

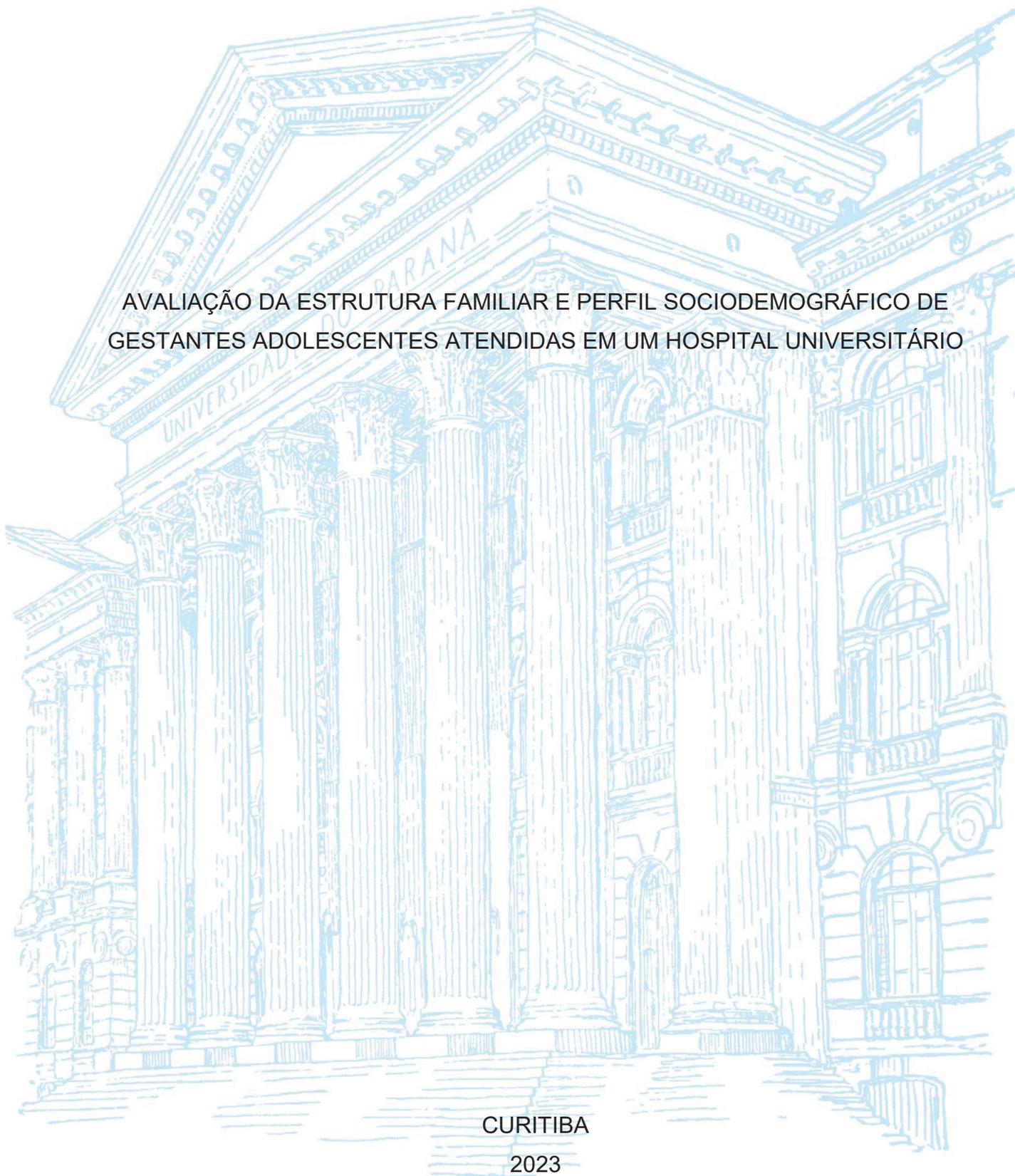
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉ FELIPE BATISTUSSI

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CURITIBA

2023



ANDRÉ FELIPE BATISTUSSI

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mitsunori Nisihara

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Kadija Rahal
Chrisostomo

CURITIBA

2023

B333 Batistussi, André Felipe

Avaliação da estrutura familiar e perfil sociodemográfico de gestantes adolescentes atendidas em um hospital universitário [recurso eletrônico] / André Felipe Batistussi. – Curitiba, 2023.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mitsunori Nisihara

Coorientadora: Profa. Dra. Kadija Rahal Chrisostomo

1. Gravidez na adolescência. 2. Fatores sociais. 3. Núcleo familiar. I. Nisihara, Renata Mitsunori. II. Chrisostomo, Kadija Rahal. III. Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação TOCGINECOLOGIA E SAÚDE DA MULHER da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ANDRÉ FELIPE BATISTUSSI** intitulada: **AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**, sob orientação do Prof. Dr. RENATO MITSUNORI NISHIHARA, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 01 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

06/03/2023 07:50:40.0

RENATO MITSUNORI NISHIHARA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

04/03/2023 15:55:22.0

SHELDON RODRIGO BOTOGOSKI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA- CURITIBA)

Assinatura Eletrônica

03/03/2023 16:20:35.0

JAN PAWEL ANDRADE PACHNICKI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Dedico este trabalho:

A meu companheiro, Alan Medeiros Otani, pelo tempo que deixamos de estar juntos.

A meu irmão, Charles Augusto Batistussi, e a sua família, que sempre me apoiaram durante esta jornada.

A meus pais, Osmar Batistussi e Ivete Batistussi, que me deram todas as condições para realizar este trabalho.

A meus sogros, Luiz Otani e Rosemar Xavier de Medeiros Otani, pelo carinho e respeito.

A meus amigos, Evelinn Batista de Moura, Daniela Cristina Correia Alioto, Juliane Miyazaki, Andreia Pelegrine, Rosália de Lima Barbosa e Alex Sandro Zanchin, por acreditarem no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

À minha equipe de trabalho, que, com organização, tornou possível meu desafio de lidar com o tempo.

Às pacientes e aos seus acompanhantes, que foram parte essencial para a conclusão deste trabalho.

Ao Hospital de Clínicas, que me abriu suas portas, o que muito auxiliou neste trabalho.

À equipe de enfermagem, sempre prestativa em todas as minhas solicitações.

À Prof.^a Dra. Alessandra Engle do Reis e à Prof.^a Ms. Tatianne Cavalcanti Frank, pela formação e espelho na graduação.

Ao Prof. Dr. Renato Mitsunori Nisihara, pela dedicação nas correções e orientações neste período de aprendizado, bem como pelo vasto conhecimento e pela generosidade em me orientar em todos os momentos necessários.

À Prof.^a Dra. Kadija Rahal Crhisostomo, por não medir esforços na coorientação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sheldon Rodrigo Botogoski, pela colaboração inicial do trabalho.

À Rejane Cesare, pela parceria no processo de mestrado.

E Deus limpará de seus olhos toda a lágrima; e não haverá mais morte, nem pranto, nem clamor, nem dor; porque já as primeiras coisas são passadas. E o que estava assentado sobre o trono disse: Eis que faço novas todas as coisas. E disse-me: Escreve porque estas palavras são verdadeiras e fiéis.

Apocalipse 21:4,5

RESUMO

A gravidez na adolescência ainda é frequente em nosso país. Trata-se de um problema social que possui características próprias e que está diretamente relacionado à organização familiar da jovem. O objetivo deste estudo é avaliar a estrutura familiar das puérperas adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, comparando-a com a das puérperas adultas. Além disso, foram investigados o perfil sociodemográfico e a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis nesses grupos, bem como foi descrito o uso de redes sociais no contexto de informações sobre gravidez das puérperas adolescentes estudadas. Trata-se de um estudo transversal analítico realizado entre setembro de 2020 e novembro de 2022, em um hospital universitário em Curitiba/PR. As participantes foram recrutadas e divididas em dois grupos, de acordo com as seguintes características: Grupo A (estudo), adolescentes com idades entre 10 e 19 anos completos que estavam vivenciando o período puerperal; Grupo B (comparação), mulheres primíparas com idade igual e/ou superior a 25 anos. Os dois grupos responderam ao mesmo questionário, presencialmente, quando estavam internadas no pós-natal. No período estudado, foram coletados os dados de 400 pacientes, sendo 182 adolescentes e 218 mulheres adultas. A mediana de idade no grupo de adolescentes foi de 17 anos (IIQ=16-18 anos), sendo a idade mínima 13 anos. Entre as adultas, a mediana foi de 27 anos (IIQ= 25-30 anos), sendo a mais idosa com 43 anos. Evidenciou-se que as participantes do grupo adolescente são menos seguidoras de religião que a do grupo de adultas ($p < 0,0001$). Ainda, 84,4% das mulheres acima de 25 anos têm parceiro fixo, índice que cai para 68,7% entre as adolescentes ($p < 0,0001$). A média salarial familiar das adolescentes é menor ($p < 0,0001$). Quase metade das pacientes adolescentes não foram criadas por ambos os pais ($p = 0,001$). Quanto aos pais das adolescentes, 73,5% deles não são casados ($p < 0,0001$) e 25,8% delas classificam a união de sua família como ruim/regular, resultado pior quando comparado ao grupo das adultas ($p = 0,035$). Dentre os responsáveis familiares, 21,4% não possuem crença religiosa ($p < 0,0001$). Foi evidenciado ausência de diálogo sobre as dúvidas gerais das adolescentes, 37,9% ($p = 0,007$) e 39% dos pais não conversavam com os filhos sobre sexualidade, sendo significativamente maior no Grupo A ($p = 0,001$). Ao serem questionadas a respeito do histórico de gravidez na família, a resposta “mãe” é a mais frequente entre as adolescentes (60,5% vs. 32,6%; $p < 0,0001$). A sexarca foi significativamente menor, entre as adolescentes 14 anos e de 17 anos entre as adultas ($p < 0,0001$). Em relação às redes sociais, sobre as quais ambos os grupos afirmaram utilizá-las para buscar informações sobre a gravidez, a mediana de tempo de uso é de 453,3 minutos/dia entre as adolescentes e de 410 minutos/dia entre as adultas, e ambos os grupos conheciam sobre anticoncepcionais. Nos dois grupos houve alta frequência de HIV (dois casos em cada grupo) e de sífilis (com testagem positiva) (4,9% e 4,1%, respectivamente), estando todas as participantes sob tratamento. Concluiu-se que a falta de estrutura familiar aparece de forma altamente significativa entre as adolescentes, fortalecendo os indicativos de que tal fato influencia na ocorrência de gestação não intencional. A sífilis e o HIV foram diagnosticadas com maior prevalência entre os grupos. Por fim, ambos os grupos utilizaram as redes sociais para buscar informações sobre gravidez.

Palavras-chave: Redes familiares. Gravidez na adolescência. Fatores Sociais.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is still frequent in our country. It is a social problem with its own characteristics that is related to the young woman's family organization. This study aims to compare the family structure of adolescent postpartum women aged 10 to 19 years to that of adult postpartum women. Besides, the socio-demographic profile and prevalence of STIs (Sexually Transmitted Infections) in these groups, as well as the use of social networks in the context of information on the pregnancy of the adolescent puerperal women studied, were investigated. This is a cross-sectional analytical study that took place in a university hospital in Curitiba, Brazil, between September 2020 and November 2022. The participants were selected and divided into two groups (study and comparison) based on the following criteria: Group A (study) consists of adolescents aged 10 to 19 years who are in their puerperal period; Group B (comparison) consists of primiparous women aged 25 and up. Both groups completed the same questionnaire in person while hospitalized in the postpartum period. Data from 400 patients, 182 adolescent, and 218 adult women were collected during the study period. The median age of the adolescents was 17 years old (IIQ=16–18 years old), with a minimum age of 13 years. The oldest adult was 43 years old, with a median age of 27 (IIQ= 25–30). Results suggest that the members of the adolescent group practice their religion less frequently than the members of the adult group ($p<0.000$). In addition, 84.4% of women over 25 years of age have a steady partner, an index that drops to 68.7% among adolescents ($p<0.0001$). Adolescents have lower family incomes on average ($p<0.0001$). Almost half of the adolescent patients were not raised by both parents ($p=0.001$). As for the parents of the adolescents, 73.5% of them are not married ($p<0.0001$), and 25.8% of them classify their family union to be bad/regular, a worse result when compared to the group of adults ($p=0.035$). Among the family guardians, 21.4% did not have a religious belief ($p<0.0001$). There was no dialogue about adolescents' general doubts, 37.9 % ($p=0.007$) and 39% did not discuss sexuality with their children, with Group A significantly higher ($p=0.001$). When asked about a family history of pregnancy, adolescents are more likely than adults to answer "mother" (60.5% vs. 32.6%; $p<0.0001$). Sexarche was significantly lower, in adolescents 14 years old and adults 17 years old ($p<0.0001$). Concerning social networks, which both groups claimed to use to seek pregnancy information, the median time of use is 453.3 minutes for adolescents and 410 minutes for adults, with no significant difference ($p=0.091$). Both groups were aware of contraceptive methods, with no significant difference. There was a high prevalence of HIV (two cases in each group) and syphilis (with positive testing) (4.9% and 4.1%, respectively), and all participants were receiving medical treatment. It was concluded that the lack of family structure appears in a highly significant way among adolescents, strengthening the indications that this fact influences the occurrence of unintentional pregnancy. Syphilis and HIV were diagnosed with higher prevalence among the groups. Finally, both groups used social media to search for pregnancy information.

Keywords: Family networks. Teenage pregnancy. Social Factors

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES.....	33
TABELA 2 – USO DE REDES SOCIAIS	35
TABELA 3 – DADOS SOBRE A GESTAÇÃO, PARTO, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL DAS PARTICIPANTES.....	36
TABELA 4 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR DAS PARTICIPANTES	38
TABELA 5 – DADOS SOBRE A CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE AS PARTICIPANTES	40
TABELA 6 – DADOS SOBRE PÓS-NASCIMENTO E O RELACIONAMENTO COM O PAI DO RECÉM-NASCIDO.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIDS	– Síndrome da imunodeficiência adquirida
COVID-19	– <i>Coronavirus disease</i>
ECA	– Estatuto da criança e do adolescente
EUA	– Estados Unidos da América
DST	– Doenças sexualmente transmissíveis
IA	– <i>Internet addiction</i>
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	– Infecções sexualmente transmissíveis
HIV	– Vírus da imunodeficiência humana
HPV	– Papilomavírus humano
LMICs	– <i>Lower middle-income countries</i>
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PIU	– <i>Problematic internet use</i>
POG	– <i>Problematic online games</i>
PR	– Paraná
SINASC	– Sistema de informações sobre nascidos vivos
TALE	– Termo de assentimento livre esclarecido
TCLE	– Termo de consentimento livre esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	15
1.1.1	Objetivo geral	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA – CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA, FATORES E REPERCUSSÕES.....	17
2.2	SOBRE FAMÍLIA, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	21
2.3	ADOLESCÊNCIA E AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST).....	24
2.4	ADOLESCÊNCIA, USO DAS REDES SOCIAIS <i>ONLINE</i>	25
2.5	ADOLESCÊNCIA, REDES SOCIAIS ONLINE E SAÚDE SEXUAL.....	26
3	MATERIAL E MÉTODO	28
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.2	CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA.....	28
3.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
3.4	CÁLCULO AMOSTRAL	29
3.5	OBTENÇÃO DOS DADOS	29
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4	RESULTADOS	33
5	DISCUSSÃO	44
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES.....	44
5.2	USO DAS REDES SOCIAIS.....	44
5.3	GESTAÇÃO, PARTO, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL DAS PARTICIPANTES	45
5.4	ESTRUTURA FAMILIAR	47
5.5	DADOS SOBRE A CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE AS PARTICIPANTES	50
5.6	PÓS-NASCIMENTO E RELACIONAMENTO COM PAI DO RN	51
6	LIMITAÇÕES	53
7	PERSPECTIVAS	54
8	CONCLUSÕES	55

REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	66
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	70
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
ANEXO 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um tema de grande importância, bastante discutido na saúde mundial devido às suas repercussões físicas e emocionais na vida da mulher e por gerar problemas sociais e econômicos principalmente para países vulneráveis, ou seja, de baixa renda (COSSÍO-ARANDA *et al.*, 2020). Segundo a *World Health Organization* (2020a), estima-se que, em todo o mundo, 12 milhões de jovens com idades entre 15 e 19 anos e 777 mil com idades inferiores a 15 anos dão à luz anualmente. Apesar de o Brasil apresentar uma redução de tal problemática desde o ano de 2000, a taxa de fecundidade para o público adolescente continua elevada (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Dessa forma, para que haja um melhor entendimento, é importante observar a classificação etária desses indivíduos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a idade entre 10 e 19 anos como adolescência e acrescenta aspectos biológicos, sociais e psicológicos como uma definição cronológica específica dessa faixa etária (WHO, 1986). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990), documento utilizado no Brasil, propõe que a adolescência é o período que se estende entre 12 e 18 anos de idade.

Ressalta-se que a adolescência é um período de desenvolvimento importante para a vida da pessoa – situações vivenciadas nessa fase podem estar atreladas a consequências futuras. Nesse contexto, a família tem papel significativo relacionado ao indivíduo jovem, inclusive a sua saúde (TABELI *et al.*, 2021).

