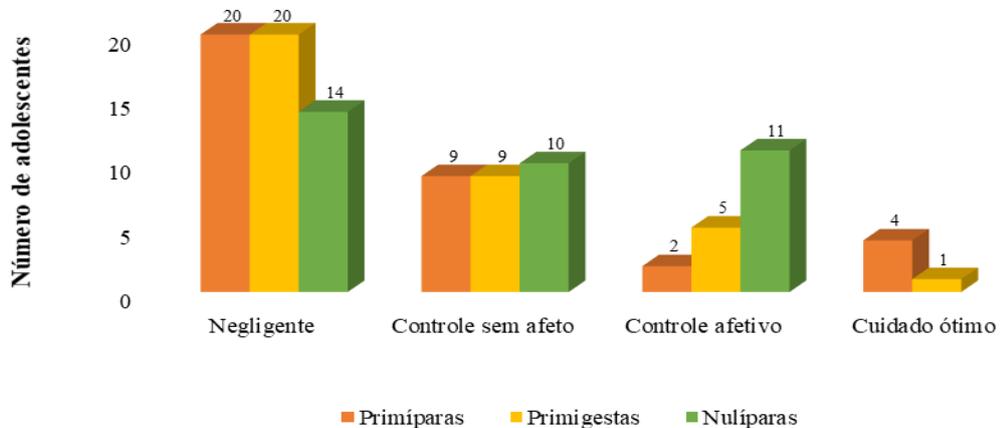


Figura 1 B- Distribuição dos tipos de vínculo parental paterno conforme avaliações das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019



As percepções das adolescentes quanto às memórias do comportamento de criação parental foram classificadas principalmente como vínculo negligente por parte dos pais nos

grupos das primíparas 20 (57,1%) e primigestas 20 (57,1%). Ainda quanto aos pais, as nuligestas tiveram maiores frequências de controle sem afeto 10 (28,6%) e controle afetivo 11 (31,4%) (figura 1B).

No que se refere ao tipo de vínculo com as mães, predominou controle sem afeto para as primíparas 18 (51,4%) e primigestas 18 (51,4%), seguido de cuidado negligente, com 16 (45,7%) em ambos os grupos. No grupo das nuligestas, controle sem afeto e controle afetivo somaram 21 (60,0%). Nenhum grupo teve avaliação classificada como cuidado ótimo das mães (figura 1 A).

Tabela 3 - Capital social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019

| Dimensão* | Primíparas | Primigestas | Nuligestas | P |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| Grupos e redes | 47,1 (19,6) | 47,6 (19,0) | 51,9 (22,8) | 0,567 ^a |
| Confiança e solidariedade | 40,7 (21,1) | 39,3 (16,4) | 43,6 (22,1) | 0,661 ^a |
| Ação coletiva e cooperação | 42,8 (40,5) | 32,8 (36,3) | 47,1 (38,2) | 0,283 ^a |
| Informação e comunicação | 82,1 (23,1) | 87,1 (22,2) | 84,3 (17,2) | 0,609 ^a |
| Coesão e inclusão social | 44,3 (14,3) | 49,6 (22,8) | 48,9 (23,2) | 0,497 ^a |
| <i>Empowerment</i> e ação política | 48,2 (18,2) | 49,6 (15,6) | 45,0 (13,6) | 0,461 ^a |
| P | <0,001^f | <0,001^f | <0,001^f | |
| Capital social global | 50,9 (12,4) | 51,0 (8,9) | 53,5 (10,0) | 0,518 |

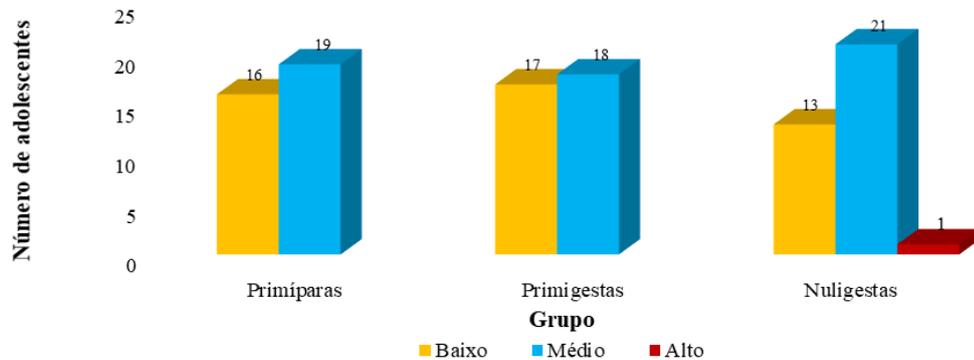
Legenda: *: níveis em %; M: média; DP: desvio padrão; p: significância do teste; a: Teste ANOVA One-way; f: Teste de Friedman

Embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas dos níveis de capital social entre os grupos, o valor médio global de acúmulo das nuligestas foi maior que o das primíparas e primigestas. Nos domínios também não houve diferença significativa ($p > 0,05$), contudo, descritivamente, as nuligestas obtiveram maiores médias de acúmulo de capital social, em comparação às primíparas e primigestas, quanto a três aspectos: grupos e redes, confiança e solidariedade e ação coletiva e cooperação, respectivamente).

Nos domínios informação e comunicação (diferença de 2,2%) e coesão e inclusão social (diferença de 4,6%), as adolescentes nuligestas superaram apenas as primíparas na média de capital social. Somente na dimensão *empowerment* e ação política, o nível de capital social das nuligestas foi menor em 3,2% do que as primíparas e em 4,6% em relação às primigestas (tabela 3).

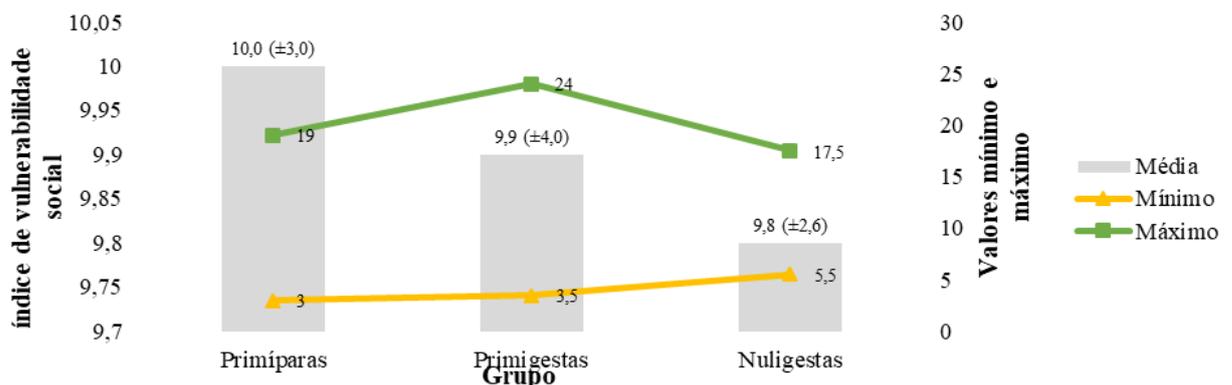
Dentro de cada grupo, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios das dimensões, sendo maior para informação e comunicação nas primíparas ($p<0,001$), primigestas ($p<0,001$) e nuligestas ($p<0,001$). Para as primíparas, o escore de informação e comunicação apresentaram diferenças que variaram de 33,9 (*empowerment* e ação política) e 41,4 pontos (confiança e solidariedade); para as primigestas, a menor diferença foi 37,5 (*empowerment* e ação política; e coesão e inclusão social) e a maior foi 54,3 pontos (ação coletiva e cooperação); e para as nuligestas variou de 32,4 (grupos e redes) a 40,7 pontos (confiança e solidariedade) (tabela 3).

Figura 2 - Classificação do nível de acumulação de capital social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019



A figura 2 mostra que as adolescentes primíparas e primigestas tiveram maiores frequências de baixo nível de acumulação de capital social, 17 (48,6%) e 16 (45,7%), nesta ordem, comparativamente às nuligestas 13 (37,1%). Houve maior prevalência de médio nível de acumulação dentre as nuligestas 21 (60,0%), sendo que compreenderam o único grupo com adolescente classificada com alto nível de acumulação de capital social (figura 2).