No período da adolescência, são comuns os conflitos entre pais e filhos. Quando o diálogo entre ambos é insuficiente e ou turbulento o jovem sente falta de uma relação mais próxima e afetuosa com os pais, a qualidade do relacionamento entre eles se torna ainda mais prejudicada (DADOORIAN, 2000).

Em relação à gestação na adolescência, tal fato pode estar associado a problemas enfrentados pela adolescente nas esferas pessoal, familiar e socioeconômica. Entretanto, o desejo de ser mãe poderia ser uma possibilidade de sair de casa e constituir a própria família, visto que esse caminho resultaria em liberdade e autonomia (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010). Considerando as características fisiológicas e psicológicas da adolescência, uma gravidez precoce é uma gestação de risco (DIAS; TEIXEIRA, 2010). As complicações associadas à

gravidez na adolescência mais descritas são: doença hipertensiva específica da gestação, o abortamento, a infecção urinária e a ruptura prematura das membranas ovulares (AZEVEDO *et al.*, 2015). Além dos fatores biológicos, a literatura ressalta que a gravidez em adolescente também apresenta repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, afetando os jovens, a família e a sociedade (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHKE, 2000).

Fracisconi e Torres (2014) identificaram que, além da estrutura familiar, outros fatores sociais, como a falta de perspectivas dos adolescentes, modismo, mídia, condições financeiras, menarca e iniciação sexual prematura, estão ligados à maternidade precoce. Em relação ao uso de mídias sociais, segundo um estudo realizado pela *We Are Social* e a *Hootsuite*, cerca de 4,66 bilhões de indivíduos no mundo fizeram uso da internet em janeiro de 2021, ocasionando um aumento de 316 milhões (7,3%) desde o ano anterior (KEMP, 2021). O mesmo estudo ainda relata que 4,20 bilhões de usuários fazem uso da mídia social em um contexto global. O uso do *smartphone* e da internet tem se tornado quase universal entre os jovens e a maior parte das pessoas dos mais diferentes países está buscando informações sobre saúde (ALHASSAN *et al.*, 2019; DECKER *et al.*, 2020; NIELSEN *et al.*, 2021). Essas diferentes tecnologias possibilitam para essa população facilidade de acesso à informação, propiciando maior conhecimento de como evitar gravidez e prevenir ISTs (ALHASSAN *et al.*, 2019; DECKER *et al.*, 2020).

No Brasil, inexistem estudos quantitativos de como a estrutura familiar influencia na ocorrência de gravidez na adolescência. Tal informação poderá ser útil para se estabelecer novas medidas para diminuir o número de gestações não desejadas nessa faixa etária.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar se a estrutura familiar influencia gestações em adolescentes no puerpério imediato e compará-las a mulheres adultas primíparas nessa mesma condição.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Investigar o perfil sociodemográfico das adolescentes estudadas;
- b) Determinar a prevalência de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) nas adolescentes;
- c) Descrever o uso de redes sociais no contexto de informações sobre gravidez.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA – CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA, FATORES E REPERCUSSÕES

A gravidez na adolescência é tratada tradicionalmente como não intencional e ocorrida pela falta de conhecimento e acesso aos métodos anticoncepcionais. Por vezes, esses aspectos, não estão presentes, de maneira que tal situação pode estar vinculada a motivações individuais, condições sociais, influência de fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos que interferem na escolha de ser mãe (BRASIL, 2018).

Dessa forma, para que haja um melhor entendimento sobre as futuras discussões a respeito do supracitado tema, faz-se necessário conceituar esse período da vida do jovem. A palavra “adolescência” deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer” (BUENO, 1995). Segundo o dicionário *Michaelis Online* (sd), a adolescência compreende o “período do desenvolvimento humano entre a puberdade e a idade adulta, durante o qual ocorrem mudanças físicas, como o crescimento acelerado e a maturidade sexual e alterações psicológicas e sociais”. Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, a adolescência é o período da vida entendida entre a infância e a fase adulta, definida por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (1986) delimita a faixa etária entre 10 e 19 anos como adolescência, e considera ainda que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (GURGEL *et al.*, 2008). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), em seu “Art 2, considera adolescente aqueles entre doze e dezoito anos de idade” (1990, p. 1). Apesar de a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, dispor sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, o país adota, para elaboração de seus documentos referentes à adolescência, a indicação da OMS.

Abordar o conceito de gravidez na adolescência, em um contexto de desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero como o do Brasil, demanda respeito à vida de milhões de jovens, bem como competência teórica e técnica. São

peças amparadas pelos direitos, em construção referente ao aprendizado de sua autonomia, cuidados, controle e principalmente de todos os aspectos que envolvem a sexualidade (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

Segundo a *World Health Organization* (2020), cerca de, 12 milhões de pessoas com idades entre 15 e 19 anos e 777 mil com idades menores a 15 anos dão à luz todo ano mundialmente. No Brasil, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo em vista a faixa etária de mães até 14 anos, houve 17.316 nascimentos; entre aquelas com idades entre 15 e 19 anos foram 344.685 nascimentos. No estado do Paraná, no mesmo ano, nasceram, de mães adolescentes com idades até 14 anos, 602 bebês e, entre aquelas de idade entre 15 e 19 anos, outros 15.142 bebês (BRASIL, 2021). Segundo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos no *site* do Governo (BRASIL, 2022a), o país possui a taxa de nascimentos, a partir de mães adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, 50% maior do que a média mundial – levando em consideração que esta é estimada em 46 nascimentos para cada mil meninas e, no Brasil, estão estimadas 68,4/1000 gestações nesta fase da vida.

As taxas de gravidez na adolescência entre mulheres que vivenciam desvantagens de ordem socioeconômica e educacional podem ser duradouras e ocorrer de geração em geração. Além disso, desfechos maternos e neonatais podem ser diminuídos por meio de cuidados pré-natais e pós-natais que atendam às necessidades especiais desses sujeitos (MANN; BATESON; BLACK, 2020).

Durante o período da puberdade, os adolescentes passam por complexas alterações biofísicas e se enquadram nas condições sociais e culturais da fase adulta. Nesse contexto, o amadurecimento de sua sexualidade é uma base importante para o seu desenvolvimento biopsicossocial que, quando negligenciado, pode resultar em problemas de saúde sexual e reprodutiva (LEE; HOW; RAJASEGARAN, 2019).

Assim, no contexto atual, a gravidez na adolescência ainda é visto como uma questão polêmica devido à junção da sexualidade e da vida reprodutiva com condições materiais e de desigualdades presentes no país. Com isso, é mais adequado que a gravidez seja considerada como um ponto de inflexão resultante de uma série de experiências de vida, cada qual com seus significados, discutido de várias maneiras e que pode ter diversos desfechos (BRASIL, 2018).

Por esses motivos, faz-se necessário compreender os fatores de risco que podem levar a adolescente a engravidar. Em um estudo realizado por Worku *et al.* (2021) no Leste Africano, identificou-se que a idade do entrevistado, o uso de contraceptivos, o estado civil, o trabalho, a riqueza familiar, o nível de pobreza da comunidade, o início precoce da vida sexual, a moradia e a relação com o chefe da família guardam uma importante relação com a ocorrência de gravidez precoce.

Em outro estudo realizado na África Subsaariana em 2018, foram identificados fatores socioculturais, ambientais e econômicos associados à gravidez na adolescência: influência dos indivíduos de convivência, violência sexual por parte de homens adultos, desigualdade de gênero, pobreza, crenças religiosas, casamento com pouca idade, falta de direcionamento e orientação familiar, negligência dos pais, ausência de escolaridade gratuita, educação sexual ausente, não uso de métodos anticoncepcionais, responsabilidade do homem em adquirir preservativos, antecipação da vida sexual e recreação inadequada. A pesquisa considera ainda fatores individuais como influenciadores da gestação na adolescência na África Subsaariana, tais como o uso de álcool superior ao normal, o abuso no uso de drogas, a educação escolar, a baixa autoestima, a incapacidade de resistir à vontade em ter relações sexuais, a curiosidade e o uso de telefone celular. Também devem ser levados em conta elementos relacionados ao serviço de saúde, como o valor dos contraceptivos, a falta de qualificação profissional ou inadequação na área da saúde, a demora no tempo de espera e a falta de privacidade nesses serviços, a ausência de ampla educação sexual, os erros sobre contraceptivos e os serviços reprodutivos de adolescentes não amigáveis (YAKUBU; SALISU, 2018).

Ainda, em um estudo realizado na Etiópia, foi possível classificar que “idade, nível educacional, estado civil e status de riqueza da comunidade foram preditores significativos de gravidez na adolescência” (KEFALE *et al.*, 2020) Na África do Sul, um dos maiores problemas sociais é a questão familiar na adolescência. Pesquisas neste país demonstram que, aos 18 anos, mais de 30% das adolescentes foram mães pelo menos uma vez (COERT *et al.*, 2021).

O risco biológico é um aspecto de destaque, principalmente quando relacionado a fatores como desnutrição e acompanhamento pré-natal tardio. Outro risco indicado é o psicossocial, uma vez que o abandono escolar pode ser influenciado

pela gestação e, por esse motivo, dificultar a entrada no mercado de trabalho (BRASIL, 2018).

Em outro estudo, realizado nos EUA, a prevenção da gravidez na adolescência deve concentrar os esforços em fatores de risco, como maus-tratos infantis e *bullying*, que acontece entre jovens de diferentes orientações sexuais (CHARLTON *et al.*, 2018).

Um estudo brasileiro conclui que os desfechos negativos são maiores quando a iniciação sexual se dava precocemente, isso representado pelo maior índice de gestações e de parceiros sexuais, respectivamente (MARANHÃO *et al.*, 2017). Nesse estudo, chama a atenção o fato de que a mortalidade infantil tem um risco de duas a quatro vezes maior nos 12 meses de alta pós-natal para mulheres jovens em comparação com mães mais velhas. Isso foi constatado em quatro dos cinco países pesquisados, resultando entre 10 e 20 mais mortes por 10.000 crianças nascidas de mães adolescentes. Observa-se ainda que o parto prematuro teve um aumento de 25% a 40% para mães adolescentes e que foi semelhante entre os países, correspondendo a um adicional de 1% a 2% de prematuros em comparação com mães de 30 a 34 anos (HARRON *et al.*, 2020).

Outro aspecto a se ressaltar, inerente à saúde pública: existe um desafio condicionado à gravidez na adolescência, já que muitas dessas gestações acabam em abortos provocados, realizados em diferentes condições, que geram complicações obstétricas como hemorragia, infecção ou perfuração uterina, favorecendo o aumento da mortalidade materna nesse grupo etário (BRASIL, 2018).

Salienta-se também que meninas de até 13 anos e que tiveram filhos foram vítimas de violência sexual, notificadas ou não. Por meio de análise comparativa, demonstra-se que o estupro evidencia uma situação de vulnerabilidade e de risco para a saúde materna e para a do recém-nascido, principalmente quando essas jovens mães são negras. Meninas-mães notificadas, que viveram essa experiência, tiveram os piores desempenhos referentes ao início precoce de pré-natal e maiores índices de parto cesáreo. Da mesma forma, filhos de mães que foram notificadas nasceram com maior percentual de baixo peso e resultados ruins no APGAR do 1º minuto (SOUTO *et al.*, 2017).

Ao longo do tempo, uma gravidez pode repercutir no desenvolvimento da adolescente e em seu núcleo familiar. Dentre as principais dificuldades, estão:

[...] os temores em serem desacreditadas por pais e profissionais em sua capacidade de cuidar do filho, desemprego, ingresso precoce no mercado de trabalho não-qualificado, dificuldades para continuar os estudos, evasão escolar, sentimentos de perda, tristeza, solidão e isolamento, maus tratos infantis e separação conjugal (FARIAS; MORÉ, 2012, p. 597).

Observando os cenários propostos neste capítulo, o estudo de Maranhão *et al.* (2017) sugere a necessidade de medidas estratégicas que previnam a sexarca precoce, gravidez não intencional e ISTs. Porém, a inserção de tais medidas necessita de formulação de políticas públicas que considerem o indivíduo como um todo, ou seja, é importante entender o contexto biopsicossocial em que os jovens estão inseridos. Ainda nestas circunstâncias, quanto às práticas sexuais, se faz necessário oferecer condições para que os jovens tenham atitudes positivas nesse quesito. Desse modo, ações inclusivas, das famílias e dos serviços de saúde, deverão ser contempladas nessas políticas, uma vez que possibilitarão aos jovens acesso às informações de qualidade e aos métodos contraceptivos. Com isso, os adolescentes poderão exercer seu direito à sexualidade com segurança e sem prejuízos para o futuro.

2.2 SOBRE FAMÍLIA, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A família tradicional composta através do casamento, amparada pela lei até então, sucumbiu devido ao reconhecimento de novos arranjos familiares baseados no afeto e regido pelo direito. (VIEGAS, 2020).

[...] percebendo, então que, a família, como nos conhecemos hoje, não é uma organização natural nem uma determinação divina. A organização familiar transforma-se no decorrer da história do homem. A família está inserida na base material da sociedade, ou dito de outro modo, as condições históricas e as mudanças sociais determinam a forma como a família irá se organizar para cumprir sua função social, ou seja, garantir a manutenção da propriedade *status quo* das classes superiores e a reprodução da força de trabalho – a procriação e a educação do futuro trabalhador – das classes subalternas. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 248).

Assim também, a aceitação social do divórcio, o declínio do número de matrimônios e as baixas taxas de fecundidade nos últimos anos têm sido discutidas como crise da família no Ocidente. A partir desses fatos, pelas análises realizadas, houve tanto a compreensão sobre o enfraquecimento da família tradicional quanto o

surgimento de novos arranjos familiares, caracterizados assim pelas alterações nas relações entre os sexos e as gerações, tais como: forte controle da natalidade, autonomia relativa da sexualidade na situação conjugal (visto que a atividade sexual deixa de estar circunscrita ao casamento), ascensão importante da mulher no mercado de trabalho, questionamento da autoridade paternal, atenção às necessidades das crianças e dos idosos, entre outras (SOUZA, 2008).

Assim, no Brasil, os modelos familiares estão sendo alterados. É possível perceber tanto um aumento das famílias monoparentais quanto o crescimento da mulher no papel de chefe dos domicílios (RIZZOTO; FRANÇA; FRIO, 2018). O arranjo tradicional de família vem sendo substituído por configurações bastante diferentes, sendo elas mono, multi e homoparentais. São definidas como famílias monoparentais aquelas em que apenas um adulto se torna responsável pela criação da criança, podendo ser a mãe ou o pai, biológico ou adotivo. As multiparentais ou pluriparentais se referem à criação da criança por mais de dois adultos, ou seja, em famílias reestruturadas após uma separação matrimonial ou, ainda, por diferentes modelos condicionados à procriação artificial (duas mães e um pai, duas mães e dois pais, dois pais e uma mãe). Já as famílias homoparentais são caracterizadas quando pelo menos um adulto, que seja provedor da criação da criança, autodesigna-se homossexual. Esse arranjo pode se originar após o término de uma ligação heterossexual anterior, a partir do processo de adoção ou do acesso à reprodução assistida ou à “barriga de aluguel” (no caso de homens gays) (POMBO, 2019).

Neste contexto, quando uma família reconstitui seus arranjos, emergem novos papéis entre os membros de sua organização. Assim também, o período da puberdade representa um novo ciclo do adolescente no interior da família, o qual põe em prova as suas tarefas e os papéis de cada membro desse convívio (GRANDCLERC *et al.*, 2020).

Dessa forma, por vezes, a adolescência é acompanhada por problemas internos e externos. Ao mesmo tempo, existe uma junção da pressão originada pelo amadurecimento do jovem e a autonomia dos pais pelas mudanças no funcionamento da família (MASTROTODOROS *et al.*, 2020). É um grande desafio entender quando os adolescentes chegam à maioridade e quais são os impactos disso no que se refere aos diferentes arranjos familiares. Existem diversas questões em pauta. Com as mudanças do conceito de família ao longo dos anos, novos arranjos

são experienciados, havendo, assim, um desenvolvimento tanto para os pais quanto para os filhos adolescentes (PEARCE *et al.*, 2019).

A estrutura familiar segue sendo uma base importante e necessária na construção da vida do adolescente, podendo, de acordo com a teoria dos sistemas familiares, sugerir a moldagem do funcionamento emocional do adolescente e de seu desenvolvimento social, conforme as particularidades dos contextos familiares (WIKLE; HOAGLAND, 2020). O aprofundamento sobre o contexto familiar enquanto agente socializador necessita considerar as crenças dos pais e as posições desempenhadas por eles no arranjo das famílias, tanto nas estratégias parentais quanto na integração psicossocial das crianças e adolescentes (RIDAO; LÓPEZ-VERDUGO; REINA-FLORES, 2021).

Entre muitas das influências familiares, a relação entre seus membros é uma das principais fontes de socialização sexual. A figura do pai, especialmente para os adolescentes, pode contribuir para o desenvolvimento do comportamento sexual do filho, isto é, tende a direcioná-lo, seja ele normal ou de risco, para a utilização sexualizada da mídia e para as atitudes sexuais permissivas. Em um estudo, os autores abaixo referenciados, descobriram que as atitudes sexuais menos permissivas de adolescentes do sexo feminino estão relacionadas à comunicação e à orientação de normas sexuais direcionadas para o amor e respeito por parte dos pais; já para os adolescentes do sexo masculino, diminui o avanço de comportamentos sexuais tanto normais quanto de risco. Em relação ao consumo de mídia sexual, a instrução dos pais, também, possibilitou para as meninas atitudes sexuais menos permissivas (OVERBEEK; BONGARDT; BAAMS, 2018).

No Brasil, são escassas as pesquisas relacionadas à dinâmica familiar envolvida na gravidez na adolescência. Apesar disso, existe uma variedade de trabalhos sobre o fenômeno gravidez na adolescência (TISSOT; FALCKE, 2019).

Spaniol, Spaniol e Arruda (2019) identificou que, no Brasil, o tema sexualidade nas escolas vem sendo trabalhado de forma modesta e que, nas famílias, essa questão ainda é tratada como tabu. Grande parte dos adolescentes participantes do estudo já teve relações sexuais. Tal ato pode acarretar em consequências na vida deles, uma vez que afirmaram não utilizar nenhuma barreira para prevenir a gestação precoce ou, ainda, que desconhecem métodos contraceptivos.

A diminuição dos índices de gestações não intencionais na adolescência somente será possível quando houver melhoras nos aspectos financeiro, social e educacional em conjunto com a harmonização dos contextos familiares (UWIZEYE *et al.*, 2020).

2.3 ADOLESCÊNCIA E AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) acarretam problemas de saúde, bem como repercutem social e economicamente, principalmente para indivíduos jovens em todo o mundo (VOYIATZAKI *et al.*, 2021).

Os adolescentes e jovens constituem um grupo de sujeitos em que se faz necessário criar modelos para prevenir agravos e promover saúde. No Brasil, a utilização de métodos contraceptivos ainda está distante dos níveis satisfatórios (ALMEIDA *et al.*, 2017). Entre os anos de 2009 e 2019 – nos quais houve queda no percentual de uso de preservativo para os escolares com idade entre 13 e 17 anos –, a diminuição foi de 72,5% para 59%. Em relação às meninas, a queda foi de 69,1% para 53,5% e, entre os meninos, de 74,1% para 62,8% (IBGE, 2019).

As baixas taxas de insucesso dos anticoncepcionais reversíveis têm sido motivo para a indicação deles por médicos às adolescentes. Porém, existe a preocupação de que a crescente utilização desses anticoncepcionais cause consequências como a diminuição do uso de preservativos para a prevenção de IST (DEREFINKO *et al.*, 2020). Os riscos de acometimento por uma IST são percebidos de forma individual e sofrem alterações durante a vida. Projetos pessoais, como relacionamentos, filhos e vida sexual saudável são estimulados com foco na prevenção dessas infecções (BRASIL, 2022b).

Em síntese, é fundamental que todos os envolvidos na educação sexual do adolescente – família, educadores, profissionais da saúde, sociedade e governo estimulem o senso crítico voltado não apenas ao fato de o jovem exercer sua sexualidade, mas, principalmente, para exercer seus direitos com responsabilidade (ALMEIDA; CENTA, 2008).

2.4 ADOLESCÊNCIA, USO DAS REDES SOCIAIS *ONLINE*

De forma crescente e alarmante, as notícias sobre a incidência de abuso na internet sofrida principalmente por parte dos adolescentes trazem consigo grande preocupação aos pais. Essa preocupação se dá devido à internet ter se tornado a ferramenta mais utilizada entre esse grupo, que passa a maior parte do tempo *online* (IQBAL; ZAKAR; FISCHER, 2021). A rápida expansão global de informações, mídias e experiências de aprendizagem *online* digital está originando oportunidades e vulnerabilidades para crianças e adolescentes (MAGIS-WEINBERG; SULEIMAN; DAHL, 2021).

Os adolescentes fazem uso diário das plataformas de redes sociais e da internet como uma forma regular de comunicação e de busca de informações, não considerando seu bem-estar físico e mental, que podem ser prejudicados por consequências negativas, quanto ao risco potencial da rede. Além dos pais, professores e profissionais de saúde têm demonstrado preocupação com o mau uso da internet pela juventude, e as evidências científicas sobre esse tema de estudo ainda são escassas (TAMARIT *et al.*, 2021).

Além disso, a intensa utilização da internet pode afetar a atividade acadêmica, as relações entre pais e filhos e o desenvolvimento emocional dos adolescentes de forma negativa. Tais condições problemáticas foram classificadas como vício em internet (IA), o qual tem menos chance de acontecer quando há algum tipo de controle parental (MARTINS *et al.*, 2019).

Em um contexto atual, tendo em vista a pandemia de COVID-19, a OMS lançou um guia intitulado “*COVID-19 parenting*”, que reconhece a internet como meio essencial de socialização para os jovens, mas sugere que os pais monitorem os conteúdos acessados pelos adolescentes (DELANDES; COUTINHO, 2020; WHO, 2020b).

As redes sociais e a internet são consideradas a maior fonte de busca de informações nos mais variados contextos. A qualidade dessas informações, podem tanto contribuir quanto prejudicar o usuário (GARCÍA DEL CASTILLO *et al.*, 2020).

O desafio ainda envolve um monitoramento que não se dá pela via técnica (criar barreiras de acesso a certos conteúdos, por exemplos), pois os pais em geral têm menor domínio digital em relação aos adolescentes e até crianças. Instituições que trabalham com a prevenção de práticas violentas e lesivas na internet, tais como a SaferNet, Instituto Dimicuida, Inhope, entre outras, apostam na perspectiva da educação digital. Se os adolescentes são habilidosos com tecnologias, em contrapartida são imaturos para discernir acerca dos riscos envolvidos em certas práticas correntes na sociabilidade digital, bem como as chaves de interpretação e mediação dos conteúdos e informações que são consumidas quase que sem “filtros” (DELANDES; COUTINHO, 2020, p. 2484).

Um exemplo disso pode ser o *sexting*¹, que se caracteriza pelo compartilhamento de fotos eróticas, participação em conversas de cunho sexual ou envio de material audiovisual pela rede *online*, podendo ser absorvido como uma forma normal de expressão sexual; porém, por diversas vezes, tem sido associado a comportamentos de risco entre os adolescentes na internet (TAMARIT *et al.*, 2021).

Faz-se importante frisar que o uso problemático da internet acontece de forma prevalente e acarreta graves efeitos adversos; o maior controle parental protege os jovens contra esse tipo de comportamento (LUKAVSKÁ; VACEK; GABHELÍK, 2020).

2.5 ADOLESCÊNCIA, REDES SOCIAIS ONLINE E SAÚDE SEXUAL

A hiperconectividade é impulsionada pela troca de dados na internet, como mensagens de texto, fotos, salas de reuniões, áudios, ou seja, mecanismos de interação entre as pessoas. A ampla cobertura da internet favoreceu essa interação por meio do acesso às redes em qualquer lugar, a qualquer hora, sem a necessidade de um mediador (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Reis *et al.* (2013) destaca que as redes sociais surgem como uma ferramenta de grande potencial para a educação em saúde voltada para essa população, assim como a televisão. Além disso, a utilização do smartphone e da internet tem se tornado quase universal entre as pessoas. A maior parte dos indivíduos dos mais diferentes países, de todas as idades, está buscando nessas tecnologias as informações referentes à saúde (ALHASSAN *et al.*, 2019; DECKER *et al.*, 2020; NIELSEN *et al.*, 2021).

¹ *Sexting* - disseminação e expressão de conteúdo sexual por meio de mídia digital.

Essas diferentes tecnologias têm propiciado uma maior facilidade de acesso às informações para a população adolescente, buscando a prevenção das IST e a melhor saúde sexual (ALHASSAN *et al.*, 2019; DECKER *et al.*, 2020).

Por meio da internet, os jovens acessam informações sobre saúde sexual que estavam quase que indisponíveis no passado. Estudos demonstraram que o acesso às informações sobre saúde sexual *online* pode influenciar de forma significativa a decisão de uma pessoa na mudança de seus comportamentos de saúde sexual (MOHAMAD SHAKIR *et al.*, 2020).

De acordo com o Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (2021), a utilização das redes sociais *online* por crianças e adolescentes teve um crescimento no Brasil. Em 2021, houve um aumento de 10 pontos percentuais em relação a 2019 (de 68% para 78%) no índice de jovens com idades entre 9 e 17 anos que acessaram plataformas de rede social. A pesquisa também verificou o contato desse grupo com temas relacionados à saúde. A busca de informações sobre alimentação teve maior destaque (55%), em seguida, a prevenção e o tratamento de doenças (38%), os exercícios e meios para ficar em forma (36%), as informações sobre medicamentos (22%) e, ainda, as discussões sobre saúde sexual e educação sexual (21%).

É evidente que a mídia influencia o comportamento sexual desses jovens cada vez mais informados. Cabe aos profissionais de saúde a utilização das mídias sociais como uma ferramenta essencial para a promoção da saúde (STEVENS *et al.*, 2017).

Por fim, é de extrema importância identificar de forma efetiva os temas de necessidade e analisar como esse conteúdo deverá ser veiculado ou disponibilizado nas redes sociais digitais, estabelecendo regras que garantam identificar oportunidades e que possam promover a saúde (VERMELHO *et al.*, 2014).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo do Hospital de Clínicas do Paraná (CHC/UFPR), em doze de setembro de 2020, sob o Parecer número 4.272.267 (ANEXO 1).

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso de menores de idade, o Termo de Assentimento (ANEXO 2 E 3).

Foi assegurada a confidencialidade às entrevistadas e garantido o anonimato das informações obtidas. As pacientes estão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constam em planilhas.

3.2 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

As participantes foram recrutadas e divididas em dois grupos (estudo e comparação) de acordo com as seguintes características:

- a) **Grupo A (estudo):** adolescentes com idades entre 10 e 19 anos completos que estejam vivenciando o período puerperal.
- b) **Grupo B (controle):** mulheres com idades iguais e/ou superiores a 25 anos que estejam vivenciando a primeira vez o período puerperal.

Os critérios de inclusão foram: puérpera adolescente com idade entre 10 e 19 anos hospitalizada na maternidade, acompanhada por familiar ou o genitor, disposta a participar do estudo, após assinar sua concordância no Termo de Consentimento ou Assentimento Livre e Esclarecido, aprovado pela Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa da diretoria clínica do CHC-UFPR. Para o GRUPO B, foram elencados os seguintes critérios de inclusão: puérpera com idade igual ou superior a 25 anos, hospitalizada na maternidade, disposta a participar do estudo assinando sua concordância no TCLE.

Foram excluídos os questionários com mais de 20% dos dados incompletos, perda neonatal ou situações de estresse intenso por algum motivo, distúrbio psiquiátrico grave, complicações pelo parto, outra nacionalidade que não brasileira.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com desenho transversal analítico com amostra por conveniência.

O estudo foi realizado no setor de alojamento conjunto da maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas, que é um centro de nível terciário de atenção à saúde, e referência de gestação de risco habitual, médio e alto risco pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital é universitário sendo ligado à Universidade Federal do Paraná, localizado em Curitiba/PR.

A pesquisa se deu por meio da investigação em prontuários e da aplicação de questionário à pacientes internadas no período de dois anos.

3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Considerando os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do número de nascidos de adolescentes com idade entre 10 e 19 anos em 2019, no município de Curitiba e região metropolitana, o tamanho da amostra de representatividade foi de 182 adolescentes (estudo) e 218 adultas (controle). No total, foram incluídas no presente estudo 400 puérperas.

3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores especificamente para os propósitos desta pesquisa. O instrumento de coleta de dados pode ser visualizado no APÊNDICE 1.

Antes da aplicação do questionário, foram levantadas as seguintes informações nos prontuários: número de registro, data de nascimento e idade e dados obstétricos – pré-natal, doenças na gravidez, paridade, dados do pós-parto.

Foram convidadas a participar da pesquisa, as puérperas que se encaixaram nos critérios do estudo, que após assinarem o TCLE e/ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), responderam o questionário. As questões eram idênticas para os dois grupos.

O questionário foi dividido em sete seções, totalizando 93 perguntas de múltipla escolha, dicotômicas, com resposta única, tipo matriz, *ranking*, e uma pergunta de resposta aberta. As entrevistas foram presenciais com duração média de 15 minutos, e conduzidas pelos pesquisadores, com a utilização de questionário, contendo os seguintes dados:

- a) **Seção 1** – Idade na gestação; religião e etnia; estado civil; escolaridade; benefício social de alguém que reside com a puérpera; média salarial; fonte de renda; regime de ocupação; número total de cômodos da casa; quantas pessoas residem na casa; de onde vem a água para beber; destino do lixo; acesso à internet.
- b) **Seção 2** – Tempo de uso do celular por dia; relação da rede social mais utilizada diariamente; questionamentos sobre o envio de nudes; se já houve problemas por causa do uso das redes sociais; se já recebeu informações sobre gravidez nas redes sociais.
- c) **Seção 3** – Dados do pré-natal e parto; peso do bebê ao nascer (em gramas) e apgar; número de consultas no pré-natal; paridade; infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas na gestação; outras doenças ou infecções pré-existentes ou adquiridas na gestação; uso de drogas lícitas ou ilícitas; depressão/ansiedade; uso de medicação para depressão/ansiedade.
- d) **Seção 4** – Estrutura familiar: você foi criada por quem? Você conheceu seu pai? Você conheceu sua mãe? Seus pais são casados? Você mora com seus pais? Com quem você mora? Você avalia ter uma boa relação com seus pais ou com as pessoas que te criaram? Como você avalia a união da sua família? Seus pais/responsáveis têm alguma religião? Você precisou deixar de estudar para auxiliar no sustento da casa? Seus pais/responsáveis conversaram sobre suas dúvidas adolescentes? Seus pais/responsáveis conversaram sobre sexualidade e gravidez? Seus pais/responsáveis ficaram felizes com a sua gravidez? Seus

pais/responsáveis te apoiaram com a sua gravidez? Alguém na sua família engravidou na adolescência? Qual membro da família engravidou na adolescência? Com que idade essa pessoa da sua família engravidou? Essa pessoa da sua família demonstra arrependimento por ter tido filhos na adolescência?

- e) **Seção 5** – Concepção e infecções sexualmente transmissíveis: com que idade você menstruou pela primeira vez? Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? Planejamento da gestação: qual o seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos? Você faz uso de métodos contraceptivos? Qual método contraceptivo você utiliza? Você sabia que poderia engravidar após uma relação sexual sem uso de contraceptivo(s)? Quantos parceiros você já teve desde que iniciou sua vida sexual? Você sabe o que são IST? O quanto você acha que conhece sobre IST? Você já foi diagnosticada com uma IST? Você já teve um aborto? Você já pensou em realizar um aborto? Você pensou em doar o bebê em algum momento?
- f) **Seção 6** – Pós nascimento: você se sente preparada para o cuidado com o recém-nascido (RN)? Você tem algum relacionamento amoroso com o pai do RN? Há quanto tempo você mantém um relacionamento com o pai do RN? O pai do RN é presente? O pai do RN foi participativo na sua vida durante a gestação? Durante o parto, o pai do RN esteve ao seu lado? Quem esteve com você na hora do parto? Você acha que o pai do RN irá participar dos cuidados com o bebê? Você acha que o pai irá participar financeiramente dos gastos com o RN? Quem irá participar dos cuidados com o RN nessa fase? Pretende voltar a estudar? Você pretende ter mais filhos? Quando pretende ter mais filhos?

A coleta de dados ocorreu presencialmente com o auxílio de smartphone para o registro dos dados em instrumento de coleta de dados elaborado no Google Forms.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa SPSS 17,0. Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk foram aplicados para

avaliação da normalidade do dado. As variáveis contínuas foram expressas como mediana e intervalo interquartil (IIQ) e comparadas com o teste não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e comparadas com o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado, conforme adequado. Valores p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

4 RESULTADOS

No período estudado, foram coletados os dados de 400 pacientes que estavam vivenciando o processo puerperal, sendo n=182 adolescentes e n=218 mulheres adultas.

A mediana de idade no grupo de adolescentes foi de 17 anos (IIQ=16-18 anos), sendo a idade mínima 13 anos; entre as adultas, foi de 27 anos (IIQ: 25-30 anos), sendo a mais idosa com 43 anos.

Não foram excluídos questionários do estudo, pois todos estavam completos.