Figura 3 - Valores médios (desvio padrão), mínimos e máximos do índice de vulnerabilidade social das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019



Na figura 3, os índices médios de vulnerabilidade social das adolescentes não foram significativamente diferentes entre primíparas (10,0±3,0), primigestas (9,9±4,0) e nuligestas (9,8±2,6), conforme ANOVA One-way ($p=0,972$). As nuligestas obtiveram o menor valor de desvio padrão (2,6). Maiores amplitudes foram identificadas no grupo das primigestas, com máximo de 24 pontos, e das primíparas, cujo valor máximo foi 19 pontos (figura 3)

Tabela 4 – Uso de tabaco e álcool e comportamento sexual das adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas (n=105). Teresina, PI, Brasil, 2019

| Variável | Primíparas | | Primigestas | | Nuligestas | | P |
|--|------------|-----------|-------------|-----------|------------|----------|--------------------|
| | M (DP) | n (%) | M (DP) | n (%) | M (DP) | n (%) | |
| Tabagismo | | | | | | | * |
| Fumante ou ex-fumante | | 5 (55,6) | | 2 (22,2) | | 2 (22,2) | |
| Nunca fumou | | 30 (31,2) | | 33 (34,4) | | 33(34,4) | |
| Classificação AUDIT | | | | | | | * |
| Uso nocivo | | 1 (100,0) | | - | | - | |
| Consumo de risco | | 1 (33,3) | | - | | 2 (66,7) | |
| Baixo risco ou abstêmios | | 33 (32,7) | | 35 (34,6) | | 33(32,7) | |
| Idade da primeira relação sexual | 14,6(1,5) | | 14,5(1,3) | | 14,9(2,1) | | 0,692 ^a |
| Uso do preservativo na 1ª relação sexual | | | | | | | |
| Não | | 15 (44,1) | | 13 (38,2) | | 6 (17,7) | 0,832 ^q |
| Sim | | 20 (37,7) | | 22 (41,5) | | 11(20,8) | |
| Relação nos últimos 12 meses | | | | | | | |
| Sim | | 24 (33,4) | | 33 (45,8) | | 15(20,8) | 0,014 ^q |
| Não | | 11 (73,4) | | 2 (13,3) | | 2 (13,3) | |
| Uso do preservativo nas outras relações sexuais | | | | | | | |
| Não | | 15 (44,1) | | 16 (47,1) | | 3 (8,8) | 0,126 ^q |
| Sim | | 20 (37,7) | | 19 (35,9) | | 14(26,4) | |

Legenda: *p*: nível de significância do teste; *q*: Qui-quadrado de Pearson; *a*: ANOVA One-way AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*, para identificação do consumo de álcool.

Foi verificada associação entre a presença de relações sexuais nos últimos 12 meses e a paridade ($p=0,014$), em que maiores frequências foram verificadas dentre as primíparas 24 (33,3%) e as primigestas 33 (45,8%). Para as demais variáveis, não foram verificadas relações

significativas ($p>0,05$). Entretanto, frequências mais elevadas de fumantes ou ex-fumantes 5 (55,6%) e uso nocivo de álcool 1 (100,0%) e não utilização de preservativo na primeira relação sexual 15 (44,1%) foram verificadas dentre as primíparas (tabela 4).

7 DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência, hoje, constitui-se como uma questão polêmica por ligar aspectos relacionados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdades que estão presentes na vida social do país (BRASIL, 2017). É uma situação complexa que pode contribuir para a morbimortalidade materna e infantil constituindo um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil (FOSSA, et al., 2015).

Esse estudo teve como objetivo estabelecer um comparativo de variáveis sociais, incluindo os aspectos psíquicos, econômicos e culturais e de saúde entre as adolescentes que nunca engravidaram (nuligesta), que estavam na 1ª. gestação (primigesta) e após a primeira gestação (primípara), e através desse comparativo de variáveis, poder ajudar os gestores e profissionais da AB a entenderem as nuances da gestação na adolescência, para melhor enfrentar o problema.

Os resultados dessa pesquisa quanto à média de idade das adolescentes primigestas e primíparas, apresentaram valores entre 17,6 e 17,7 anos, respectivamente, maior que os valores encontrados nas nuligestas, assim como em outros estudos, como o de Santos (2016), no Estado do Ceará, no qual a amostra estudada apresentou valores entre 12-14 anos de idade; o de Fossa et al., (2015), em São Paulo, que destacou a média de idade de 15,4 anos, e menor que o de Araújo et al 2015, no estado da Paraíba, com maior número de adolescentes grávidas entre 18-19 anos de idade. Mesmo com diferenças de idade, esses dados conjuntamente podem sugerir uma fragilidade social, visto que a tenra idade com a imaturidade da adolescente, associada à complexidade da gravidez pode configurar uma situação de risco, e assim, afetar a saúde, tanto da mãe, quanto do bebê (ARAÚJO et al., 2015).

Em relação ao estado conjugal, as primíparas e primigestas apresentaram no item, sem companheiro, frequência de 18 (27,7%) e 16 (24,6%), respectivamente, menor do que entre as nuligestas 31(47,7), o que retrata uma situação de risco e uma realidade semelhante aos estudos de Santos (2016), com 56,7% de solteiras; de Fossa et al., 2015, em que a maioria era solteira; e de Araújo et. al., 2015, 63% eram solteiras. No que diz respeito à presença do companheiro, Matos (2017) mostrou no seu estudo qualitativo, a importância da relação entre pai e filho, desde o nascimento, para a construção do vínculo, de uma maior relação de proximidade e de segurança entre eles.

No que diz respeito ao item sem ocupação/sem qualificação, os resultados apresentados pelas primíparas, 16 (45,7%) e primigestas 15 (42,9%) foram maiores do que

nas nuligestas 4 (11,4%); e ao item de estudantes, os valores entre as primíparas 19 (27,1%) e primigestas 20 (28,6%) foram menores do que de nuligestas 31 (44,3%). Essa realidade assemelha-se aos estudos de Santos (2016), quando todas as adolescentes eram estudantes, não exerciam atividade laboral, mas 66,7% pararam de estudar quando engravidaram. Para Fossa et al., (2015), 12,1% não completaram o ensino fundamental e 30% estavam fora da escola, assim como Araújo et al., 2015, mostrou que 42,1 % das adolescentes grávidas referiram ter abandonado os estudos e que a maioria não tinha o ensino médio completo.

Mesmo que essa pesquisa tenha mostrado um percentual maior de adolescentes fora da escola, esses dois primeiros grupos pesquisados, apresentaram 12,2 anos e 11,5 anos de estudo, respectivamente, divergindo de outros estudos como o de Nascimento, 2018, em que 48% das grávidas participantes, tinham menos de 8 anos de estudo; e o de Fossa, 2015, que apresentou a média de 8,7 anos de estudo. Uma das variáveis presentes nesse estudo que pode ter contribuído para isso foi o grau de escolaridade das mães das adolescentes pesquisadas que apresentaram maior percentual com ensino fundamental completo ou maior.

Nesse contexto, pode-se atribuir que pais com elevada escolaridade têm maior poder de convencimento e de esclarecimento sobre meios de se evitar a gravidez precoce assim como maior apoio financeiro para ajudá-las a cuidar do bebê, estimulando-as a voltarem o mais cedo possível para a sala de aula. Embora as primíparas 19 (27,9%) e as primigestas 20 (29,4%) tenham obtido percentual menor do que as nuligestas 29 (42,6%), mesmo assim, esse resultado diverge do estudo de Fossa et. al., 2015 em que entre as mães das adolescentes grávidas, 63,6% não concluíram o ensino fundamental.