Na Tabela 1, é possível evidenciar que as participantes do grupo de estudo são menos seguidoras de uma religião do que as do grupo de comparação ($P<0,0001$). Outro dado importante é que 84,4% das mulheres acima de 25 anos são casadas; esse índice cai para 68,7% entre as adolescentes ($P<0,0001$). Além disso, a média salarial familiar das adolescentes é menor, tendo um valor de ($P<0,0001$).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

(continua)

Características Sociodemográficas	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Religiosidade					
Catolicismo	40	22,0	89	40,8	<0,0001
Evangelicalismo	79	43,4	77	35,3	
Espiritismo	0	0,0	7	3,2	
Umbandismo e camdomblecismo	5	2,7	3	1,4	
Sem religião	58	31,9	42	19,3	
Etnia					
Branca	110	60,4	143	65,6	0,682
Afrodescendente	19	10,4	22	10,1	
Amarela	14	7,7	12	5,5	
Indígena	39	21,4	41	18,8	
Estado civil da gestante					
Solteira	57	31,3	33	15,1	<0.0001
Casada/vive com companheiro	125	68,7	184	84,4	
Separada	0	0,0	1	0,5	
Escolaridade					
Ensino fundamental	50	27,5	6	2,8	<0,0001
Ensino médio	126	69,2	107	49,1	
Ensino Superior	6	3,3	105	48,2	
(Completo/Incompleto)					

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

(conclusão)

Características Sociodemográficas	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Benefício social de alguém que reside com a puérpera					
Sim	72	39,6	44	20,2	<0,0001
Não	110	60,4	174	79,8	
Média salarial					
Menos de 1 SM	17	9,3	7	3,2	<0,0001
Até 2 SM	74	40,7	39	17,9	
De 2 a 4 SM	70	38,5	100	45,9	
De 4 a 10 SM	19	10,4	64	29,4	
De 10 a 20 SM	2	1,1	8	3,7	
Fonte de renda da puérpera(R\$)					
Mediana [intervalo interquartil]	1.300,00	[920-1.800,00]	2.000,00	[1.500-2.900,00]	<0,0001
Moradia					
Própria	89	48,9	93	42,7	0,021
Financiada	2	1,1	18	8,3	
Cedida	14	7,7	17	7,8	
Alugada	75	41,2	89	40,8	
Ocupada/invasão	2	1,1	1	0,5	
Número total de cômodos na casa					
Mediana [intervalo interquartil]	5,0	[4,0-6,0]	6,0	[5,0-7,0]	0,005
Quantas pessoas residem na casa					
Mediana [intervalo interquartil]	3,0	[2,0-4,0]	2,0	[2,0-3,0]	<0,0001
De onde vem a água usada para beber em sua casa					
Rede geral de distribuição	175	96,2	212	97,2	0,492
Poço, cacimba ou nascente	6	3,3	5	2,3	
Água Mineral	1	0,5	0	0,0	
Outro	0	0,0	1	0,5	
Onde é colocado o lixo de sua casa?					
Coleta pública	177	97,3	217	99,5	0,242
Queima	2	1,1	1	0,5	
Terreno baldio	1	0,5	0	0,0	
Outro meio	2	1,1	0	0,0	
Tem acesso à internet (mesmo que por celular)					
Sim	173	95,1	216	99,1	0,027
Não	9	4,9	2	0,9	

FONTE: O autor (2023).

A Tabela 2 disponibiliza os dados sobre o uso das redes sociais, que chega a ter uma mediana de tempo de uso de 453,3 minutos/dia entre as jovens estudadas e 410 minutos/dia para o grupo comparativo, no entanto, sem diferença significativa ($P=0,091$). Dentre as redes sociais, adolescentes utilizam mais, em ordem decrescente, *WhatsApp* (91,2%), *Facebook* (76,9%), *Instagram* (69,8%), *Youtube* (44,9%), *Messenger* (35,2%), *Twitter* (10,4%), enquanto as adultas utilizam mais *WhatsApp* (91,2%), *Instagram* (80,3%), *Facebook* (67,0%), *Youtube* (42,2%), *Messenger* (21,1%), *Twitter* (4,1%). Salienta-se, nessa tabela, que mais de 30% de ambos os grupos já mandaram nudes via celular.

TABELA 2 – USO DE REDES SOCIAIS

(continua)

Redes Sociais	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Facebook					
Não	42	23,1	72	33,0	0,028
Sim	140	76,9	146	67,0	
WhatsApp					
Não	16	8,8	5	2,3	0,006
Sim	166	91,2	213	97,7	
Youtube					
Não	102	56,0	126	57,8	0,724
Sim	80	44,0	92	42,2	
Instagram					
Não	55	30,2	43	19,7	0,015
Sim	127	69,8	175	80,3	
Twitter					
Não	163	89,6	209	95,9	0,017
Sim	19	10,4	9	4,1	
Messenger					
Não	118	64,8	172	78,9	0,002
Sim	64	35,2	46	21,1	
Quanto tempo você utiliza o celular por dia (minutos)?					
Mediana [intervalo interquartil]	453,3	[240,0-600,0]	410,7,0	[240,0-600,0]	0,091
Você já enviou nudes?					
Sim	66	36,3	67	30,7	0,242
Não	116	63,7	151	69,3	

TABELA 2 – USO DE REDES SOCIAIS

Redes Sociais					(conclusão)
	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Você já teve problemas por causa do uso das redes sociais?					
Sim	52	28,6	47	21,6	0,106
Não	130	71,4	171	78,4	
Você já recebeu informações sobre gravidez nas redes sociais?					
Sim	140	76,9	179	82,1	0,199
Não	42	23,1	39	17,9	

FONTES: O autor (2023).

A Tabela 3 disponibiliza os dados sobre a gestação, parto, uso de drogas e saúde mental das participantes. Os dados analisados apontam que as adolescentes fazem menos consultas de pré-natal do que as mulheres acima de 25 anos, tendo valor significativo de ($P < 0,0001$). Outra informação pertinente é o fato de que 12,6% das adolescentes estão na segunda gestação e 2,7%, na terceira. HIV e sífilis foram as ISTs mais frequentes entre os grupos, porém, sem diferença significativa. Chama a atenção o diagnóstico de quatro casos de HIV (dois em cada grupo) no total das mulheres estudadas.

Além disso, mais de 60% das entrevistadas dos dois grupos relataram que já tiveram depressão/ansiedade, porém, apenas 6,6% do grupo A e 12,8% do grupo B fazem tratamento para essas doenças, tendo um valor de ($P = 0,044$).

TABELA 3 – DADOS SOBRE A GESTAÇÃO, PARTO, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL DAS PARTICIPANTES

(continua)

Gestação e Parto	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de P
	n	%	n	%	
Idade gestacional no nascimento (em semanas)					
Mediana [intervalo interquartil]	39,3	[38,0-40,1]	39,2	[38,0-40,1]	0,723
Número de consultas no pré-natal					
Mediana [intervalo interquartil]	10,0	[8,0-12,0]	12,0	[10,0-15,0]	<0,0001
Peso ao nascer (gramas)					
Mediana [intervalo interquartil]	3.179,5	[2.815-3.410]	3.125	[2.785-3.455]	0,503

TABELA 3 – DADOS SOBRE A GESTAÇÃO, PARTO, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL DAS PARTICIPANTES

(conclusão)

Gestação e Parto	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de P
	n	%	n	%	
APGAR 1º min.					
Mediana [intervalo interquartil]	8,0	[8,0-9,0]	8,0	[8,0-9,0]	0,191
APGAR 5º min.					
Mediana [intervalo interquartil]	9,0	[9,0-10]	9,0	[9,0-9,0]	0,303
Paridade (número de gestações)					
1	154	84,6	218	100	<0,0001
2	23	12,6	0	0,0	
3	5	2,7	0	0,0	
Infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas na gestação					
HIV	2	1,1	2	0,9	0,856
Sífilis	9	4,9	9	4,1	0,695
HPV	1	,5	2	0,9	0,671
Herpes	0	,0	2	0,9	0,671
Outras doenças relacionadas a gestação					
Anemia	20	11,0	11	5,0	0,038
Hipotireoidismo gestacional	18	9,9	37	17,0	0,042
DMG	15	8,2	23	10,6	0,433
ITU	41	22,5	40	18,3	0,300
HAG	8	4,4	9	4,1	0,895
Você já fez uso de drogas lícitas ou ilícitas?	77	42,3	71	32,6	0,045
Você teve ou tem depressão/ansiedade?	111	61,0	134	61,5	0,922
Faz uso de medicação para depressão/ansiedade?	12	6,6	28	12,8	0,044

FONTE: O autor (2023).

A Tabela 4 disponibiliza dados sobre a estrutura familiar das participantes. Apenas 52,7% das adolescentes foram criadas por pai e mãe ante 69,3% das adultas participantes ($P=0,001$). Quando questionadas “se os pais são casados”, responderam “não” 75,3% das adolescentes e 51,4% das adultas ($P < 0,0001$). Os pais das adolescentes conversaram mais sobre sexo e gravidez com elas do que os pais das participantes adultas (61% vs. 44,5%; $P=0,001$). As famílias das participantes

adultas têm mais crenças religiosas (92,7% vs. 78,6% das famílias das adolescentes; $P<0,0001$). Já em relação à pergunta “seus pais/responsáveis ficaram felizes com a sua gestação?”, 58,8% responderam que “sim” – índice bem inferior ao ser comparado com os 94,5% das participantes adultas, com valor de ($P<0,0001$).

Outro dado que chama a atenção se relaciona à questão “alguém na família engravidou na adolescência?”, em que a resposta “mãe” aparece de maneira mais frequente entre as adolescentes (60,5% vs. 32,6%; $P<0,0001$).

TABELA 4 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR DAS PARTICIPANTES

(continua)

Estrutura Familiar	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Você foi criada por:					
Pai e mãe	96	52,7	151	69,3	0,001
Somente mãe	71	39,0	45	20,6	
Somente pai	2	1,1	4	1,8	
Avó(s)	13	7,1	15	6,9	
Outros	0	,0	3	1,4	
Se criada pela sua mãe; você conheceu seu pai?					
Sim	66	91,7	38	82,6	0,138
Não	6	8,3	8	17,4	
Seus pais são casados?					
Sim	45	24,7	106	48,6	<0,0001
Não	137	75,3	112	51,4	
Você mora com seus pais?					
Não	155	85,2	201	92,2	0,036
Sim	27	14,8	17	7,8	
Se não mora com seus pais; com quem você mora?					
Somente Mãe	37	23,6	8	4,2	<0,0001
Somente Pai	4	2,5	1	,5	
Tios	1	,6	0	,0	0,269
Irmãos	2	1,3	2	1,0	0,843
Namorado	9	5,7	0	,0	0,001
Marido	100	63,7	177	92,7	<0,0001
Avós	4	2,5	3	1,6	0,518
Você avalia ter uma boa relação com seus pais ou com as pessoas que te criaram?					
Sim	161	89,0	201	92,6	0,203
Não	20	11,0	16	7,4	
Como você avalia a união da sua família?					
Ruim	7	3,8	7	3,2	0,035
Regular	40	22,0	35	16,1	
Boa	72	39,6	69	31,7	
Ótima	63	34,6	107	49,1	

TABELA 4 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR DAS PARTICIPANTES

(conclusão)

Estrutura Familiar	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Os responsáveis pela sua criação têm alguma religião?					
Sim	143	78,6	202	92,7	<0,0001
Não	39	21,4	16	7,3	
Você precisou deixar de estudar para auxiliar no sustento da casa?					
Sim	7	3,8	18	8,3	0,070
Não	175	96,2	200	91,7	
Os responsáveis pela sua criação conversaram sobre suas dúvidas adolescentes?					
Sim	113	62,1	106	48,6	0,007
Não	69	37,9	112	51,4	
Seus pais/responsáveis conversaram sobre sexualidade e gravidez?					
Sim	111	61,0	97	44,5	0,001
Não	71	39,0	121	55,5	
Seus pais/responsáveis ficaram felizes com a sua gravidez?					
Sim	107	58,8	206	94,5	<0,0001
Não	75	41,2	12	5,5	
Seus pais/responsáveis te apoiaram com a sua gravidez?					
Sim	177	97,3	215	98,6	0,329
Não	5	2,7	3	1,4	
Alguém na sua família engravidou na adolescência?					
Sim	157	86,3	138	63,3	<0,0001
Não	25	13,7	80	36,7	
Com que idade essa(s) pessoa(s) da sua família engravidou?					
Mediana [intervalo interquartil]	16,0	[15,0-17,0]	16,0	[15,0-17,0]	0,795
Qual membro da família engravidou na adolescência?					
Prima	40	25,5	56	40,6	0,006
Avó	21	13,4	8	5,8	0,032
Mãe	95	60,5	45	32,6	<0,0001
Tia	27	17,2	6	4,3	<0,0001
Outras	39	24,8	39	28,3	0,506
Essa pessoa da sua família demonstra arrependimento por ter tido filhos na adolescência?					
Sim	33	20,9	39	28,1	0,217
Não	120	75,9	93	66,9	
Não soube responder	5	3,2	7	5,0	

FONTE: O autor (2023).

A Tabela 5 apresenta os dados sobre a concepção e infecções sexualmente transmissíveis entre as participantes. Um dado alarmante é que, para ambos os

grupos, a gravidez não foi planejada, fato significativamente maior entre as adolescentes (73,1% vs. 56,9%; $P=0,001$); entretanto, na contramão disso, grande parte das participantes afirmou possuir alto conhecimento sobre os métodos contraceptivos, porém de forma mais significativa entre as adultas (64,3% vs. 83,9%; $P<0,0001$). Vale ressaltar ainda que a mediana referente ao início da sexarca foi significativamente menor, sendo de 14 anos entre as adolescentes e de 17 anos entre as adultas ($P<0,0001$). Em relação às participantes que “pensaram em realizar o aborto”, 17,6% das adolescentes e 7,3% das adultas ($P=0,002$) responderam “sim”.

TABELA 5 – DADOS SOBRE A CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE AS PARTICIPANTES

(continua)

Concepção e Infecções Sexualmente Transmissíveis	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de P
	n	%	n	%	
A sua gravidez atual foi intencional?					
Sim	49	26,9	94	43,1	0,001
Não	133	73,1	124	56,9	
Conhecimento sobre os métodos contraceptivos					
Alto	117	64,3	183	83,9	<0,0001
Médio	52	28,6	34	15,6	
Pouco	13	7,1	1	0,5	
Você faz uso de métodos contraceptivos?					
Sim	83	45,6	82	37,6	0,106
Não	99	54,4	136	62,4	
Qual método contraceptivo você utiliza?					
Camisinha	12	14,1	15	18,3	0,002
Anticoncepcional via oral	44	51,8	58	70,7	
Injeção	26	30,6	5	6,1	
Adesivo	0	0,0	1	1,2	
DIU	3	3,5	3	3,7	
Você sabia que poderia engravidar após uma relação sexual sem uso de contraceptivo(s)?					
Sim	180	98,9	217	99,5	0,460
Não	2	1,1	1	0,5	
Com que idade você menstruou pela primeira vez? (anos)					
Mediana [intervalo interquartil]	12,0	[11,0-13,0]	13,0	[12,0-14,0]	<0,0001
Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? (anos)					
Mediana [intervalo interquartil]	14,0	[13,0-15,0]	17,0	[16,0-18,0]	<0,0001
Quantos parceiros você já teve desde que iniciou sua vida sexual?					
Mediana [intervalo interquartil]	3,0	[1,0-5,0]	4,0	[3,0-8,0]	<0,0001

TABELA 5 – DADOS SOBRE A CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE AS PARTICIPANTES

(continua)

Concepção e Infecções Sexualmente Transmissíveis	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de P
	n	%	n	%	
Você sabe o que são IST?					
Sim	165	90,7	216	99,1	<0,0001
Não	17	9,3	2	0,9	
Conhecimento sobre IST					
Alto	84	46,2	158	72,5	<0,0001
Médio	68	37,4	53	24,3	
Pouco	30	16,5	7	3,2	
Teve diagnóstico de IST	23	12,6	27	12,4	0,939
Já realizou aborto	2	1,1	2	0,9	0,856
Já pensou em realizar um aborto	32	17,6	16	7,3	0,002
Já pensou em doar o bebê em algum momento	11	6,0	6	2,8	0,104
Se sente preparada para o cuidado com o RN?					
Sim	159	87,4	181	83,0	0,227
Não	23	12,6	37	17,0	

FONTE: O autor (2023).

A Tabela 6 disponibiliza dados sobre o pós-nascimento e o relacionamento com o pai do recém-nascido e evidencia que 15,4% das adolescentes não possuem relacionamento com o pai do recém-nascido, sendo que esse valor cai para 7,8% entre as adultas ($P=0,025$). A mediana de tempo de relacionamento ficou em 24 meses para as adolescentes e de 60 meses para o segundo grupo ($P<0,0001$). Por fim, quando questionadas quanto à pretensão de ter mais filhos, 58,8% das participantes jovens e 46,8% das participantes adultas responderam “não” ($P=0,007$).

TABELA 6 – DADOS SOBRE PÓS-NASCIMENTO E O RELACIONAMENTO COM O PAI DO RECÉM-NASCIDO

(continua)

Pós-nascimento e Relacionamento com o pai do RN	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Você tem algum relacionamento amoroso com o pai do RN?					
Sim	154	84,6	201	92,2	0,025
Não	28	15,4	17	7,8	
Há quanto tempo você mantém esse relacionamento (meses)					
Mediana [intervalo interquartil]	24,0	[14,0-38,0]	60,0	[30,0-96,0]	<0,0001
O pai do RN é presente?					
Sim	161	88,5	204	93,6	0,071
Não	21	11,5	14	6,4	
O pai do RN foi participativo na sua vida durante a gestação?					
Sim	153	84,1	200	91,7	0,020
Não	29	15,9	18	8,3	
Durante o parto, o pai do RN esteve ao seu lado?					
Sim	112	61,5	180	82,6	<0,0001
Não	70	38,5	38	17,4	
Quem esteve com você na hora do parto?					
Mãe	47	69,1	17	50,0	0,211
Irmã	5	7,4	5	14,7	
Amiga	2	2,9	3	8,8	
Outro	14	20,6	9	26,5	
Você acha que o pai do RN irá participar dos cuidados com ele?					
Sim	162	89,0	205	94,0	0,138
Não	15	8,2	8	3,7	
Não sabe responder	5	2,7	5	2,3	
Você acha que o pai irá participar financeiramente?					
Sim	169	92,9	208	95,4	0,387
Não	11	6,0	7	3,2	
Não sabe responder	2	1,1	3	1,4	
Quem irá participar dos cuidados com o RN nesta fase?					
Pais	148	81,3	139	63,8	<0,0001
Avós	33	18,1	31	14,2	0,288
Sogra	71	39,0	99	45,4	0,197
Outras	63	34,6	80	36,7	0,216
Marido	88	48,4	132	60,6	0,015
Namorado	11	6,0	5	2,3	0,073
Pretende voltar a estudar?					
Sim	90	90,0	34	70,8	0,007
Não	6	6,0	11	22,9	
Não sabe responder	4	4,0	3	6,3	

TABELA 6 – DADOS SOBRE PÓS-NASCIMENTO E O RELACIONAMENTO COM O PAI DO RECÉM-NASCIDO

(conclusão)

Pós-nascimento e Relacionamento com o pai do RN	Adolescentes (N=182)		Adultas (N=218)		Valor de p
	n	%	n	%	
Pretende ter mais filhos?					
Sim	55	30,2	68	31,2	0,007
Não	107	58,8	102	46,8	
Não sabe responder	20	11,0	48	22,0	
Quando pretende ter mais filho(s)?					
Entre 0 e 1 ano	0	,0	3	2,9	<0,0001
Entre 1 ano e 5 anos	10	13,0	43	42,2	
>5 anos	41	53,2	19	18,6	
Não sabe responder	26	33,8	37	36,3	

FONTE: O autor (2023).

5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro que visa quantificar e revelar como a estrutura familiar pode influenciar a gestação dos adolescentes. O estudo pode também auxiliar os responsáveis pelas políticas públicas referentes a esta problemática social, colaborando no entendimento de qual seria a melhor estratégia para redução dos números de gravidez indesejada na adolescência.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

Os fatores sóciodemográficos são uma importante ferramenta para definir o perfil das participantes do estudo e, por meio deles, percebemos que, em comparação com as participantes adultas, as adolescentes possuem menor renda familiar, menor escolaridade, seguem menos uma crença religiosa e possuem famílias com mais integrantes e moradias com menos cômodos. Os dados encontrados corroboram o estudo de Matoba e colaboradores (2022), que calculou as taxas e os riscos de nascimentos na adolescência de acordo com a raça, idade materna e ambiente econômico do bairro ao longo da vida e identificou que, para ambas as raças, as mulheres que experimentaram mobilidade econômica descendente tiveram o maior risco de gestações na adolescência, enquanto as mulheres com mobilidade ascendente tiveram o menor risco, mesmo em comparação com as mulheres em bairros de alta renda ao longo da vida. Já no estudo realizado na África subsaariana, foi possível perceber que os determinantes da gravidez na adolescência estão associados a fatores religiosos, casamentos precoces, baixo nível de educação e pobreza (YAKUBU; SALISU, 2018). Na população africana, mulheres solteiras, negras e com menor escolaridade ou renda ainda são muito mais propensas a ter gestações não intencionais em comparação com mulheres casadas, brancas, com nível superior e de alta renda (MOSHER; JONES; ABMA, 2012).

5.2 USO DAS REDES SOCIAIS

O acesso à internet neste estudo passou de 95% nos dois grupos e o uso das redes sociais *online* teve variação conforme a idade das participantes. As mais

utilizadas são: WhatsApp e Facebook para as adolescentes e Instagram para as adultas. Impressiona que ambos os grupos relataram ficar mais de 400 minutos por dia acessando redes sociais, sem diferença significativa entre eles. Tais achados diferem em parte do estudo realizado com 347 participantes com idades entre 14 e 19 anos na Itália, em que as redes mais utilizadas pelos jovens são o WhatsApp e o Instagram e que o Facebook se torna mais utilizado com o avançar da idade. Também em relação à média diária, os jovens italianos ficam cerca de 335 minutos *online* (TREMOLADA; SILINGARDI; TAVERNA, 2022).

Chama a atenção a frequência da exposição sexual nas redes *online* por meio do envio de nudes, que foi reportado em mais de 30% nos dois grupos, sem diferença significativa. Pesquisa realizada pelo projeto Caretas, que investigou quase um milhão de jovens com idades entre 13 e 25 anos, revela que quase metade deles informou já ter praticado *sexting* ou falado sobre o assunto (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF), 2019).

Por outro lado, mais de dois terços das participantes jovens e adultas relataram ter usado as redes sociais *online* para receberem conteúdos referentes à gestação, dado semelhante ao da pesquisa realizada na Holanda com 1922 mulheres grávidas, em que 77,9% usam os *sites* como fonte de informação (VOGELS-BROEKE *et al.*, 2022).

5.3 GESTAÇÃO, PARTO, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL DAS PARTICIPANTES

A pesquisa em questão, reforça o estudo realizado no Nordeste do Brasil em que se investigou a adequação do pré-natal, comparando o Atendimento aos Critérios de Atenção Primária para 39 adolescentes com idade entre 13 e 18 anos e 37 gestantes adultas com idade entre 23 e 28 anos, e descobriu que as pacientes jovens possuem menos consultas de pré-natal se comparadas às adultas (ANDRADE *et al.*, 2020). O número de consultas das participantes do nosso estudo foi superior ao recomendado pela Portaria nº 570 de 1º de Junho de 2000, a qual estabelece o mínimo de seis consultas de pré-natal.

Quanto às IST na gestação, não se observou diferença significativa entre os grupos estudados. No entanto, duas pacientes em cada grupo descobriram o HIV na

gestação. Tal achado é superior ao reportado em Dakar, com 1616 mulheres com idade média de 30 anos em que 93,6 % dessa população aceitou realizar a triagem com 5 resultados positivos para o vírus (CISSÉ *et al.*, 2018). Nos últimos anos, a taxa de positividade para HIV entre as mulheres brasileiras tem caído (BRASIL, 2022c). É provável que essas quatro pacientes tenham sido encaminhadas para acompanhamento no Hospital Universitário onde ocorreu o estudo, pois este é referência no atendimento desses casos na capital paranaense. A sífilis também foi encontrada em alta frequência entre as participantes da pesquisa, em que cerca de 1:20 das mulheres em ambos os grupos testaram positivo para doença, sendo todas tratadas. O número de casos é maior que o reportado na cidade de Curitiba – PR e no Brasil (MOROSKOSKI *et al.*, 2018)

O número total de casos notificados de sífilis no Brasil em 2021 foi de 74.095, dos quais 10.571 (14,3%) foram no Sul, a taxa de detecção dessa doença em gestantes por 1.000 nascidos vivos no Paraná foi 22 casos. Em 2021, no país, observou-se uma taxa de detecção de 27,1 casos de sífilis em gestantes por 1.000 NV (12,5% superior à taxa observada no ano anterior) configurando uma grande preocupação de saúde da gestante em geral (BRASIL, 2022d).

Entre as comorbidades que afetam as pacientes na gestação, a anemia foi mais frequente nas adolescentes e o hipotireoidismo gestacional nas adultas. Em relação a estas condições, o estudo vai ao encontro dos dados encontrados na pesquisa realizada com 133 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, em que a doença foi diagnosticada em 9,9% das participantes (ANUPMA *et al.*, 2022). O distúrbio da tireoide para pacientes adultas está dentro das estimativas mundiais, que varia de 0,3 a 25% (COSTA *et al.*, 2004).

A saúde mental das pacientes também apareceu na nossa análise. Mais de 60% das entrevistadas de ambos os grupos disseram ter ou ter tido depressão/ansiedade, porém, quando questionadas se fazem ou já fizeram tratamento para esse problema de saúde, apenas 6,6% das adolescentes vs. 12,8% das adultas fazem ou fizeram tratamento. Estudo realizado com 491 adolescentes em Teerã identificou uma percentagem notável de adolescentes com formas graves e extremamente graves de depressão (16,8%), ansiedade (28,3%) e sintomas de estresse (19,1%) (HOSEINI-ESFIDARJANI; TANHA; NEGARANDEH, 2022). Nos EUA, outros autores descreveram que, nas crianças/adolescentes com idades entre

0 e 17 anos, o tratamento foi mais comum entre as crianças com depressão (78,1%), enquanto o recebimento de tratamento para ansiedade e problemas de comportamento/conduita foi de 59,3% e 53,5%, respectivamente (GHANDOUR *et al.*, 2018). No ano de 2019, a prevalência de depressão autorreferida na população brasileira adulta a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, e comparou com a PNS 2013 com 90.846 indivíduos com idade ≥ 18 anos os pesquisadores observam que houve um aumento significativo na prevalência de indivíduos que receberam atendimento médico (BRITO *et al.*, 2022).

Em nosso estudo, as adolescentes (42,3%) relataram que utilizaram/usam significativamente mais drogas lícitas e ilícitas que as adultas (32,6%). Outra investigação realizada com 746 adolescentes brasileiras em 2021 mostrou que 39,8 % já fizeram uso de drogas lícitas (GOMES *et al.*, 2021). Esses autores reportam que a falta de coesão familiar foi um fator de risco muito importante. Nos EUA, em estudo realizado com gestantes adultas, aproximadamente 12,9% da amostra relatou o uso recente de cannabis, 17,2% de cigarro e 57,5%, de álcool (COUGHENOUR *et al.*, 2021).

5.4 ESTRUTURA FAMILIAR

Em relação aos membros familiares responsáveis pela criação das jovens, observou-se que o número de adolescentes criadas apenas pela mãe (39% vs. 20,6%) foi significativamente maior quando comparado com o das adultas, ou seja, quase o dobro de casos. Uma pesquisa realizada nas Filipinas em 2017, com 433 participantes adolescentes grávidas, apresenta dados diferentes dos apresentados em nossa pesquisa. Os autores descrevem que a gravidez na adolescência foi 1,6 vezes (IC95%=1,10–2,16) mais provável de acontecer em mulheres adolescentes que vivem com apenas um dos pais e 8,2 vezes (IC 95% = 6,54–10,23) mais provável em mulheres adolescentes que vivem sem nenhum dos pais em comparação a mulheres adolescentes que vivem com ambos os pais (TABEL *et al.*, 2021). No estudo intitulado “Compreensão abrangente dos fatores de risco e proteção relacionados à gravidez na adolescência em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática”, se analisou 67 artigos referentes aos fatores que influenciam a gestação na adolescência e percebeu-se que fatores familiares, como ausência de ambos os pais em alguns

períodos da adolescência, não morar com o pai, ser criado por progenitora solteira, morar em família chefiada pela mãe (vs. chefiada pelo pai), mãe ter tido filhos na adolescência, ter mãe empregada, cuidado impróprio da família ou falta de cuidado dos pais, convivência autoritária, estilo familiar permissivo, falta de comunicação com os pais, crença religiosa materna, falta de educação sexual em casa, influências dos pais para casar precocemente, histórico de gravidez na adolescência dos irmãos, mais de três irmãos, irmãos de paternidades diferentes e moradias grandes favorecem a gravidez precoce (CHUNG; KIM; LEE, 2018).

A presença de um pai na família soma-se a figura materna. A falta de qualquer um dos modelos na educação, sendo eles masculino ou feminino, afeta significativamente a estrutura familiar e pode causar um desequilíbrio na educação do filho (BENCZIK, 2011).

No grupo de gestantes adolescentes, a informação de terem os pais casados foi significativamente menor que nas adultas. Estudo feito em Porto Alegre com 60 adolescentes de classe média em relação à estrutura familiar, aponta que 50% dos jovens participantes declarou que seus pais são casados, o que difere do nosso estudo, talvez por se tratar de um estrato social diferente. Verificou-se uma maior percentagem de mulheres acima de 25 anos cujos pais são casados em nosso estudo, o que pode inferir que famílias melhores estruturadas favorecem a gravidez mais tardia. De acordo com outros autores, os riscos de gravidez precoce são determinados através da correlação entre fatores socioestruturais e ecológicos, incluindo habitação e segurança alimentar, estrutura familiar e dinâmicas de poder baseadas no gênero (ROWLANDS *et al.*, 2021).

Muitas dessas participantes não moram com os pais, apenas 14,8% do grupo A e 7,8% do grupo B ainda residem com eles. Diferentemente da pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2006, com 449 adolescentes do sexo feminino, em que 31,5% morava com ambos os pais, o que talvez possa ser atribuído à distância de tempo entre as duas pesquisas (DIAS; AQUINO, 2006).

Número significativamente maior de adolescentes do presente estudo classificaram a união da sua família como ruim ou regular quando comparado às adultas, sendo similar ao observado por outros autores no Brasil, em que 60 adolescentes caracterizaram a família *legal/normal* (50%), seguida da

categoria *unida/feliz/afetiva* (35%); por último, com 15% das respostas, os sujeitos afirmaram que sua família era *complicada* (WAGNER; FALCKE; MEZA, 1997).

A religiosidade dos pais no grupo das mulheres adultas foi significativamente maior quando comparada aos das adolescentes. Pesquisa realizada com jovens indonésios revelaram uma forte influência da cultura e da religião relacionada à política e à estrutura social. O estudo demonstra a influência da espiritualidade e o comportamento complacente e estimulante dentro de uma estrutura familiar (ASTUTI; HIRST; BHARJ, 2020). A religiosidade, historicamente, independentemente do credo, serve como balizador de comportamentos e também ajuda na união familiar.

O diálogo entre pais e filhos é um importante fator no quesito da prevenção da gestação precoce e das IST. Porém, um dado que ainda preocupa em nosso estudo é que 37,9% das jovens relatam não ter recebido esclarecimento das suas dúvidas gerais e que 51,4 % das participantes adultas não receberam orientações dos pais no período em que viveram a fase adolescente. Em Gana, um estudo realizado com 221 adolescentes, uma pequena parcela de cerca de 11,3% dos adolescentes tiveram conversas sobre questões sexuais com ambos os pais, enquanto 27,6% dos adolescentes dialogaram sobre assuntos sexuais com apenas um dos pais (KLU *et al.*, 2022). Outra pesquisa realizada na África Subsaariana demonstra o importante papel dos pais na comunicação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente, porém apresenta sua falta de capacidade para fazê-lo, especialmente no que tange a figura paterna (USONWU; AHMAD; CURTIS-TYLER, 2021).

Em relação à notícia da gestação e à reação dos pais quanto à felicidade pela gravidez da filha, os dados foram significativamente maiores entre os pais das gestantes adultas. No entanto, mesmo com o impacto da notícia, o apoio dos pais para as adolescentes foi presente em mais de 95% dos casos. Esse fato é similar ao descrito em estudo realizado com as mães das adolescentes durante o período de internação pós-parto no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), as quais relatam sentimentos de surpresa ao saber da gestação, mas que estiveram apoiando as filhas durante todo processo gravídico-puerperal. Não foram identificadas mudanças significativas no relacionamento familiar em função da gravidez (FERNANDES; SANTOS JÚNIOR; GUALDA, 2012).

A repetição da história da gestação na adolescência já vivenciada por outros membros da família chama a atenção em nossa pesquisa. A ocorrência de gravidez na adolescência foi significativamente maior entre as participantes do Grupo A, principalmente a figura materna, em que 60,5% do primeiro grupo respondeu que sua mãe engravidou com menos de 19 anos vs. 32,6% das mulheres adultas. Avó e tias também aparecem com números significativos, também mais frequente no grupo de adolescentes (WALL-WIELER; ROOS; NICKEL, 2016). Outros autores referenciados abaixo, já reportaram que a mãe é a que mais aparece como familiar a ter vivido o processo da gestação na adolescência (LIU *et al.*, 2018).

5.5 DADOS SOBRE A CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE AS PARTICIPANTES

O planejamento de uma gravidez geralmente não é inexistente entre o público adolescente. Nossos dados provam que 73,1% dessas gestações não estavam nos planos das jovens meninas; porém, é curioso perceber que 56,9% das adultas também não desejavam a gestação. Em estudo ocorrido entre (2007 a 2018) em Gana, Guiné-Bissau, Etiópia, Uganda e Bangladesh, estima-se que 40% das gestações são indesejadas (YARGAWA *et al.*, 2021). Ainda que assim seja, a maioria das adolescentes declarou alto conhecimento de métodos contraceptivos, embora significativamente menor que as adultas, corroborando o estudo que identificou que os adolescentes possuem um menor conhecimento sobre as barreiras contraceptivas (BITZER *et al.*, 2016). Os métodos mais utilizados pelas participantes foram os anticoncepcionais de via oral, similar ao estudo que demonstra que a maioria dos jovens usa preservativos e/ou contraceptivos orais para prevenir a gravidez (DI MEGLIO; YEATES; SEIDMAN, 2020). O uso de contracepção oral e preservativos são mais baratos e de fácil acesso no Brasil, por isso, possivelmente, sejam os mais utilizados.