Mesmo assim, esses resultados podem determinar um maior risco social às adolescentes, assim como às suas famílias, comunidade e sociedade. Estudos apontam que uma das principais consequências da gravidez precoce é o abandono escolar. O estudo de Taborda et al., (2014) mostrou como consequência dessa situação, o adiamento ou comprometimento dos estudos, o que pode determinar menor qualificação profissional e menores oportunidades de inserção no mercado de trabalho.

Outro dado importante compreendeu o número de adolescentes pertencentes às classes econômicas mais baixas (C, D ou E), sendo significativamente maior no grupo das primíparas 31 (36%) e das primigestas 32 (37,2%). Essa realidade assemelha-se ao estudo de Fossa et al (2015) em que 80% das famílias das adolescentes grávidas de Piracicaba viviam com até dois salários mínimos, 41,7% tinham parte de renda originada do Programa Bolsa Família; e 90% das adolescentes grávidas dependiam financeiramente de familiar ou companheiro. O estudo de Santos, 2016, também mostrou que a responsabilidade financeira das adolescentes estava

vinculada aos pais (53,4%); sogra ou sogro (16,5); avós (3,4%); e companheiro (26,7%). Em conjunto, essas características socioeconômicas apontam possíveis vulnerabilidades sociais em adolescentes que experienciaram ou estão em situação de gravidez.

Nesse contexto, a situação socioeconômica pode ser um fator agravante para a vida de uma adolescente pelo impacto negativo no atendimento às suas necessidades desde a vida afetiva até a vida profissional. A desigualdade social, segundo Araújo et. al., 2015 poderá despertar o desejo de constituir uma família, atropelando planos profissionais, favorecendo a gravidez precoce e a recorrência de gravidez na adolescência. Torna-se pertinente a preocupação com a possível associação do aspecto socioeconômico e da evasão escolar, com o aumento no número de adolescentes grávidas (PEREIRA, 2018).

No que se refere à contribuição do comportamento parental no desenvolvimento das filhas, as médias dos escores quanto à criação da mãe para as nuligestas, tanto indicaram maior percepção de carinho e cuidado como maior controle e superproteção (percepção de proteção, vigilância e presença de infantilização). Essa situação assemelha-se à pesquisa de Teodoro (2010) realizada com adolescentes, da região metropolitana do Rio Grande do Sul, utilizando o PBI, em que o cuidado materno associou-se à percepção de superproteção/controlado, indicando que o vínculo com as mães incluía uma relação cuidadosa, porém controladora. Para as primíparas e primigestas, a percepção de afeto e carinho e superproteção e controle foi menor em ambos os grupos, o que pode ter colaborado para a ocorrência da gravidez precoce. Sendo assim foi uma relação sem carinho e sem controle o que cria um vínculo negligente. Na pesquisa qualitativa de Taborda et al., (2014) ficou constatado entre as adolescentes grávidas, que a dificuldade de diálogo nas famílias, a falta de carinho da mãe, sentindo-se abandonadas, podem ter favorecido a gravidez precoce.

Em relação à memória de criação do pai para as primíparas e primigestas ocorreu menor percepção de afeto e cuidado (10,7/10,4% e 10,2/10,0%), respectivamente, e menor percepção de superproteção e controle (8,5/8,25% e 8,8/8,2%), respectivamente, em relação às nuligestas (16,5/ (10,7% e 15,5/10,6%). Portanto predominou entre as primeiras, o vínculo negligente, que pode ter sido gerado pela falta de cuidado, de carinho, de diálogo, como também pela falta de vigilância, de proximidade na relação parental, seguido de controle sem afeto, em que pode ter tido mais vigilância sem o carinho e o cuidado, diminuindo a autoconfiança.

E entre as nuligestas, houve preponderância do controle afetivo, que pode ter acontecido uma relação carinhosa com mais controle, seguido do controle sem afeto, uma relação controladora, sem carinho. O cuidado ótimo só foi percebido na criação relacionada

ao pai, por uma quantidade mínima de primípara. Mesmo assim, esses resultados de uma maneira geral retratam um cenário que requer mais atenção, maior disponibilidade dos pais para o diálogo e o cuidar. Nesse aspecto, foi encontrada uma significância estatística, situação diferente com o estudo de Teodoro (2010) que não encontrou relação significativa na relação paterna entre as dimensões do PBI.

Mas evidenciaram-se as associações entre sistemas familiares que apresentaram maior Afetividade e menor Conflito e a presença de Cuidado e Superproteção/Controle tanto materno como paterno. E que relações conflituosas na esfera parental indicavam condutas de superproteção e pouco afeto.

Faria; Ponciano (2018) mostraram na pesquisa com adolescentes, por meio de suas histórias, suas percepções sobre a relevância do suporte parental que pode refletir na vivência das experiências emocionais positivas e negativas, confirmando que, para os adolescentes, o vínculo com os pais é considerado crucial.

Estudos mostram que um dos fatores que levam as adolescentes a engravidar é a falta de autoconfiança para lidar com suas angústias e impulsos, capacidade que não foi suficientemente favorecida por suas famílias e pelo meio social em que vivem (SILVA, 2010).

Sendo assim é importante que se construa uma relação de confiança nessas famílias desde a infância, para que a sexualidade do adolescente possa ser percebida, que dúvidas sejam tiradas e a prevenção da gravidez precoce, estimulada.

Outro fator social encontrado no presente estudo foi o capital social das adolescentes. Mesmo que o escore médio global de acumulação não tenha apresentado resultados com significância estatística no presente estudo, entre as primíparas e primigestas pode ter despertado Borges et al (2010) que mostrou que o capital social pode desempenhar um papel importante na autoavaliação da saúde sendo que o padrão de associação difere de acordo com suas dimensões específicas. E que as dimensões específicas - capital social cognitivo, comportamental e de ponte - parecem proteger a saúde de adolescentes trabalhadores que vivem em um país em desenvolvimento como o Brasil.

O estudo desenvolvido por Campos (2015) com adolescentes estudantes do sexo masculino de escolas públicas, com idade entre 16 e 18 anos, provenientes de ambientes familiares economicamente vulneráveis (N = 363), mostrou que os adolescentes com maior capital social apresentaram escores mais altos quanto à percepção de qualidade de vida.

Embora os estudos citados, anteriormente, não tenham sido realizados com a população semelhante, ou seja, adolescentes femininas, pode-se refletir que o baixo capital

social acumulado por essas participantes, exponha-as mais ainda aos fatores sociais e de saúde relacionados à gravidez precoce, não planejada. A maior participação das nuligestas em grupos e redes, com confiança e solidariedade podem contribuir para a criação de laços e amizades mais fortes entre os adolescentes por meio do compartilhamento de experiências e do crescimento em conjunto. Essas relações sociais estáveis e duradouras representam um excelente indicador do estoque de capital social e de uma boa qualidade de vida (CAMPOS, 2015).

As nuligestas superaram apenas as primíparas na acumulação de capital social referente à disponibilidade de meios pelos quais as famílias recebem informações sobre as condições de mercado e serviços públicos, bem como acesso a infraestruturas de comunicação; e também quanto ao reconhecimento da natureza e tamanho das diferenças existentes dentro da comunidade. Esses dados parecem acompanhar as características socioeconômicas das adolescentes.

Ao tratar da dimensão *empowerment* e ação política, tanto primíparas quanto primigestas, obtiveram maiores médias na avaliação de capital social referente aos sentimentos de felicidade, eficácia pessoal e capacidade de influenciar eventos locais e ações políticas mais amplas. Esses dados podem expressar, indiretamente, a responsabilidade crescente que se apresenta na vida das adolescentes que experienciaram ou estão em situação de gravidez..

A vulnerabilidade, como fator social, apresentou maior valor máximo no grupo das primigestas, reduzindo um pouco para as primíparas, porém, permaneceram superiores à medida máxima obtida pelas nuligestas. Somado a esses dados, as médias de vulnerabilidade social foram crescentes entre os grupos das nuligestas, primigestas e primíparas, nesta ordem, o que sugere a apresentação também crescente de piores condições de vida para a adolescente a partir da condição de gravidez.

Zappe (2014) concluiu no seu estudo, “Comportamento de risco na adolescência: aspectos pessoais e contextuais”, que o engajamento de adolescentes em comportamentos de risco é um evento complexo e multifatorial, o qual está relacionado com diversos fatores de risco, tanto pessoais, quanto interpessoais e contextuais.

Os comportamentos mais investigados foram o uso de álcool, cigarro e drogas, comportamento sexual de risco e conduta antissocial, determinando sempre uma exposição aumentada da adolescente a uma situação de vulnerabilidade social, tanto determinado por esses fatores sociais, como também pelas condições regionais, socioeconômicas e de responsabilidade social da comunidade que influenciam uma gravidez precoce (ROZA, 2015).

Bolsi (2013), no estudo “Vulnerabilidade na Adolescência”, destacou após a avaliação dos relatos, dentre os fatores de maior vulnerabilidade, a gravidez precoce e o não uso de preservativos, expondo às infecções sexualmente transmissíveis, além da gravidez inoportuna.

Em relação ao tabagismo houve um predomínio das que nunca fumaram entre as adolescentes primíparas, primigestas e nuligestas, sendo que a frequência de fumante/ex-fumante apresentou maior valor entre as primíparas; e frequência das que nunca fumaram apresentou igual valor nas primigestas e nuligestas.

No que diz respeito ao uso do álcool, houve uma predominância do baixo risco/abstêmicas entre as primíparas, primigestas e nuligestas, com uma pequena diferença a favor das primigestas. As grávidas podem estar recebendo orientações no pré-natal sobre as contra-indicações do álcool para o feto, evitando assim o uso de bebidas alcoólicas. Para as primíparas e nuligestas, o número de baixo risco/abstêmicas foi o mesmo, porém 1 (uma) primípara apresentou o uso nocivo de álcool.

Os dados dessa pesquisa mesmo com baixa frequência do uso de fumo e álcool, sugerem que esse uso na gestação deve ser investigado na assistência pré-natal dentre todas as mulheres, de forma que as gestantes devem ser esclarecidas quanto aos efeitos deletérios de tais substâncias contribuindo dessa forma para melhores resultados obstétricos.

Esses resultados divergem dos estudos realizados com estudantes que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE, 2012), mostraram que 22,3% já haviam experimentado cigarro alguma vez na vida– com cerca de um terço (27,2%) deles fazendo uso regular de cigarro – e 7,3% relataram o consumo de drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida. Comparativamente ao PENSE (2015), houve uma redução para 18,4% dos que já haviam experimentado cigarro alguma vez na vida.

Como também não acompanhou os resultados do estudo de Veloso LUP e Monteiro CFS (2013), realizado com adolescentes grávidas, em Teresina-PI, utilizando o AUDIT, que mostrou um percentual maior que 32,4% das grávidas com risco para o consumo de álcool.

Nesse aspecto torna-se necessário analisar o papel da família pela importância que adquire nessa fase da vida. A família pode ter papéis diferenciados, seja na indução do uso e abuso de tabaco, álcool e drogas na adolescência, seja, ao contrário, como uma instituição protetora para a saúde dos adolescentes, acolhendo, apoiando e orientando-os.

Em relação ao comportamento sexual a média de idade da primeira relação sexual foi de 14 anos. Dos que apontaram que usaram o preservativo na primeira relação sexual, o maior percentual foi entre as primigestas, seguido das primíparas e nuligestas. No grupo de nuligestas, 18 nunca tinham tido relação sexual. Ao tratar da relação sexual nos últimos 12

meses, a maior frequência foi entre as primigestas, seguida das primíparas e nuligestas, sendo que as primíparas apresentaram o maior percentual que não teve relação sexual nos últimos 12 meses.

No que diz respeito ao uso do preservativo nas demais relações, a maior frequência foi entre as primíparas, seguidas das primigestas e nuligestas. Pode-se atribuir isso ao fato de que tendo uma vez engravidado, com todas as dificuldades inerentes a uma gravidez precoce, elas tenham receio de uma nova gravidez. A menor diferença entre o uso e o não uso do preservativo entre os grupos foi nas primigestas. Pode-se atribuir isso ao fato de se pensar que o uso da camisinha seja principalmente para evitar filho e como já estão grávidas, não a utilizam, embora seja importante para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Nesse aspecto, como dentre as nuligestas cerca de 35% não usaram preservativo na primeira relação sexual e 87% com vida sexual ativa e 17% sem terem usado o preservativo, nos últimos 12 meses, torna-se necessária a orientação sexual para a prevenção da gravidez precoce não planejada, nesse grupo.

As variáveis com maior significância estatística foram as relacionadas com os fatores sociais podendo-se pensar que as causas da gravidez na adolescência também estão ligadas a problemas sociais, incluindo os fatores psíquicos, econômicos e culturais mais do que aos fatores comportamentais e de saúde.

Uma maior participação no ambiente escolar (estudante), maiores níveis de escolaridade dos pais, principalmente da mãe, bem como uma família com maior estrato socioeconômico poderão influenciar na primeira relação sexual das estudantes, como foi observado no grupo das nuligestas, já que o grupo apresentou um maior número de adolescentes sem a primeira relação sexual, possivelmente evitando uma gravidez precoce.

Na percepção da adolescente sobre a memória do comportamento de criação dos pais, pode-se observar uma maior percepção de afeto e cuidado, bem como superproteção e controle no grupo das nuligestas, determinando o vínculo de controle afetivo, ou seja, caracteriza uma superproteção com maior afetividade, atenção e diálogos. Nos grupos de primíparas e primigestas os dados demonstraram uma menor percepção de afeto e cuidado, caracterizando um vínculo negligente tanto em relação à mãe e principalmente em relação ao pai, sendo que na relação com a mãe caracteriza-se também um controle sem afeto.

No entanto essas variáveis não parecem ser significativas no que diz respeito ao uso de álcool e fumo, o que pode se caracterizar por não poder diagnosticar um “sentimento de culpa”, já que a adolescente estava diante de um profissional de saúde e pode ter omitido dados sobre esse aspecto.

A adolescência é um período difícil, no qual afloram conflitos e, nessa transição, manter laços familiares, espaço de contato, comunicação entre pais e filhos, interação e diálogo, principalmente sobre educação sexual e reprodutiva, apoiado em princípios democráticos e de afeto, tende a ajudar a superar eventuais dificuldades. Considerando os achados do presente estudo, faz-se imperiosa a necessidade de programas de intervenção e prevenção de uma gestação precoce nas nuligestas, bem como de uma outra gravidez precoce nas primíparas.

CONCLUSÃO

Concluiu-se nesse estudo que as nuligestas, em relação às adolescentes que já tinham experienciado ou estavam em situação de gravidez, mesmo tendo apresentado melhores condições socioeconômicas; maior nível de percepção de afeto/cuidado dos pais com o vínculo controle sem afeto em relação à mãe e controle afetivo, em relação ao pai; maior acúmulo de capital social e menor nível de vulnerabilidade social necessitam de mais atenção nesses aspectos para retardarem a primeira gravidez.

Em relação às primíparas e primigestas, as características socioeconômicas, tanto pessoais como familiares, apontaram para situações de vulnerabilidade social, assim como, de possível fragilidade nas relações parentais e sociais, sendo importante uma maior atenção a fim de evitar uma gravidez subsequente.

Observou-se baixa prevalência do uso do fumo e consumo do álcool, dentre os grupos, entretanto, revelou-se frequências mais elevadas nas primíparas de fumantes ou ex-fumantes, uso nocivo de álcool, a não utilização de preservativos na primeira relação e de relação nos últimos 12 meses, porém com maior uso do preservativo.

Espera-se que os resultados dessa investigação representem uma importante contribuição para a implementação de intervenções no enfrentamento da gravidez na adolescência, no contexto do indivíduo, no fortalecimento das relações familiares, comunidade e sociedade, por meio de práticas consistentes e continuadas.