A menarca e a sexarca ocorreram significativamente em idades menores no grupo de adolescentes grávidas. Uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal mostrou que a idade média da menarca foi de 12,1 anos, dentre as 201 participantes, e a idade média da primeira relação sexual foi de 15 anos. Destas, 34% relataram ter iniciado a vida sexual aos 14 anos ou menos e 66%

entre os 15 e 16 anos. Nesse estudo, 56,7% das adolescentes já haviam engravidado, sendo a idade média da primeira gravidez de $16,2 \pm 1,5$ anos (CEZIMBRA *et al.*, 2020). De acordo com os dados do nosso estudo, o início precoce da atividade sexual aumenta o risco de gravidez precoce.

Para as entrevistadas que vivenciaram o processo de gestação e as incertezas ocasionadas nesse período, foi questionado se, em algum momento, pensou-se em realizar o aborto. Entre as adolescentes, 17,6% responderam que sim, porcentagem significativamente maior que aquela encontrada entre as adultas. Provavelmente, o grupo de adultas possua melhores condições psicológicas e econômicas para manter uma gestação. Pesquisa realizada em Gana com 54 participantes mostrou que as adolescentes, ao saberem da gestação, tiveram reações quase sempre descritas como negativas, entrando em um dilema avassalador sobre o que fazer com a gravidez (continuar ou optar pelo aborto) – sendo esta a mais desafiadora das frustrações com a qual essas adolescentes têm de lidar (BAIN *et al.*, 2020).

5.6 PÓS-NASCIMENTO E RELACIONAMENTO COM PAI DO RN

Outra questão abordada em nosso estudo diz respeito aos aspectos da paternidade. Observou-se que um número menor das adolescentes, de forma significativa em relação às adultas, possui um relacionamento amoroso com o pai do bebê e uma menor mediana de tempo de relacionamento; ainda, o pai do RN foi pouco presente na gestação e cerca de um terço deles não estiveram presentes no momento do parto. Em pesquisa em 1999 realizada em Botucatu – SP, foi identificado que 81,8% das adolescentes mantinham um relacionamento estável com o pai de seus filhos, o que se assemelha ao nosso trabalho. Em nosso estudo, entre as adolescentes que mantinham o relacionamento com o pai de seu filho, o tempo de namoro foi variado: de alguns dias até quatro anos. Em outro estudo, por mais que muitas adolescentes tenham afirmado que o pai do bebê as acompanhava às consultas de pré-natal, muitos deles não entravam no consultório por vergonha ou por proibição do serviço de saúde. A maioria dos pais esteve na maternidade durante a hospitalização das adolescentes para o parto, sendo que suas reações frente a tal situação foram variadas, mostrando semelhança com nossa análise (GONÇALVES;

PARADA; BERTONCELLO, 2001). Outro estudo com 518 mulheres grávidas em São Tomé (África Central), das quais 104 eram gestantes adolescentes (≤ 19 anos) e 414 mulheres mais velhas, aponta que a grávida adolescente não foi apoiada/acompanhada pelo progenitor do bebê em 20% dos casos, sendo menor em comparação com as mais velhas ($P=0,002$), dado similar ao nosso estudo (VASCONCELOS *et al.*, 2022). Em outro estudo realizado no Amazonas (2020), em uma amostra de 400 casos, 49,7% eram gestantes adolescentes e 50,3% gestantes adultas. Verificou-se que as gestantes jovens eram, na sua grande maioria, solteiras (73,4%), enquanto as adultas eram casadas (61,40%). (COSTA; SILVA; CUNHA, 2020).

Foi evidenciado que a maioria das adolescentes contava com o apoio dos pais nos cuidados com o RN (81,3%), valor acima do encontrado entre as participantes adultas (63,8%). Tais dados assemelham-se ao estudo realizado no Brasil com 202 adolescentes, com média de idade de 17,5 anos, que identificou a participação dos familiares no cuidado para com elas e para com o RN (85,6%) (MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012). Acredita-se que esse dado se baseia no fato de as pacientes adultas serem casadas e com melhores condições de cuidado com o RN.

Em relação à intenção de futura gestação, cerca de um terço de ambos os grupos responderam que sim, dado discordante de um amplo estudo que entrevistou 69.176 mulheres em idade reprodutiva em cinco locais do Sistema de Vigilância Demográfica e de Saúde em Gana, Guiné-Bissau, Etiópia, Uganda e Bangladesh (2017–2018), o qual apontou que apenas 7,4% das mulheres que relataram sua última gravidez como indesejada desejam ter mais filhos no futuro (YARGAWA *et al.*, 2021). Atribuímos esses dados ao maior número de participantes e às diferenças sociais e econômicas entre os dois países.

6 LIMITAÇÕES

O estudo apresenta algumas limitações relacionadas ao desenho transversal. O contato com a paciente apenas no momento da hospitalização em puerpério imediato pode ser um viés, visto que, nessa fase, muitas novidades estão acontecendo no entorno, seja no aspecto fisiológico, emocional, psicológico, o que pode afetar as respostas por elas dadas.

Pelo fato de a pesquisa ser presencial, pode-se gerar um possível constrangimento em relação às perguntas referentes aos fatores sociodemográficos, sexualidade, relações familiares e sobre o progenitor do filho da entrevistada. Ainda, deve se levar em conta que os dados se referem à população atendida em um hospital universitário, em que todas as pacientes foram atendidas pelos SUS.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu durante a pandemia do COVID-19, o que dificultou a entrada de pesquisadores em outros locais em que eles não fossem funcionários, diminuindo a casuística que poderia ter sido coletada.

Por outro lado, os pontos fortes do presente estudo residem no desenho quantitativo, que possibilitou muitos números e porcentagens significativas em vários quesitos, abrindo novas possibilidades de outras abordagens.

7 PERSPECTIVAS

Diante do que foi observado neste estudo, idealiza-se que ações se fazem necessárias para se reduzir os índices de gravidez durante a adolescência no Paraná e no Brasil. Acreditamos que os dados encontrados quando estudamos as adolescentes da cidade de Curitiba, no Paraná, possam ser extrapolados para outros locais do Brasil – principalmente no que tange à estrutura familiar.

É preciso fortalecer as políticas públicas e aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema estudado, focando no fortalecimento da estrutura familiar, além de instituir programas de planejamento familiar e instruir os pais e os adolescentes sobre questões referentes à sexualidade e à gravidez indesejada na adolescência.

O uso das redes sociais aparece como fator importante – mais de 90% das participantes possuem acesso a elas em suas casas, principalmente pelo smartphone. Nesse contexto, talvez seja o momento de focar em práticas preventivas utilizando essas tecnologias e influenciadores digitais, no sentido de manter em pauta um assunto tão importante.

Por fim, visto que a maioria dos adolescentes ainda frequenta o ensino regular, é importante que assuntos referentes ao planejamento familiar e à sexualidade sejam melhor trabalhados nas escolas, por meio de professores treinados para desenvolverem essas questões com melhor embasamento teórico e científico.

8 CONCLUSÕES

Diante dos dados obtidos neste estudo e considerando-se as observações desta pesquisa, conclui-se que:

A falta de estrutura familiar, evidenciada em nossa pesquisa por casamento desfeitos dos pais, o não conhecimento da figura paterna, relações conflituosas, falta de união das famílias, de crenças religiosas e de diálogo entre pais e filhos, principalmente sobre sexualidade, são fatores influenciadores na gestação adolescente. Além disso, a história prévia de gestação na adolescência de membros da família, principalmente o da figura materna, confirmam o ciclo vicioso para tal problema de planejamento familiar.

O perfil sociodemográfico também contribui para tal acontecimento na vida das jovens, isso por conta da menor renda familiar, menor grau de escolaridade, maior número de evasão escolar e menor seguimento as crenças religiosas.

Houve alta frequência de HIV e Sífilis tanto nas adolescentes quanto nas adultas.

Ainda, o estudo constatou alto uso de redes sociais via celular em ambos os grupos investigados, chegando a quase oito horas por dia. Somado a isso, confirmou-se a utilização da internet como fonte de informação e como possível aliado no trabalho de conscientização, prevenção e promoção da saúde das adolescentes e adultas no que tange à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

ADOLESCÊNCIA. In: DICIONÁRIO Michaelis. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br>. Acesso em: 13 set. 2022.

ALHASSAN, R. K. *et al.* Determinants of use of mobile phones for sexually transmitted infections (STIs) education and prevention among adolescents and young adult population in Ghana: implications of public health policy and interventions design. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, p. 120, dez. 2019. doi: 10.1186/s12978-019-0763-0.

ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 71–76, fev. 2009. doi: 10.1590/S0103-21002009000100012.

ALMEIDA, R. A. A. S. *et al.* Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1033–1039, out. 2017. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0531.

ANDRADE, R. B. *et al.* Adequacy of prenatal care in northeast brazil: pilot data comparing attainment of standard care criteria for first-time adolescent and adult pregnant women. **International Journal of Women's Health**, v. 12, p. 1023–1031, 2020. doi: 10.2147/IJWH.S272743.

ANUPMA, A. *et al.* Assessment of risk factors and obstetric outcome of adolescent pregnancies through a prospective observational analysis. **Cureus**, 27 out. 2022. doi: 10.7759/cureus.30775.

ASTUTI, A. W.; HIRST, J.; BHARJ, K. K. Indonesian adolescents' experiences during pregnancy and early parenthood: a qualitative study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 41, n. 4, p. 317–326, out. 2020. doi: 10.1080/0167482X.2019.1693538.

AZEVEDO, W. F. *et al.* Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. **Einstein** (São Paulo), v. 13, n. 4, p. 618–626, jun. 2015. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127.

BAIN, L. E. *et al.* Decision-making preferences and risk factors regarding early adolescent pregnancy in Ghana: stakeholders' and adolescents' perspectives from a vignette-based qualitative study. **Reproductive Health**, v. 17, n. 1, p. 141, dez. 2020. doi: 10.1186/s12978-020-00992-x

BENCZIK, E. B. P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Revista psicopedagogia**, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

BITZER, J. *et al.* Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. **The European Journal of Contraception & Reproductive**

Health Care, v. 21, n. 6, p. 417–430, nov. 2016. doi: 10.1080/13625187.2016.1237629.

BOCK, A.M. B; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. L. T; **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. 13. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html#:~:text=2.,3. Acesso em: 16 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 16 dez. 2021.

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica e vigilância de doenças não transmissíveis: painel de monitoramento de nascidos vivos [conjunto de dados]. **Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2021. Disponível em: <https://svs.aidkis.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Casos de gravidez na adolescência diminuíram, em média, 18% desde 2019**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/casos-de-gravidez-na-adolescencia-diminuiram-em-media-18-desde-2019#>. Acesso em: 27 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis – IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 27 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRITO, V. C. A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021384, 2022. doi: 10.1590/SS2237-9622202200006.especial.

BUENO, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 11. ed. Brasília (DF): FAE; 1995.

CABRAL, C. S.; BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00029420, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00029420.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC). **TIC Kids Online Brasil 2021: 78% das crianças e adolescentes conectados usam redes sociais**. 2021. Disponível em: <https://cetic.br/pt/noticia/tic-kids-online-brasil-2021-78-das-criancas-e-adolescentes-conectados-usam-redes-sociais/>. Acesso em: 13 out. 2022.

CEZIMBRA, G. S. S. *et al.* Increased vulnerability to pregnancy and sexual violence in adolescents with precocious menstruation. **International Journal of Reproductive Medicine**, v. 2020, p. 1–5, mar. 2020. doi: 10.1155/2020/5237814.

CHARLTON, B. M. *et al.* Teen pregnancy risk factors among young women of diverse sexual orientations. **Pediatrics**, v. 141, n. 4, p. e20172278, abr. 2018. doi: 10.1542/peds.2017-2278.

CHUNG, H. W.; KIM, E. M.; LEE, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. **Journal of Adolescence**, v. 69, n. 1, p. 180–188, dez. 2018. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.10.007.

CISSÉ, C. A. T. *et al.* Screening and management of HIV infection in pregnant women in Dakar. **Médecine et Santé Tropicales**, v. 28, n. 2, p. 186–192, abr. 2018. doi: 10.1684/mst.2018.0794.

COERT, S. L. *et al.* A comparison of the relationship between parental efficacy and social support systems of single teen mothers across different family forms in South

African low socioeconomic communities. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 1, p. 158, dez. 2021. doi: 10.1186/s12905-021-01300-w.

COSSÍO-ARANDA, J. E. *et al.* Embarazo en pacientes adolescentes con cardiopatía. **Archivos de Cardiología de México**, v. 90, n. 1, p. 81-85, 2020. doi: 10.24875/ACME.M20000087.

COSTA, S. M. *et al.* Hipotireoidismo na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 4, n. 4, p. 351-358, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/v8XPN8dbbxmgYkdMzy97y3j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

COSTA, N. L.; SILVA, W. C. DA S. E; CUNHA, K. DA C. Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira. **Femina**, p. 739–746, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141184>. Acesso em: 13 out. 2022.

COUGHENOUR, P. *et al.* Prevalence and social acceptability of cannabis, tobacco, and alcohol use in adult women. **Women's Health Reports**, v. 2, n. 1, p. 452–458, out. 2021. doi: 10.1089/whr.2021.0042.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DECKER, M. J. *et al.* Evaluating the Effectiveness of an Intervention Integrating Technology and In-Person Sexual Health Education for Adolescents (In the Know): Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. **JMIR Research Protocols**, v. 9, n. 8, p. e18060, ago. 2020. doi: 10.2196/18060.

DEREFINKO, K. J. *et al.* Sexually transmitted infections and contraceptive use in adolescents. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 58, n. 4, p. 536–546, abr. 2020. doi: 10.1016/j.amepre.2019.11.012.

DESLANDES, S. F.; COUTINHO, T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2479–2486, jun. 2020. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.11472020.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1447–1458, jul. 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700009.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 20, n. 45, p. 123–131, abr. 2010. doi: 10.1590/S0103-863X2010000100015.

DI MEGLIO, G.; YEATES, J.; SEIDMAN, G. Can youth get the contraception they want? Results of a pilot study in the province of Quebec. **Paediatrics & Child Health**, v. 25, n. 3, p. 160–165, abr. 2020. doi: 10.1093/pch/pxz059.

FARIAS, R.; MORÉ, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 596–604, 2012. doi: 10.1590/S0102-79722012000300020.

FERNANDES, A. O.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 55–60, 2012. doi: 10.1590/S0103-21002012000100010.

FRANCISCONI, C. A. J.; TORRES, E. C. Gravidez na adolescência um problema social. *In: Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE*: Artigos. 2014. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uel_geo_artigo_cristiane_aparecida_jonas.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Adolescentes e o risco de vazamento de imagens íntimas na internet**. 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/1671/file/Adolescentes_e_o_risco_de_vazamento_de_imagens_intimas_na_internet.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

GARCÍA DEL CASTILLO, J. A. *et al.* Social networks as tools for the prevention and promotion of health among youth. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 33, n. 1, p. 13, dez. 2020. doi: 10.1186/s41155-020-00150-z.

GHANDOUR, R. M. *et al.* Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. **The Journal of Pediatrics**, v. 206, p. 256–267.e3, mar. 2019. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.09.021.

GOMES, M. C. *et al.* Family and contextual factors associated with licit drug use in adolescence. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 95, 8 dez. 2021. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003531.

GONÇALVES, S. D.; PARADA, C. M. G. DE L.; BERTONCELLO, N. M. F. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, p. 406–412, dez. 2001. doi: 10.1590/S0080-62342001000400014

GRANDCLERC, S. *et al.* Adolescence et définition de la famille, la complexité des nouvelles configurations familiales. **Soins Pédiatrie/Puériculture**, v. 41, n. 315, p. 14–16, jul. 2020. doi: 10.1016/j.spp.2020.07.003.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 800–806, dez. 2008. doi: 10.1590/S1414-81452008000400027.

HARRON, K. *et al.* Preterm birth, unplanned hospital contact, and mortality in infants born to teenage mothers in five countries: An administrative data cohort study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 34, n. 6, p. 645–654, nov. 2020. doi: 10.1111/ppe.12685.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 151–157, mar. 2010. doi: 10.1590/S1414-81452010000100022.

HOSEINI-ESFIDARJANI, S.-S.; TANHA, K.; NEGARANDEH, R. Satisfaction with life, depression, anxiety, and stress among adolescent girls in Tehran: a cross sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 109, dez. 2022. doi: 10.1186/s12888-022-03757-x.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2009-2019 Análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?t=resultados>. Acesso em: 13 set. 2022.

IQBAL, S.; ZAKAR, R.; FISCHER, F. Predictors of parental mediation in teenagers' internet use: a cross-sectional study of female caregivers in Lahore, Pakistan. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 317, dez. 2021. doi: 10.1186/s12889-021-10349-z.

KEFALE, B. *et al.* A Multilevel Analysis of Factors Associated with Teenage Pregnancy in Ethiopia. **International Journal of Women's Health**, v. 12, p. 785–793, dez. 2020. doi: 10.2147/IJWH.S265201.

KEMP, S. **Digital 2021**: the latest insights into the 'state of digital'. 2021. Disponível em: <https://wearesocial.com/uk/blog/2021/01/digital-2021-the-latest-insights-into-the-state-of-digital/>. Acesso em: 13 set. 2022.

KLU, D. *et al.* Determinants of communication on sexual issues between adolescents and their parents in the Adaklu district of the Volta region, Ghana: a multinomial logistic regression analysis. **Reproductive Health**, v. 19, n. 1, p. 101, dez. 2022. doi: 10.1186/s12978-022-01402-0.

LEE, R.; HOW, C.; RAJASEGARAN, K. Sexual matters among teenagers. **Singapore Medical Journal**, v. 60, n. 9, p. 439–445, set. 2019. doi: 10.11622/smedj.2019112.

LUKAVSKÁ, K.; VACEK, J.; GABRHELÍK, R. Erratum: The effects of parental control and warmth on problematic internet use in adolescents: A prospective cohort study. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 9, n. 4, p. 1103, jan. 2021. doi: 10.1556/2006.2020.10000.

LIU, N. *et al.* Intergenerational teen pregnancy: a population-based cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 125, n. 13, p. 1766–1774, dez. 2018. doi: 10.1111/1471-0528.15297.

MAGIS-WEINBERG, L.; BALLONOFF SULEIMAN, A.; DAHL, R. E. Context, development, and digital media: implications for very young adolescents in LMICs. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 632713, abr. 2021. doi: 10.3389/fpsyg.2021.632713.

MANN, L.; BATESON, D.; BLACK, K. I. Teenage pregnancy. **Australian Journal of General Practice**, v. 49, n. 6, p. 310–316, jun. 2020. doi: 10.31128/AJGP-02-20-5224.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; OLIVEIRA, D. C. DE. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 371–377, 2012. doi: 10.1590/S0103-21002012000300009.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4083–4094, dez. 2017. doi: 10.1590/1413-812320172212.16232015.

MARTINS, M. V. *et al.* Adolescent internet addiction – role of parental control and adolescent behaviours. **International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 7, n. 3, p. 116–120, set. 2020. doi: 10.1016/j.ijpam.2019.12.003.

MASTROTTEODOROS, S. *et al.* Family Functioning and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems: Disentangling between-, and Within-Family Associations. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 49, n. 4, p. 804–817, abr. 2020. doi: 10.1007/s10964-019-01094-z.

MATOBA, N. *et al.* Teen birth across generations among non-latino whites and african-american women: the effect of race and neighborhood income. **Maternal and Child Health Journal**, v. 26, n. 7, p. 1584–1593, jul. 2022. doi: 10.1007/s10995-022-03389-3.

MOHAMAD SHAKIR, S. M. *et al.* Online STI information seeking behaviour and condom use intentions among young Facebook users in Malaysia. **Health Promotion International**, v. 35, n. 5, p. 1116–1124, out. 2020. doi: 10.1093/heapro/daz108.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Adolescent pregnancy trends in the last decade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 9, p. 1209–1215, set. 2019. doi: 10.1590/1806-9282.65.9.1209.

MOROSKOSKI, M. *et al.* Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 47-58, 24 jul. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/39>. Acesso em: 29 out. 2022.

MOSHER, W. D.; JONES, J.; ABMA, J. C. Intended and unintended births in the United States: 1982-2010. **National health statistics reports**, v. 55, p. 1–28, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23115878/>. Acesso em: 29 out. 2022.

NIELSEN, A. M. *et al.* The MOSEXY trial: mobile phone intervention for sexual health in youth—a pragmatic randomised controlled trial to evaluate the effect of a smartphone application on sexual health in youth in Stockholm, Sweden. **Sexually**

Transmitted Infections, v. 97, n. 2, p. 141–146, mar. 2021. doi: 10.1136/sextrans-2019-054027.

OVERBEEK, G.; VAN DE BONGARDT, D.; BAAMS, L. Buffer or Brake? The role of sexuality-specific parenting in adolescents' sexualized media consumption and sexual development. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 47, n. 7, p. 1427–1439, jul. 2018. doi: 10.1007/s10964-018-0828-3.

PEARCE, L. D. *et al.* The Increasing Diversity and Complexity of Family Structures for Adolescents. **Journal of Research on Adolescence**, v. 28, n. 3, p. 591–608, set. 2018. doi: 10.1111/jora.12391.

POMBO, M. F. Família, filiação, parentalidade: novos arranjos, novas questões. **Psicologia USP**, v. 30, p. e180204, 2019. doi: 10.1590/0103-6564e180204.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/Um-encontro-da-enfermagem-como-o-adolescente-brasileiro.pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

REIS, D. C. *et al.* Health vulnerabilities in adolescence: socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 586–594, abr. 2013. doi: 10.1590/S0104-11692013000200016.

RIDAO, P.; LÓPEZ-VERDUGO, I.; REINA-FLORES, C. Parental Beliefs about Childhood and Adolescence from a Longitudinal Perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1760, fev. 2021. doi: 10.3390/ijerph18041760.

RIZZOTTO, J. S.; FRANÇA, M. T. A.; FRIO, G. S. Os arranjos familiares importam no momento de decidir em qual rede de ensino matricular os filhos? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, n. 1, p. 1–27, jun. 2018. doi: 10.20947/S102-3098a0066.

ROWLANDS, A. *et al.* Social and biological transgenerational underpinnings of adolescent pregnancy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 22, p. 12152, 19 nov. 2021. doi: 10.3390/ijerph182212152.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2909–2918, set. 2017. doi: 10.1590/1413-81232017229.13312017.

SOUZA, C. M. B. Família na contemporaneidade: mudanças e permanências. **Caderno CRH**, v. 21, n. 54, p. 623–625, dez. 2008. doi: 10.1590/S0103-49792008000300014.

SPANIOL, C.; SPANIOL, M. M.; ARRUDA, S. N. Gravidez na adolescência e educação sexual: percepções de alunas do ensino médio de um município da Serra

Catarinense. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 19, n. 2, 2019. doi: 10.5935/cadernosdisturbios.v19n2p61-83.

STEVENS, R. et al. Social Media Use and Sexual Risk Reduction Behavior Among Minority Youth: Seeking Safe Sex Information. **Nursing Research**, v. 66, n. 5, p. 368–377, set. 2017. doi: 10.1097/NNR.0000000000000237.

TABELI, K. et al. Association between Teenage Pregnancy and Family Factors: An Analysis of the Philippine National Demographic and Health Survey 2017. **Healthcare**, v. 9, n. 12, p. 1720, dez. 2021. doi: 10.3390/healthcare9121720.

TAMARIT, A. et al. The Impact of Adolescent Internet Addiction on Sexual Online Victimization: The Mediating Effects of Sexting and Body Self-Esteem. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 8, p. 4226, abr. 2021. doi: 10.3390/ijerph18084226.

TISSOT, D. W.; FALCKE, D. Estrutura e dinâmica de funcionamento das famílias de origem de casal com gravidez na adolescência. **Pensando famílias**, v. 23, n. 2, p. 58–74, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2022.

TREMOLADA, M.; SILINGARDI, L.; TAVERNA, L. Social networking in adolescents: time, type and motives of using, social desirability, and communication choices. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 2418, jan. 2022. doi: 10.3390/ijerph19042418.

USONWU, I.; AHMAD, R.; CURTIS-TYLER, K. Parent–adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 202, dez. 2021. doi: 10.1186/s12978-021-01246-0.

UWIZEYE, D. et al. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. **Heliyon**, v. 6, n. 10, p. e05037, out. 2020. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05037.

VASCONCELOS, A. et al. Adolescent pregnancy in Sao Tome and Principe: a cross-sectional hospital-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 332, dez. 2022. doi: 10.1186/s12884-022-04632-z.

VERMELHO, S. C. et al. Refletindo sobre as redes sociais digitais. **Educação & Sociedade**, v. 35, n. 126, p. 179–196, mar. 2014. doi: 10.1590/S0101-73302014000100011.

VIEGAS, C. M. A. R. **Famílias poliafetivas: uma análise sob a ótica da principiologia jurídica contemporânea**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017. Disponível em: https://cdnv2.moovin.com.br/livrariadplacido/imagens/files/manuais/205_familias-poliafetivas-uma-analise-sob-a-otica-da-principiologia-juridica-contemporanea.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

VOGELS-BROEKE, M. *et al.* Sources of information used by women during pregnancy and the perceived quality. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 109, dez. 2022. doi: 10.1186/s12884-022-04422-7.

VOYIATZAKI, C. *et al.* Awareness, Knowledge and Risky Behaviors of Sexually Transmitted Diseases among Young People in Greece. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, p. 10022, set. 2021. doi: 10.3390/ijerph181910022.

YAKUBU, I.; SALISU, W. J. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 15, dez. 2018. doi: 10.1186/s12978-018-0460-4.

YARGAWA, J. *et al.* Pregnancy intention data completeness, quality and utility in population-based surveys: EN-INDEPTH study. **Population Health Metrics**, v. 19, n. S1, p. 6, fev. 2021. doi: 10.1186/s12963-020-00227-y.

WAGNER, A.; FALCKE, D.; MEZA, E. B. D. Crenças e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 10, n. 1, p. 155–167, 1997. doi: 10.1590/S0102-79721997000100011.

WALL-WIELER, E.; ROOS, L. L.; NICKEL, N. C. Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 120, dez. 2016. doi: 10.1186/s12884-016-0911-2

WIKLE, J. S.; HOAGLAND, A. Adolescent interactions with family and emotions during interactions: Variation by family structure. **Journal of Family Psychology**, v. 34, n. 5, p. 544–554, ago. 2020. doi: 10.1037/fam0000625.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Young people's health - a challenge for society**: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". 1986. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>. Acesso em: 13 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy**. Geneva. WHO; 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 13 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease 2020 (COVID-19)**: Situation Report – 67. Geneva: WHO; 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 10 jan. 2023.

WORKU, M. G. *et al.* Prevalence and associated factors of adolescent pregnancy (15–19 years) in East Africa: a multilevel analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 253, dez. 2021. doi: 10.1186/s12884-021-03713-9.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

Nº do registro no prontuário: _____	npront _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Idade na gestação: _____	idade _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Data de nascimento: ___/___/___	dtnascmae _ _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Religião: [1] Catolicismo [2] Evangelicalismo [3] Espiritismo [4] Umbandismo e candomblecismo [5] Sem religião	religiao _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Etnia: [1] Branca [2] Afrodescendente [3] Amarela [4] Indígena	etnia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

FORMULÁRIO DE DADOS DO PRÉ – NATAL E PARTO

Informação: esses dados deverão ser coletados através da carteira da gestante e carteira de vacinas do recém nascido

Idade gestacional no nascimento (em semanas): _____	idgest _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Sexo do RN: [1] Masculino [2] Feminino	sexo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Tipo de parto: [1] Vaginal Hospitalar [2] Vaginal extra-hospitalar [3] Cesárea	tipparto _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Peso ao nascer (em gramas): _____	pesobb _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Apgar: _____	apgar _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nº de consultas no pré-natal: _____	prenatal _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Paridade: _____	parid _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas na gestação: [1] AIDS [2] Sífilis [3] Gonorréia [4] Clamídia [5] Herpes [6] Outras	istgest _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Outras doenças ou infecções pré – existentes ou adquiridas na gestação	doenpreouad/ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

FORMULÁRIO DE DADOS SOCIOECONÔMICOS DA GESTANTE

Estado civil: [1] Solteira [2] Casada/Vive com companheiro [3] Viúva [4] Separada [5] Outra	estcivil _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Escolaridade (considerar até a última série que concluiu os estudos): [1] Analfabeta [2] Ensino fundamental incompleto [3] Ensino fundamental completo [4] Ensino médio incompleto [5] Ensino médio completo [6] Superior incompleto [7] Superior completo	escol _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Fonte de renda da gestante: [1] Trabalho com carteira assinada [2] Trabalho sem carteira assinada [3] Aposentadoria [4] Sem renda	fonte _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<se gestante tem fonte de renda> trabalho da gestante:	trabgest _____
Renda da gestante: R\$ _____, _____	renda _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Benefício social de alguém que reside com a gestante: [1] Sim [2] Não	benef _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Média salarial: [1] Menos de 1 SM [2] Até 2 SM [3] De 2 á 4 SM [3] 4 a 10 SM [4] De 10 á 20 SM [5] Acima de 20 SM	media _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Regime de ocupação: [1] Própria [2] Financiada [3] Cedida [4] Alugada [5] Ocupada/Invasão	casa _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Tipo de moradia (material predominante): [1] Alvenaria [2] Taipa [3] Madeira [4] Palha/Papelão/Lona/Plástico	material ____
Número total de cômodos na casa: _____	comodos ____
Quantas pessoas residem na casa: _____	pessoas ____
De onde vem a água usada para beber, hoje, em sua casa? [1] Rede geral de distribuição [2] Cisterna [3] Poço, cacimba ou nascente [4] Água Mineral [5] Carro/Caminhão pipa [6] Outro	agua ____
Onde é colocado o lixo de sua casa? [1] Coleta pública [2] Queima [3] Terreno baldio [4] Enterrado [5] Outro meio	lixo ____
Tem acesso à internet (mesmo que por celular)? [1] Sim [2] Não	celular ____

FORMULÁRIO DE HÁBITOS DA GESTANTE

De 0 a 6 quais são os lugares que você mais frequenta? <lembrar de explicar à entrevistada que 0 é não frequentar o local e 6 é frequentar sempre>						lugares1 ____
						lugares2 ____
						lugares3 ____
						lugares4 ____
						lugares5 ____
						lugares6 ____
Quanto tempo você utiliza o celular, por dia (estimar por minutos): _____ min						minutos ____
Qual rede social mais utiliza, diariamente? [1] Facebook [2] Instagram [3] Twitter [4] WhatsApp [5] YouTube [6] Messenger						redes ____
Você já enviou “nudes”? [1] Sim [2] Não						nudes ____
Você já teve problemas por causa do uso das redes sociais? [1] Sim [2] Não						probrede ____
Você já recebeu informações sobre gravidez nas redes sociais? [1] Sim [2] Não						infos ____
Você já fez uso de drogas lícitas ou ilícitas? [1] Sim [2] Não						drogas ____
Você costuma ficar muito tempo sozinha em casa? [1] Sim [2] Não						sozinha ____
Você teve ou tem depressão/ansiedade? [1] Sim [2] Não						depreans ____
Faz uso de medicação para depressão/ansiedade? [1] Sim [2] Não						medica ____
Faz uso de medicação para dormir? [1] Sim [2] Não						dormir ____
Usa algum medicamento contínuo? [1] Sim [2] Não						Continuo ____

FORMULÁRIO DE ESTRUTURA FAMILIAR

Você foi criada por: [1] pai e mãe [2] somente mãe [3] somente pai [4] avó(s) [5] outros	criada ____
<se criada por pais> pais adotivos? [1] sim [2] não	adotivos ____
<se criada pela sua mãe> você conheceu seu pai? [1] sim [2] não	conhpai ____

<se criada pelo seu pai> você conheceu sua mãe? [1] sim [2] não	conhmae ____
 Seus pais são casados? [1] sim [2] não	casados ____
 Você mora com seus pais? [1] sim [2] não	mora ____
<se não mora com seus pais> com quem você mora? [1] Avós [2] Tios [3] Padrinhos [4] Irmãos [5] Namorado [6] Marido	quemvive ____
 Você avalia ter uma boa relação com seus pais ou com as pessoas que te criaram? [1] sim [2] não [3] NSA	relacao ____
 Como você avalia a união da sua família? [1] Ruim [2] Regular [3] Boa [4] Ótima	uniao ____
 Qual o principal motivo de brigas entre vocês?	brigas _____
 Você tem irmãos? [1] Sim [2] Não	irmaos ____
 Com quem você conversa mais na sua casa? [1] Mãe [2] Pai [3] Outra pessoa	conversa ____
 Seus pais/responsáveis trabalham? [1] Sim [2] Não	paistrab ____
 Seus pais/responsáveis tem alguma religião? [1] Sim [2] Não	paisrelig ____
 Seus pais/responsáveis te possibilitam(ram) estudar? [1] Sim [2] Não	posestud ____
 Você precisou deixar de estudar para auxiliar no sustento da casa? [1] Sim [2] Não	sustent ____
 Seus pais/responsáveis conversaram sobre suas dúvidas adolescentes? [1] Sim [2] Não	orient ____
 Seus pais/responsáveis conversaram sobre sexualidade e gravidez? [1] Sim [2] Não	sexgra ____
 Seus pais/responsáveis ficaram felizes com a sua gravidez? [1] Sim [2] Não	felizes ____
 Seus pais/responsáveis te apoiaram com a sua gravidez? [1] Sim [2] Não	apoio ____
 Alguém na sua família engravidou na adolescência? [1] Sim [2] Não	engrav ____
<se a resposta anterior foi sim> Qual membro da família engravidou na adolescência? [1] Mãe [2] Avó [3] Tia [4] Prima [5] Outra [6] NSA	membro ____
<se a resposta anterior foi sim> Com que idade essa pessoa da sua família engravidou? _____ anos [3] NSA	famanos ____
<se a resposta anterior foi sim> Essa pessoa da sua família demonstra arrependimento, por ter tido filhos na adolescência? [1] Sim [2] Não [3] NSA	arrend ____