Na saúde, a Estratégia Saúde da Família é adequada para atender a essas adolescentes nas suas áreas de abrangência, nos locais de convivência e na escola, estimulando sua participação ativa, sua permanência na sala de aula, discutindo projeto de vida e facilitando o acesso às informações e aos métodos contraceptivos no enfrentamento da gravidez precoce não planejada, principalmente nas nuligestas e primíparas. E para a grávida, o apoio da família e do companheiro para o bom desenvolvimento da criança.

Dessa forma, é possível estimular a busca pelo conhecimento aprofundado sobre o contexto em que está inserida a adolescente. Se a problemática ainda acontece, é indicativo de outros aspectos importantes a serem incluídos nas atividades educativas. Faz-se necessário conscientizar o público-alvo sobre a conjuntura em que vive e ampliar a visão sobre fatores que podem contribuir negativamente para comportamentos determinantes da gravidez e assim melhorar os níveis de conscientização, conseqüentemente, reduzir a forte influência de importantes determinantes sociais da saúde nesse cenário.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, R. P. et al. Health and Social Vulnerability of Adolescents in Nepal. **SM Journal of Public Health and Epidemiology**. v. 2, n. 3, p. 1032, 2016.

ARAÚJO et al. Gravidez na adolescência: consequências voltadas para a mulher. **INTESA**. Pombal, v. 9, n. 1, p. 15-22, 2015.

AMARAL, V. L. Psicologia da educação. **EDUFRN**. Natal. 208 p.: il, 2007.

ANDREW, M. K; MITNITSKI, A.; ROCKWOOD, B. K. Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. PLoS ONE | www.plosone.org, 2008.

BATISTA, F., A., COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM ADOLESCENTES ESCOLARES. Dissertação de Mestrado. Santa Maria-RS, 2014.

Disponível em

<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10334/BATISTA%2c%20FERNANDA%20ALTERMANN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BAUMANN, M. et al. Psychological quality of life and employability skills among newly registered first-year students: Opportunities for further university development. **Health**. v. 5, n. 3, p. 617-626, 2013.

BOLSI, B. K. Vulnerabilidade na adolescência: estudo em um pequeno município. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário UNIVATES, Lajeado- Brasil, 2013.

BORGES, et. al. Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study. *BMC Research Notes*, 3:338 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/338>, 2010.

BUNT et al., Cross-Cultural Adaptation of the Social Vulnerability Index for Use in the Dutch Context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 14, n. 11, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. 1ª. ed. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de adolescentes: orientações Básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Brasília –DF: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, A. C. et al. Measuring social capital through multivariate analyses for the IQ-SC. **BMC Res. Notes.**, v. 8, p. 11-9, 2015.

CUNHA et al. Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. **Health and Quality of Life Outcomes.** 15:173, 2017.

CEDECA. CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Estatuto da Criança e do Adolescente 2017**: versão atualizada. 1. ed. Rio de Janeiro: CEDECA, 2017.

FARIA, A. P. S.; PONCIANO, E. L. T. Conquistas e fracassos: os pais como base segura para a experiência emocional na adolescência. **Pensando famílias.** v. 22, n. 1, 2018.

FOSSA, A. M. et al. O perfil de adolescentes grávidas em Piracicaba. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 97-109, 2015.

GROOTAERT, C. et al. Measuring social capital: an integrated questionnaire. **Washington: The World Bank**, 1a. ed. 2004.

KHAN, A. S. e SILVA, L.M.R. **Avaliação do projeto São José no Estado do Ceará**: estudo de caso. Fortaleza: DEA/UFC, (Relatório Técnico), 2002.

MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, pp. 855-67, 2011.

MATOS, M. G. et al. Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 22, n. 2, p. 261-271, 2017.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. vasc. bras.**, v. 10, n. 4, pp. 275-8, 2011.

MOUTINHO L. S. M. Consumo de Álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco. 2018. 249f. Tese de doutorado – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.

NASCIMENTO, M. S.; et al. Vulnerabilidade social e individual e a gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS.** Brasília, DF: 2017.

OYAMADA, L. H. et al. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 6, n. 2, p. 38-45. 2014.

PAIVA, P. C. P. et al. Development and validation of a social capital questionnaire for adolescent students (SCQ-AS). **PLoS One.**, v. 9, n. 8, p. 1-8. 2014.

PENSE. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 59 p.

PENSE. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015: manual de instrução. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 56 p.

PEREIRA, D. F. Gravidez na adolescência relacionada ao tipo familiar e diálogo com os pais: revisão literária. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.12, n.10, 2018.

PEREIRA, S. E. F.N. **Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar**. Aconchego-DF, 2010.

REIS, C. et al. A produção do conhecimento sobre risco e vulnerabilidade social como sustentação das práticas em políticas públicas. **Estudos de Psicologia**, v. 31, pp. 583-593, 2014.

ROZA, D. L.; MARTINEZ, E. Z. Spatial distribution of pregnancy in adolescence and associations with socioeconomic and social responsibility indicators: State of Minas Gerais, Southeast of Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.37, 366-73, 2015.

SANTOS, F. P. Vigilância das Mães Menores de 15 Anos Notificadas Pelo Sinasc de um Hospital Público em Recife-Pe. 2012. 42f. Monografia de Especialização – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Recife, 2012.

SANTOS, N, L, B.; et al. A Percepção de Mães Adolescentes Sobre seu Processo de Gravidez. **Revista Psicologia e Saúde**. v, 8. n, 2, p. 83-96, 2016.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico na Adolescência. Guia prático de atualização prevenção da gravidez na adolescência. **SaúdeAdolesc. Saude**, v. 15, supl. 1, p. 86-94, 2019.

SETIA, M. S. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. **Indian J. Dermatol.**, v. 61, n. 3, p. 261-4, 2016.

SILVA, G. M. V. Gravidez na adolescência: uma visão macro sobre a ação e resultados deste ato. 2010. 36f. Monografia de Especialização – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Recife, 2010.

SOBRAL, M. E. et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 568-577, 2015.

SÜT, N. Study Designs in Medicine. **Balkan Medical Journal**, v. 31, n. 4, p. 273-7, 2014.

TABORDA, J. A. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22. n. 2, p. 16-24, 2014.

TEODORO, M. L. M. Propriedades Psicométricas do Parental Bonding Instrument e Associação com o funcionamento familiar. **Avaliação Psicológica**, v.9 (2), pp. 243-251, 2010.

UNFPA. **Fundo de População das Nações Unidas. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência.** Nova York: 2013.

VELOSO e MONTEIRO, **Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas.** *Rev. Latino-Am. De Enfermagem*, 2013. www.eerp.usp.br/r

VILLALONGA-OLIVES, E. et al., The development of a bridging social capital questionnaire for use in population health research. **SSM- Population Health.** v. 2, p. 613-622, 2016.

VILLALONGA-OLIVES, E.; KAWACHI, I. The measurement of social capital. **Gaceta Sanitaria.**, v. 29, n. 1, p. 62-64. 2015.

ZAPPE J.G., ALVES CF, DELL'AGLIO DD. Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte 2018; 24(1): 79-100.

ZARZAR et al., Associação entre consumo excessivo de álcool, tipo de amigos e gênero: um estudo transversal entre adolescentes brasileiros. *BMC Public Health* 2012, **12** : 257.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de caracterização

Nº do formulário: ____ **Grupo:** () Gestante () Nuligestas () Após primeira gestação
Data da coleta: __/__/____ **Local:** _____

Características sociodemográficas

Data de nascimento: __/__/____
Idade (em anos completos): ____

Estado civil:

- () Solteira
 () Casada/união estável
 () Separada/divorciada
 () Viúva

Ocupação:

- () Estudante
 () Sem ocupação
 () Ocupação que não exige qualificação
 Descrever: _____

Escolaridade (em anos de estudo): ____

Tipo de escola em que estuda (ou estudou):

- () Pública
 () Privada
 () Mista (parte em pública, parte em privada)

Número de membros da família: ____

Formação educacional da mãe:

- () Nunca estudou ou não terminou a 4ª série do ensino fundamental
 () Terminou a 4ª série do ensino fundamental
 () Terminou a 8ª série do ensino fundamental
 () Terminou o ensino médio
 () Terminou a faculdade/universidade

Formação educacional do pai:

- () Nunca estudou ou não terminou a 4ª série do ensino fundamental
 () Terminou a 4ª série do ensino fundamental
 () Terminou a 8ª série do ensino fundamental
 () Terminou o ensino médio
 () Terminou a faculdade/universidade

Características econômicas

| Itens de conforto | Quantidade | | | | |
|---|------------|---|---|----|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana | 0 | 3 | 7 | 10 | 13 |
| Quantidade de banheiros | 0 | 3 | 7 | 10 | 14 |
| Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular | 0 | 3 | 5 | 8 | 11 |
| Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones | 0 | 3 | 6 | 8 | 11 |
| DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel | 0 | 1 | 3 | 4 | 6 |
| Quantidade de lavadora de louças | 0 | 3 | 6 | 6 | 6 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Quantidade de geladeiras | 0 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex | 0 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| Quantidade de fornos de micro-ondas | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho | 0 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| Serviços públicos | Sim | Não |
|--------------------------|------------|------------|
| Água encanada | 0 | 4 |
| Rua pavimentada | 0 | 2 |

| Escolaridade da pessoa de referência do domicílio (considere a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio) | |
|--|---|
| Analfabeto / Fundamental I incompleto | 0 |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | 1 |
| Fundamental completo/Médio incompleto | 2 |
| Médio completo/Superior incompleto | 4 |
| Superior completo | 7 |

Soma: itens de conforto: ____ + serviços públicos: ____ + escolaridade: ____ = **Total de pontos:** ____

Estrato socioeconômico:

| | <u>Classe</u> | <u>Pontos</u> |
|-----|---------------|---------------|
| () | 1 - A | 45 - 100 |
| () | 2 - B1 | 38 - 44 |
| () | 3 - B2 | 29 - 37 |
| () | 4 - C1 | 23 - 28 |
| () | 5 - C2 | 17 - 22 |
| () | 6 - D | 11 - 16 |
| () | 7 - E | 1 - 10 |

Estilo de vida

Hábitos tabagistas:

() Fumante () Ex-fumante () Nunca fumou

Hábitos etilistas:

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Q1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

Q2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

Q3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês

- 2 = pelo menos uma vez por mês
 3 = pelo menos uma vez por semana
 4 = diariamente ou quase diariamente

Q9. Já alguma vez ficou ferida ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Q10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total (soma dos pontos): _____

- () Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)
 () Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos
 () Consumo de risco = 8 a 15 pontos
 () Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos **Saúde sexual e reprodutiva**

| | |
|---|---|
| <p>Idade da primeira relação sexual: _____</p> <p>Uso do preservativo na 1ª relação sexual: () Sim () Não</p> <p>Teve relação nos últimos doze meses: () Sim () Não</p> <p>Uso do preservativo nas outras relações sexuais: () Sim () Não</p> <p>Paridade: () Nulípara () Primípara () Multípara. N.º de filhos: _____</p> | <p><i>Para gestantes e/ou após gestação:</i></p> <p>Pré-natal: () 6 ou mais consultas () menos de seis consultas</p> <p>Tempo de gestação: () inferior a 37 semanas () 37 semanas ou mais</p> <p>Tipo de parto: () Normal () Cesáreo</p> <p>Peso ao nascer: () baixo peso ao nascer - inferior a 2.500 g () peso adequado</p> <p>Óbito infantil: () Sim () Não</p> |
|---|---|

APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO REIS VELLOSO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa “Vulnerabilidade Social e fatores relacionados à gravidez na adolescência”. Neste estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade social e os fatores relacionados à gravidez na adolescência comparativamente a adolescentes nuligestas e adolescentes primíparas; caracterizar as adolescentes quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos, estilo de vida, saúde sexual e reprodutiva; identificar o nível de capital social das adolescentes e as memórias do comportamento de criação dos pais e suas dimensões; descrever a vulnerabilidade social no contexto da adolescente; relacionar a vulnerabilidade social da adolescente e as características sociodemográficas, econômicas, estilo de vida, saúde sexual e reprodutiva, capital social e educação familiar das adolescentes nos diferentes contextos.

Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Marize Melo dos Santos. Após obter as informações necessárias e desejar participar da pesquisa, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Esclarecimentos éticos sobre a pesquisa podem ser buscados junto ao CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal do Piauí, localizado Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga, Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, CEP: 64.049-550 - Teresina - PI, telefone: (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecimento Sobre A Pesquisa

Pesquisadora responsável: Marize Melo dos Santos

Telefone para contato: (86) 988313310

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí, Teresina - UFPI

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadora do programa de mestrado: Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas

Telefone para contato: (86) 9 994333713

Instituição/Departamento: UFPI – Pós – graduação *Campus* Universitário Ministro Reis Velloso; Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Rubrica dos Participantes

Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas

Rubrica do Pesquisador

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar. 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) pois o pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, você poderá ficar com vergonha.

Assentimento da participação

Eu, _____, RG _____ (se tiver), concordo em participar do estudo. 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, sem penalidades ou prejuízo. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento. Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas.

Local e data: _____

Assinatura do participante (ou digital): _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa ou representante legal para participação deste estudo.

Teresina, ___ de _____ de 20__.

 Profa. Dra. Marize Melos dos Santos
 Pesquisadora Responsável


 Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas
 Pesquisadora Participante

ANEXOS

ANEXO A - Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)**Q1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

Q2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

Q3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês

- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Q9. Já alguma vez ficou ferida ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Q10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total (soma dos pontos): _____

- () Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)
- () Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos
- () Consumo de risco = 8 a 15 pontos
- () Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos

**ANEXO B - Questionnaire for the Measurement of Social Capital (SC-IQ)
from the World Bank - short version**

Dimensão I - Grupos e Redes

1. Eu gostaria de começar perguntando a você sobre os grupos ou organizações, redes, associações a que você, ou qualquer outro membro do seu domicílio, pertencem. Esses grupos podem ser formalmente organizados ou apenas grupos de pessoas que se reúnem regularmente, para praticar alguma atividade, ou apenas conversar. De quantos grupos você, ou alguém em seu domicílio, faz parte? _____

2. De todos os grupos de que você, ou os membros do seu domicílio fazem parte, qual é o mais importante para o seu domicílio? _____ (nome do grupo)

3. Pensando nos membros deste grupo, a maioria deles é do(a) mesmo(a)...

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| A. Religião | () | () |
| B. Sexo | () | () |
| C. Grupo étnico ou linguístico/raça/casta/tribo | () | () |

4. Os membros do grupo têm, em sua maioria, a mesma...

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| A. Ocupação | () | () |
| B. Formação educacional ou grau de escolaridade | () | () |

5. Esse grupo trabalha ou interage com grupos fora do(a) bairro/localidade?

- () Não
 () Sim, ocasionalmente
 () Sim, frequentemente

6. Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. _____

7. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro [RURAL: o suficiente para pagar as despesas do seu domicílio durante uma semana; URBANO: o que você ganharia, digamos, em uma semana de trabalho], há pessoas além do seu domicílio ou parentes próximos, que estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?

- () Definitivamente
 () Provavelmente
 () Não tenho certeza
 () Provavelmente não
 () Definitivamente não

Dimensão II - Confiança e Solidariedade

8. Falando em geral, você diria que se pode confiar na maioria das pessoas, ou que nunca é demais ter cuidado ao lidar com as pessoas?

- () Pode-se confiar nas pessoas
() Nunca é demais ter cuidado

9. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

| | Concordo totalmente | Concordo em parte | Nem concordo, nem discordo | Discordo em parte | Discordo totalmente |
|--|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| A. A maioria das pessoas neste(a) bairro ou localidade estão dispostas a ajudar caso você precise. | | | | | |
| B. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você. | | | | | |

10. Quanto você confia em...

| | Confio totalmente | Confio muito | Nem muito, nem pouco | Confio pouco | Confio muito pouco |
|--------------------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------------|
| A. Membros do governo local. | | | | | |
| B. Membros do governo central. | | | | | |

11. Se um projeto da comunidade não lhe beneficia diretamente, mas tem benefícios para muitas outras pessoas do(a) bairro/localidade, você contribuiria com seu tempo ou dinheiro para o projeto?