FORMULÁRIO CONCEPÇÃO E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

 Com que idade você menstruou pela primeira vez? _____ anos	menarca ____ ____
 Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos	relsex ____ ____
 A sua primeira gravidez atual foi planejada? [1] Sim [2] Não	primgrav ____
<desconsidere essa pergunta se a atual gestação for a primeira> a sua atual gestação foi planejada? [1] Sim [2] Não [3] NSA	gestatual ____
 De 0 a 10, qual o seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos? <lembrar de explicar à entrevistada que 0 é não conhecer nada e 10 é ter muito conhecimento sobre o assunto> _____	contracep ____
 Você faz uso de métodos contraceptivos? [1] Sim [2] Não	fezuso ____

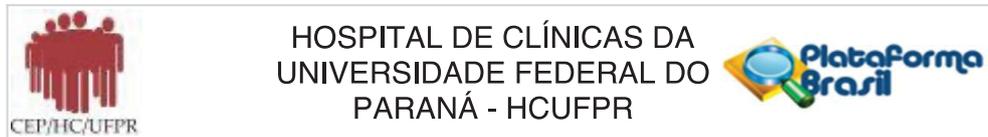
<se a resposta anterior for sim> Qual método contraceptivo você utiliza? [1] Camisinha [2] Anticoncepcional via oral [3] Injeção [4] Adesivo [5] DIU [6] Mais de um [7] NSA	contrausa ____
Você sabia que poderia engravidar após uma relação sexual sem uso de contraceptivo(s)? [1] Sim [2] Não	sabiasex ____
Quantos parceiros você já teve desde que iniciou sua vida sexual? _____	parceiros ____
Você sabe o que são ISTs? [1] Sim [2] Não	oqueist ____
De 0 a 10, o quanto você acha que conhece sobre ISTs? <lembrar de explicar à entrevistada que 0 é não conhecer nada e 10 é ter muito conhecimento sobre o assunto> _____	conhecist ____
Você já foi diagnosticada com uma ISTs? [1] Sim [2] Não	diagist ____
Você já teve um aborto? [1] Sim [2] Não	aborto ____
Você já pensou em realizar um aborto? [1] Sim [2] Não	pensabor ____
Você pensou em doar o bebê em algum momento? [1] Sim [2] Não	pensdoar ____

FORMULÁRIO PÓS NASCIMENTO

(Não se aplica para adolescentes não grávidas)

Você se sente preparada para o cuidado com o RN? [1] Sim [2] Não	prepara ____
Você tem algum relacionamento amoroso com o pai do RN? [1] Sim [2] Não	amoroso ____
<se a resposta anterior for sim> Há quanto tempo você mantém um relacionamento com o pai do RN? (deixar a resposta em meses) _____	relacpai ____
O pai do RN é presente? [1] Sim [2] Não	paipresen ____
O pai do RN foi participativo na sua vida durante a gestação? [1] Sim [2] Não	presgest ____
Durante o parto, o pai do RN esteve ao seu lado? [1] Sim [2] Não	pailado ____
<se a resposta anterior for não> quem esteve com você na hora do parto? [1] Mãe [2] Avó [3] Irmã [4] Amiga [5] Outra pessoa	quempart ____
Você acha que o pai do RN irá participar dos cuidados com o RN? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe responder	paipart ____
Você acha que o pai irá participar financeiramente dos gastos com o RN? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe responder	financ ____
Quem irá participar dos cuidados com o RN nesta fase? [1] Pais [2] Avós [3] Tios [4] Irmãos [5] Namorado [6] Marido [7] Sogra [8] Outra(s) pessoa(s)	cuidados ____
<caso tenha parado de estudar> Pretende voltar a estudar? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe responder	estudar ____
Você pretende ter mais filhos? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe responder	pretend ____
<se sim para a resposta anterior> quando pretende ter mais filho(s)? [1] entre 0 a 1 ano [2] entre >1 ano a 5 anos [3] >5 anos [4] Não sabe responder	pretend ____

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Renato Mitsunori Nishihara

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35259420.6.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.272.267

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado, que avaliará os aspectos epidemiológicos da gravidez na adolescência. Trata-se de uma pesquisa com desenho transversal analítico. A pesquisa será realizada no setor de alojamento conjunto da maternidade do Complexo do Hospital de Clínica da UFPR.

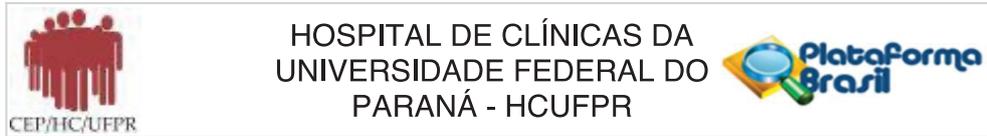
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a influência da estrutura familiar na ocorrência de gestação precoce em adolescentes com idade entre 10 e 19 anos em uma maternidade de Curitiba – PR. Objetivos secundários: Investigar o perfil sócio-demográfico das gestantes estudadas; Avaliar se algum fator sócio-demográfico está associado com maior frequência de gravidez na adolescência; Determinar a influência das redes sociais na gestação da adolescente; Determinar a prevalência de ISTs nas participantes do estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Confidencialidade: As entrevistadas por falta de entendimento, poderão sentir-se expostas devido a divulgação da pesquisa. Por isso, o entrevistador terá o compromisso de esclarecer tal questão, garantindo o anonimato das informações obtidas. As pacientes serão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constarão em planilhas. Constrangimento: As pacientes poderão sentir-se constrangidas em responder as perguntas, devido a presença de outras pessoas no

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.272.267

ambiente, por isso as entrevistas serão individualizadas, em um ambiente destinado para este fim. Ansiedade: No momento da aplicação do questionário, a paciente poderá sentir-se ansiosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, pois além de colocar em risco a vida da mãe, possibilita o nascimento de bebês, vulneráveis as condições de saúde, sociais e psicológicas do meio em que vivem, que na maioria das vezes não oferecem as necessidades básicas para a formação do ser humano. Por este motivo, se faz importante, entender como a estrutura familiar pode contribuir com a gestação precoce, sendo base de estudos para futuras políticas que visem desvelar este problema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

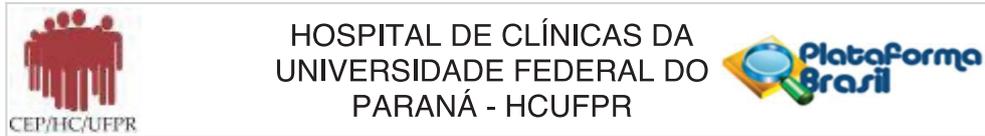
Projeto aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

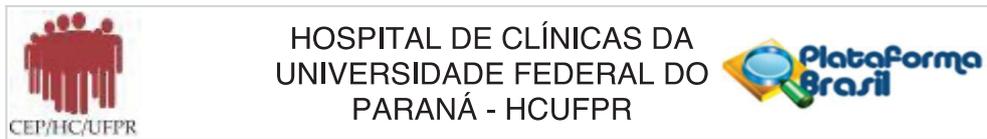


Continuação do Parecer: 4.272.267

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1517982.pdf	20/08/2020 14:38:40		Aceito
Outros	termo_compromisso_dos_pesquisadores_com_data.pdf	20/08/2020 14:37:31	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_com_data.pdf	19/08/2020 12:22:19	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	3_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO_com_data.pdf	19/08/2020 12:20:26	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO.docx	19/08/2020 12:17:37	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	Carta_formal_ao_cep.pdf	19/08/2020 12:14:12	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.doc	16/07/2020 18:59:59	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.pdf	16/07/2020 18:59:15	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	3_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.doc	16/07/2020 18:58:42	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	3_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	16/07/2020 18:58:13	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	2_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.doc	16/07/2020 18:57:50	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Outros	2_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	16/07/2020 18:57:24	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	09/07/2020 12:25:27	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/07/2020 10:48:19	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	8_TERMO_ASSENTIMENTO_ADOSLECENTE.docx	09/07/2020 10:23:57	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO_CRIANCA_07_A_12_ANOS.doc	09/07/2020 10:23:19	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_TCLE_ADULTO.docx	09/07/2020 10:20:47	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUIISA.pdf	09/07/2020 10:13:13	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Declaração de	5_DECLARACAO_COMPROMISSO_E	09/07/2020	ANDRE FELIPE	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.272.267

Pesquisadores	IPE_PESQUISA.doc	10:12:33	BATISTUSSI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS.pdf	09/07/2020 10:09:01	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS.doc	09/07/2020 10:08:26	ANDRE FELIPE BATISTUSSI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Setembro de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Data aplicação do termo: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, André Felipe Batistussi, Renato Mitsunori Nisihara, Sheldon Rodrigo Botogoski, Somaia Reda, Vitória Frota Santos Isabella Simone Camargo Morais Rocco, (Mestrando/orientador/co-orientador/pesquisador assistente/aluno de graduação/ aluno graduação) pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a senhora ou responsável, adulta, com idade igual ou superior à 18 anos, que esteja vivenciado o pós parto, a participar de um estudo intitulado “ ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL”. Que visa entender como a falta de estrutura familiar influência sobre a ocorrência da gravidez na adolescência. Esta pesquisa justifica-se pelo fato de identificar de forma quantitativa como a falta de estrutura familiar influencia na gestação precoce, visto que as políticas públicas ainda não demonstram uma redução significativa do número de casos no Brasil, sendo base para novos estudos devido a ausência de pesquisas relacionados a estrutura familiar de uma nova geração influenciada pelas redes sociais.

O objetivo desta pesquisa é “Avaliar a influência da estrutura familiar na ocorrência de gestação precoce em adolescentes com idade entre 10 e 19 anos em uma maternidade de Curitiba – PR”.

Caso a senhora participe da pesquisa, será necessário responder um questionário em forma de entrevista, contendo perguntas relacionadas a estrutura familiar, dados sócios econômicos, hábitos, concepção e infecções sexualmente transmissíveis, uso das redes sociais e questionamentos pós – nascimento.

Para tanto a senhora deverá estar internada no Complexo Hospital de Clínicas e ou Complexo Hospital do Trabalhador para ser entrevistada pelos nossos pesquisadores acima citados, o que levará aproximadamente 15 minutos.

É possível que experimente algum desconforto, principalmente relacionado à questionamentos sobre sexualidade.

Alguns riscos podem estar relacionados ao estudo, como os de confidencialidade, constrangimento e ansiedade. Por isso deixamos claro que haverá o anonimato das informações obtidas. As participantes da pesquisa serão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constarão em planilhas. As entrevistas aconteceram de forma individualizada, em um ambiente destinado para esse fim. O pesquisador se comprometerá a realizar os questionamentos de forma clara e quantas vezes necessário, para um melhor entendimento do que foi perguntado.

Não haverá benefícios diretos para os participantes da pesquisa. Porém, a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, pois além de colocar em risco a vida da mãe, possibilita o nascimento de bebês vulneráveis as condições de saúde, sociais e psicológicas do meio em que vivem. Por este motivo, se faz importante, entender como a estrutura familiar pode contribuir com a gestação precoce, sendo base de estudos para futuras políticas que visem desvelar este problema.

Os pesquisadores André Felipe Batistussi, Renato Mitsunori Nisihara, Sheldon Rodrigo Botogoski, Somaia Reda e Vitória Frota Silva e Isabella Simone Camargo Morais Rocco responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail, telefone em horário comercial das 10 às 18h. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (45) 9 9907 – 0778, André Felipe Batistussi.

Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se a não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

O material obtido será utilizado unicamente para esta pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 20 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informada que serei atendida sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ____/____/____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Data aplicação do termo: ____/____/____

ANEXO 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
 Data aplicação do termo: ____/____/_____

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Título do Projeto: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

Investigadores: André Felipe Batistussi, Renato Mitsunori Nishihara, Sheldon Rodrigo Botogoski, Somaia Reda, Vitória Frota Santos, Isabella Simone Camargo Morais Rocco

Local da Pesquisa: Complexo Hospital de Clínicas e Complexo Hospital do Trabalhador.

Endereço: General Carneiro, 181, Alto da Glória, 80060-150, Curitiba/PR e Av. Rep. Argentina, 4406 - Novo Mundo, Curitiba - PR, 81050-000

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Participante

As pesquisas são atividades que tem por finalidade fazer descobertas sobre os mais variados assuntos e assim poder auxiliar na resolução dos possíveis problemas encontrados. Dessa forma, caso aceite, a pesquisa que você irá participar, tem como objetivo principal entender como funciona a relação da gravidez na adolescência e a estrutura familiar. Assim, após os resultados possivelmente, poderemos auxiliar outras jovens a determinar qual o melhor momento de suas vidas para engravidar. A mesma será feita por meio de entrevista, no qual, você responderá perguntas que serão sigilosas quanto sua identidade em um ambiente em que estará apenas você e o entrevistador.

Alguns riscos podem estar relacionados ao estudo, como os de confidencialidade, constrangimento e ansiedade. Por isso deixamos claro que haverá o anonimato das informações obtidas. As participantes da pesquisa serão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constarão em planilhas. As entrevistas aconteceram de forma individualizada, em um ambiente destinado para esse fim. O pesquisador se comprometerá a realizar os questionamentos de forma clara e quantas vezes necessário, para um melhor entendimento do que foi perguntado.

Os benefícios esperados após resultado da pesquisa, é se tornar base de consulta para novas políticas públicas que visem desvelar estas questões que envolvem a gravidez precoce.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de identificar como a estrutura familiar influência na gestação adolescente.

Informar sobre o sigilo na utilização de imagens/vídeos (uso de tarjas no rosto), compromisso do pesquisador para o descarte de imagens após sua utilização. Preservar a identidade em caso de pesquisas de ordem discriminatória, sexual, que possam gerar transtornos futuros perante o grupo.

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa

Caso você aceite participar, será entrevistada durante sua internação hospitalar ou ainda de forma online (para meninas que não estão no processo gravídico – puerperal), por meio de um formulário.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento.

Contato para dúvidas

Os pesquisadores **André Felipe Batistussi, Renato Mitsunori Nishihara, Sheldon Rodrigo Botogoski, Rosália de Lima Borges, Somaia Reda e Vitória Frota Silva**,

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail, telefone em horário comercial (10 às 18 horas). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (45) 9 99070778.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma via original assinada, rubricada e datada deste Documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

Nome por extenso, legível do Participante menor de idade.

Assinatura do Participante menor de idade

Nome por extenso, do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, _____/_____/_____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
 Data aplicação do termo: ___/___/___

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (Crianças de 07 a 12 anos)

Nós, André Felipe Battistussi, Renato Mitsunori Nishihara, Sheldon Rodrigo Botogoski, Somaia Reda, Vitória Frota Santos e **Isabella Simone Camargo Morais Rocco**, pesquisadores, convidamos você para participar do estudo **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**.

Dessa forma, caso aceite, a pesquisa que você irá participar, tem como objetivo principal entender como funciona a relação da gravidez na adolescência e a estrutura familiar. Assim, após os resultados possivelmente, poderemos auxiliar outras jovens a determinar qual o melhor momento de suas vidas para engravidar. A mesma será feita por meio de entrevista, no qual, você responderá perguntas que serão sigilosas quanto sua identidade em um ambiente em que estará apenas você e o entrevistador.

Alguns riscos podem estar relacionados ao estudo, como os de confidencialidade, constrangimento e ansiedade. Por isso deixamos claro que haverá o anonimato das informações obtidas. As participantes da pesquisa serão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constarão em planilhas. As entrevistas aconteceram de forma individualizada, em um ambiente destinado para esse fim. O pesquisador se comprometerá a realizar os questionamentos de forma clara e quantas vezes necessário, para um melhor entendimento do que foi perguntado.

Os benefícios esperados após resultado da pesquisa, é se tornar base de consulta para novas políticas públicas que visem desvelar estas questões que envolvem a gravidez precoce.

O que significa assentimento



Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança/adolescente) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e, se concordar em participar dele, você pode assinar este documento. Nós lhe asseguramos que terá todos os seus direitos respeitados e acesso a todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____



Pode ser que este documento denominado "Termo de Assentimento Livre e Esclarecido" contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.



Se você concordar em participar do estudo será solicitada sua autorização para obter informações do seu prontuário médico. Somente os pesquisadores deste estudo poderão ver as informações no seu prontuário.



Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal, pelo telefone (45) 999070778 ou no endereço [Avenida Iguazu, 1953]



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo do Hospital de Clínicas (CEP/CHC) da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-1041.

Mas, se você não se sentir confortável em participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem. Se em algum momento não tiver mais interesse em participar da pesquisa, pode pedir para seus pais ou responsáveis comunicarem os pesquisadores.

Você entendeu? Quer perguntar mais alguma coisa



DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar qualquer justificativa. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Local e data

Nome por Extenso/Assinatura da criança/adolescente

[Nome por Extenso/Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Data aplicação do termo: ____/____/____