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Tempo | Dinheiro |
| () Não contribuiria com tempo | () Não contribuiria com dinheiro |
| () Contribuiria com tempo | () Contribuiria com dinheiro |

Dimensão III - Ação Coletiva e Cooperação

12. Nos últimos 12 meses, você ou alguém do seu domicílio participou de alguma atividade comunitária, em que as pessoas se reúnem para realizar algum trabalho em benefício da comunidade?

- () Sim
() Não (vá para a questão 14)

13. Quantas vezes, nos últimos 12 meses? _____

14. Se houvesse um problema de abastecimento de água nesta comunidade, qual é a probabilidade de que as pessoas cooperassem para tentar resolver o problema?

- () Muito provável

- Relativamente provável
- Nem provável, nem improvável
- Relativamente improvável
- Muito improvável

Dimensão IV - Informação e Comunicação

15. No último mês, quantas vezes você fez ou recebeu um telefonema? ____

16. Quais são as **3 (três)** fontes de informação mais importantes a respeito do que o governo está fazendo (tal como mutirão agrícola, frente de trabalho, planejamento familiar etc.)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentes, amigos e vizinhos | <input type="checkbox"/> Grupos ou associações |
| <input type="checkbox"/> Boletins da comunidade | <input type="checkbox"/> Colegas de trabalho ou sócios |
| <input type="checkbox"/> Mercado local | <input type="checkbox"/> Associados políticos |
| <input type="checkbox"/> Jornal local ou da comunidade | <input type="checkbox"/> Líderes da comunidade |
| <input type="checkbox"/> Jornal nacional | <input type="checkbox"/> Um agente do governo |
| <input type="checkbox"/> Rádio | <input type="checkbox"/> ONGs |
| <input type="checkbox"/> Televisão | <input type="checkbox"/> Internet |

Dimensão V - Coesão e Inclusão social

17. Muitas vezes há diferenças nas características entre as pessoas que vivem num(a) mesmo(a) bairro/localidade. Por exemplo, diferenças de riqueza, renda, posição social, origem étnica, raça, casta ou tribo. Também pode haver diferenças em relação às crenças religiosas e políticas, ou pode haver diferenças devido à idade ou o sexo. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes no(a) seu(sua) bairro/localidade?

- Extremamente diferentes
- Muito diferentes
- Relativamente diferentes
- Pouco diferentes
- Muito pouco diferentes

18. Alguma dessas diferenças causa problemas?

- Sim
- Não (vá para a questão 21)

19. Quais são as **2 (duas)** diferenças que mais frequentemente causam problemas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diferenças de educação | <input type="checkbox"/> Diferenças entre moradores antigos e novos moradores |
| <input type="checkbox"/> Diferenças de posses de terras | <input type="checkbox"/> Diferenças de filiação política |
| <input type="checkbox"/> Diferenças de riqueza/posses materiais | <input type="checkbox"/> Diferenças de crenças religiosas |
| <input type="checkbox"/> Diferenças de posição social | <input type="checkbox"/> Diferenças de origem étnica, raça, casta/tribo |
| <input type="checkbox"/> Diferenças entre homens e mulheres | <input type="checkbox"/> Outras diferenças |
| <input type="checkbox"/> Diferenças entre as gerações mais jovens e as gerações mais velhas | |

20. Alguma vez esses problemas levaram à violência?

- Sim
- Não

21. Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas para comer ou beber, em casa ou em um lugar público? _____

22. [SE A RESPOSTA NÃO FOR ZERO] Alguma dessas pessoas era...

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| A. De origem étnica ou lingüística, raça/casta/tribo diferente? | | |
| B. De situação econômica diferente? | | |
| C. De posição social diferente? | | |
| D. De um grupo religioso diferente? | | |

23. Em geral, como você sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?

- Muito seguro(a)
- Moderadamente seguro(a)
- Nem seguro(a), nem inseguro(a)
- Moderadamente inseguro(a)
- Muito inseguro(a)

Dimensão VI - Autoridade ou Capacitação (*Empowerment*) e Ação Política

24. Em geral, você se considera uma pessoa...

- Muito feliz
- Moderadamente feliz
- Nem feliz, nem infeliz
- Moderadamente infeliz
- Muito infeliz

25. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o curso da sua vida?

- Totalmente incapaz de mudar minha vida
- Geralmente incapaz de mudar minha vida
- Nem capaz, nem incapaz
- Geralmente capaz de mudar minha vida
- Geralmente capaz de mudar minha vida

26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas neste(a) bairro/localidade se reuniram para entregar conjuntamente uma petição a membros do governo ou a líderes políticos pedindo algo em benefício da comunidade?

- Nunca
- Uma vez
- Algumas vezes (5 ou menos)
- Muitas vezes (mais de 5)

27. Muitas pessoas consideram difícil sair para votar. Você votou nas últimas eleições estaduais, nacionais ou presidenciais?

- Sim
- Não

ANEXO C - Parental Bonding Instrument (PBI)

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE/PAI na infância e na adolescência (até 16 anos), faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

| Atitudes/comportamentos | Muito parecido | Moderadamente parecido | Moderadamente diferente | Muito diferente |
|--|----------------|------------------------|-------------------------|-----------------|
| | () | () | () | () |
| Falava comigo com uma voz meiga e amigável | () | () | () | () |
| Não me ajudava tanto quanto eu necessitava | () | () | () | () |
| Deixava-se fazer as coisas que eu gostava de fazer | () | () | () | () |
| Parecia compreender meus problemas e preocupações | () | () | () | () |
| Era carinhoso(a) comigo | () | () | () | () |
| Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões | () | () | () | () |
| Não queria que eu crescesse | () | () | () | () |
| Tentava controlar todas as coisas que eu fazia | () | () | () | () |
| Invadia minha privacidade | () | () | () | () |
| Gostava de conversar sobre as coisas comigo | () | () | () | () |
| Frequentemente sorria para mim | () | () | () | () |
| Tendia a me tratar como bebê | () | () | () | () |
| Parecia não entender o que eu necessitava ou queria | () | () | () | () |
| Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo | () | () | () | () |
| Fazia com que eu sentisse que não era querida | () | () | () | () |
| Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateada | () | () | () | () |
| Não conversava muito comigo | () | () | () | () |
| Tentava me fazer dependente dele(a) | () | () | () | () |
| Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesma, a menos que ele(a) estivesse por perto | () | () | () | () |
| Dava-me tanta liberdade quanto eu queria | () | () | () | () |
| Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria | () | () | () | () |
| Era superprotetor(a) comigo | () | () | () | () |
| Não me elogiava | () | () | () | () |
| Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse | () | () | () | () |

ANEXO D - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)

| Pergunta | Resposta |
|--|--|
| 1. Você fala português? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco |
| 2. Você consegue ler em português? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco |
| 3. Você tem um parceiro? (faça uma escolha) | <input type="checkbox"/> Eu moro com meu parceiro (continue com a questão 5) <input type="checkbox"/> Eu tenho um parceiro e moramos separadamente (continue com a questão 5) <input type="checkbox"/> Eu não tenho um parceiro (continue com a questão 4) |
| 4. Se você não tem um parceiro, como você mora? (faça uma escolha) | <input type="checkbox"/> Eu vivo de forma independente em uma casa <input type="checkbox"/> Eu vivo de forma independente em um flat de serviço <input type="checkbox"/> Eu moro com meus filhos <input type="checkbox"/> Eu moro com um amigo <input type="checkbox"/> Eu moro em um abrigo ou instituição <input type="checkbox"/> Eu não tenho um local permanente de residência ou estadia <input type="checkbox"/> As opções acima não são aplicáveis |
| Indique se eles se aplicam ou não às seguintes declarações. | |
| 5. Se precisar de ajuda ou apoio prático, há alguém com quem posso contar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Preciso de ajuda ou suporte mais prático. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Se eu precisar de ajuda ou apoio emocional, há alguém com quem posso contar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Eu preciso de mais ajuda ou apoio emocional. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Se eu tiver que ir a algum lugar, há alguém que pode me trazer. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Eu frequentemente preciso de alguém que possa me levar a algum lugar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 11. Se eu precisar de ajuda com o trabalho doméstico, há alguém com quem posso contar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Eu preciso de mais ajuda com a família. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 13. Se eu preciso de companhia e conversação, há alguém com quem posso contar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Eu gostaria de ter mais pessoas para conversar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Se eu precisar de conselhos sobre assuntos importantes, há alguém a quem posso recorrer. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 16. Eu tenho mais necessidade de conselhos sobre assuntos importantes. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 17. Eu uso o telefone para manter contatos. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 18. Eu ainda posso alcançar lugares que estão muito longe para andar. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 19. Eu visito amigos e/ou familiares, ou eles me visitam. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |
| 20. Eu ando de bicicleta e/ou ando junto com outras pessoas. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não |

21. Eu toco em um grupo/banda. Sim Às vezes Não
22. Eu jogo jogos de tabuleiro. Sim Às vezes Não
23. Eu vou a um clube/associação, a igreja e/ou centro comunitário. Sim Às vezes Não
24. Eu tenho controle suficiente para decidir por mim mesma como eu vivo? Sim Às vezes Não
25. Eu acho difícil manter amizades? Sim Às vezes Não
26. Eu tenho amizades calorosas e agradáveis? Sim Às vezes Não
27. Faça uma escolha de uma das três proposições: Estou satisfeita/feliz com os contatos com minha família em minha vida
 Eu fico triste/zangada por contatos com minha família em minha vida
 Neutro: nenhuma das afirmações acima é aplicável
28. Faça uma escolha de uma das três proposições: Fico satisfeita/feliz quando penso nas amizades da minha vida
 Fico triste/zangada quando penso nas amizades da minha vida
 Neutro: nenhuma das afirmações acima é aplicável
29. Faça uma escolha de uma das três proposições: Estou satisfeita/feliz com a minha situação de vida
 Estou insatisfeita/infeliz com a minha situação de vida
 Neutro: nenhuma das afirmações acima é aplicável
30. Faça uma escolha de uma das três proposições: Estou satisfeita/feliz com o bairro onde moro (0 pnt)
 Estou insatisfeita/infeliz com o bairro onde moro
 Neutro: nenhuma das afirmações acima é aplicável
31. Faça uma escolha de uma das três proposições: Estou satisfeita/feliz com as atividades que realizo
 Estou insatisfeita/infeliz com as atividades que realizo
 Neutro: nenhuma das afirmações acima é aplicável
32. Qual é o nível mais alto de educação que você tem feito? Nunca estudei
 Ensino fundamental
 Ensino médio
 Curso profissionalizante
 Universidade
-

ANEXO E- Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "VULNERABILIDADE SOCIAL E FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 468, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta Instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **MARIZE MELO DOS SANTOS E JOANA ELISABETH DE SOUSA MARTINS FREITAS** acesso as Unidades Básicas de Saúde para seleção da amostra e entrevista, com adolescentes grávidas, nuligestas e primíparas.

Teresina, 06 de julho de 2018.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
COREN-PI 048.759

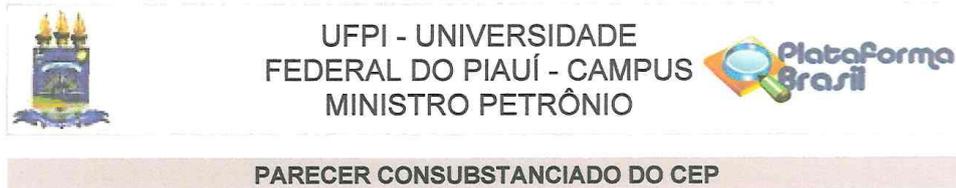


Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO F-Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade social e gravidez na adolescência.

Pesquisador: Marize Melo dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96705118.5.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.883.285

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é sobre a vulnerabilidade na adolescência. A adolescência compreende uma fase do ciclo vital caracterizada por intenso desenvolvimento e mudanças, que oferecem ao indivíduo uma condição intrínseca de vulnerabilidade, necessitando, assim, de proteção e cuidados físicos, psíquicos e morais. A vulnerabilidade social destaca-se e caracteriza-se por torná-los expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social que podem influenciar o seu modo de viver e de adoecer (SOBRAL, 2015). Dessa forma, é pertinente investigar a vulnerabilidade social na adolescência e fatores relacionados, em especial, no contexto da gravidez.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

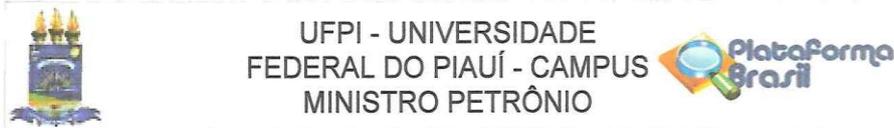
Avaliar a vulnerabilidade social e os fatores relacionados à gravidez na adolescência comparativamente a adolescentes nuligestas e adolescentes primíparas.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as adolescentes quanto aos aspectos sócio demográficos, econômicos, estilo de vida, saúde sexual e reprodutiva. Identificar o nível de capital social das adolescentes e as memórias do comportamento de criação dos pais e suas dimensões.

Descrever a vulnerabilidade social no contexto da adolescente nuligesta, da gestante e da adolescente primípara.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550
UF: PI **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332



Continuação do Parecer: 2.883.285

Relacionar a vulnerabilidade social da adolescente e as características sócio demográficas, econômicas, estilo de vida, saúde sexual e reprodutiva, capital social e educação familiar das adolescentes nos diferentes contextos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dentre os riscos do estudo, poderá haver "constrangimento", por serem trabalhadas características pessoais e uma temática social e estigmatizante o que será evitado pelo reforço do cuidado e respeito ao adolescente, e do sigilo e anonimato na participação da pesquisa; poderá haver, também, "fadiga" ou "cansaço", devido ao tempo para preenchimento dos instrumentos da pesquisa. Porém, a equipe é formada por profissionais capacitados

para atender e intervir caso sejam apresentados, contando com apoio, ainda, de profissional psicólogo caso na UBS tenha o núcleo de apoio à saúde da família, para contornar qualquer situação desfavorável, e informamos que os participantes poderão desvincular-se do estudo se assim acharem necessário.

Benefícios:

Como benefícios, as informações obtidas aprimorarão os conhecimentos preexistentes e poderão embasar ações educativas desenvolvidas por profissionais de saúde com ênfase nas potencialidades e habilidades dos adolescentes, famílias e comunidades, no âmbito da atenção básica, para diminuir a vulnerabilidade social e os fatores que possam associar-se à gravidez precoce e não planejada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com temática relevante sobre a saúde do adolescente e a vulnerabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.883.285

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1179234.pdf | 24/08/2018 16:54:26 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folharostojoana.pdf | 24/08/2018 16:54:00 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Outros | curriculoslattes.pdf | 24/08/2018 11:03:59 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Outros | cartadeencaminhamento.pdf | 24/08/2018 10:08:37 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Outros | termodeconfidencialidade.pdf | 23/08/2018 17:54:21 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Outros | Intrumentodecoletadedados.docx | 23/08/2018 17:53:16 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_mestrado.docx | 23/08/2018 17:52:22 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE_mestrado.docx | 23/08/2018 17:52:08 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoElisabethdefinitivo.docx | 23/08/2018 17:41:07 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao.pdf | 23/08/2018 17:37:54 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracaoademinstituicaoinfraestrutura.jpg | 23/08/2018 17:36:32 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |
| Brochura Pesquisa | ProjetoJoanaElisabethdefinitivo.docx | 23/08/2018 17:29:30 | Joana Elisabeth de Sousa Martins Freitas | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.883.285

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 10 de Setembro de 2018

Maria do Socorro Ferreira dos Santos

Assinado por:

**Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br