

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Camilla Moura Aguiar

O contexto familiar na trajetória de vida de jovens e a gravidez na adolescência: estudo longitudinal com escolares de São Gonçalo/RJ

Rio de Janeiro

2021

Camilla Moura Aguiar

O contexto familiar na trajetória de vida de jovens e a gravidez na adolescência: estudo longitudinal com escolares de São Gonçalo/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Gonçalves de Assis

Coorientadora: Prof.^a Dra. Fernanda Serpeloni

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: The family context in the life path of young people and teenage pregnancy: longitudinal study with elementary school students in São Gonçalo/RJ

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A283c Aguiar, Camilla Moura.
O contexto familiar na trajetória de vida de jovens e a gravidez na adolescência: estudo longitudinal com escolares de São Gonçalo/RJ / Camilla Moura Aguiar. -- 2021.
100 f. : il. ; tab.

Orientadora: Simone Gonçalves de Assis.
Coorientadora: Fernanda Serpeloni.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Gravidez na Adolescência - estatística & dados numéricos. 2. Relações Familiares. 3. Violência Doméstica. 4. Adolescente. 5. Gênero e Saúde. 6. Estudos Longitudinais. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.24098153

Camilla Moura Aguiar

O contexto familiar na trajetória de vida de jovens e a gravidez na adolescência: estudo longitudinal com escolares de São Gonçalo/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 30/06/2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Corina Helena Figueira Mendes
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Prof.^a Dr.^a Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Dr.^a Fernanda Serpeloni (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves Assis (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho ao meu gatinho Apolo, meu companheiro de todos os dias nas longas horas de escrita, nos momentos de sofrimento e alegria, na jornada por esta terra de morros, que, para dizer o mínimo, tem sido desafiadora.

*Quando a vida bater forte
e sua alma sangrar,
quando esse mundo pesado
lhe ferir, lhe esmagar...
É hora do recomeço.
Recomece a LUTAR.*

*Quando tudo for escuro
e nada iluminar,
quando tudo for incerto
e você só duvidar...
É hora do recomeço.
Recomece a ACREDITAR.*

*Quando a estrada for longa
e seu corpo fraquejar,
quando não houver caminho
nem um lugar pra chegar...
É hora do recomeço.
Recomece a CAMINHAR.*

*Quando o mal for evidente
e o amor se ocultar,
quando o peito for vazio,
quando o abraço faltar...
É hora do recomeço.
Recomece a AMAR.*

*Quando você cair
e ninguém lhe aparar,
quando a força do que é ruim
conseguir lhe derrubar...
É hora do recomeço.
Recomece a LEVANTAR.*

*Quando a falta de esperança
decidir lhe açoitar,
se tudo que for real
for difícil suportar...
É hora do recomeço.
Recomece a SONHAR.*

*Enfim,
É preciso de um final
pra poder recomeçar,
como é preciso cair
pra poder se levantar.
Nem sempre engatar a ré
significa voltar.*

*Remarque aquele encontro,
reconquiste um amor,
reúna quem lhe quer bem,
reconforte um sofredor,
reanime quem tá triste
e reaprenda na dor.*

*Recomece, se refaça,
relembre o que foi bom,
reconstrua cada sonho,
redescubra algum dom,
reaprenda quando errar,
rebole quando dançar,
e se um dia, lá na frente,
a vida der uma ré,
recupere sua fé
e RECOMECE novamente.”*

*Recomece
Bráulio Bessa, 2018.
Poeta popular e cordelista cearense.*

RESUMO

A gravidez na adolescência é um evento que envolve fatores relevantes associados à família e à sociedade. As transformações sociais desencadeadas pela mudança do papel da mulher na sociedade trazem novas expectativas para a adolescência e transformações na família, o que ajuda a explicar a inquietação pública atual com a gravidez na adolescência, que passa a ser considerada “problema social”. Esta dissertação tem como objetivo analisar a relação entre a ocorrência de gravidez na adolescência e as características do contexto familiar de escolares acompanhados na coorte de São Gonçalo/RJ. A pesquisa que embasa esta dissertação é um estudo longitudinal com quatro ondas que seguiu escolares do segundo ano da rede pública de ensino fundamental do município de São Gonçalo/RJ desde 2005 a 2013. A amostra utilizada nesta dissertação foi composta por 361 jovens, sendo critério de inclusão ter informação sobre histórico de gestação da adolescente ou da parceira (no caso dos homens). Na análise de dados foi utilizado modelo de regressão logística múltipla, com modelagem hierarquizada em quatro níveis, com a variável desfecho gravidez na adolescência. Os quatro níveis hierarquizados foram: condições socioeconômicas; dados sobre a gestação da mãe da criança/adolescente; características familiares e violência familiar. As variáveis foram escolhidas com base no modelo teórico (DAG), com seleção de 37 variáveis. Posteriormente, cada variável foi analisada em modelo logístico simples, sendo considerado para inserção no modelo hierarquizado o nível de significância $\alpha \leq 20\%$. Desta análise, as variáveis selecionadas foram inseridas em cada nível hierárquico, considerando nível de significância de 5%, para formação do modelo múltiplo final. Dentre os participantes, 16 (4,4%) tinham histórico de gestação na adolescência, a idade média foi 15,8 anos, sendo 4 meninos (25%) e 12 meninas (75%). A quase totalidade (94%) das crianças/adolescentes participantes do estudo pertenciam a famílias de estratos sociais mais pobres (C-D-E). Jovens com raça/cor parda ou preta representaram 67,7% em 2005. A maioria das mães dos adolescentes (76,6%) e dos pais (73%) tinha como escolaridade até 1º grau em 2005. Após a análise pelo modelo de regressão simples restaram 17 variáveis para a inserção nos níveis hierárquicos. O modelo múltiplo final ficou com 5 variáveis: sexo, raça, uso de cigarro pela mãe da criança/adolescente na gestação, estrutura familiar, violência física severa do pai contra criança/adolescente na vida. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa no modelo final, com as respectivas razões de chance (ORs) ajustadas, foram: sexo feminino (OR 7,34), raça/cor parda ou preta (OR 0,14), estrutura familiar – viver sem pai e mãe (OR 16,28), presença de violência física severa do pai contra criança/adolescente na vida (OR 6,68). A ocorrência de gravidez na adolescência mostrou-se associada com ser do gênero feminino, com a estrutura familiar e com a violência familiar sofrida na infância. As assimetrias de gênero estão intimamente ligadas ao exercício da sexualidade juvenil, sendo imperativo a superação dessas desigualdades. O contexto familiar, incluindo situações de violência e vulnerabilidade social, também se mostrou relacionado à história reprodutiva dos jovens, sendo fundamental considerá-lo na abordagem da sexualidade adolescente. A ampliação das políticas públicas voltadas para adolescência, considerando o protagonismo juvenil, a heterogeneidade de seus percursos e as mudanças na família ao longo da história, são fundamentais para garantia de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, superando visões estigmatizadas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Família; Violência familiar; Juventude, Gênero e Saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is an event that involves relevant factors associated with family and society. The social transformations triggered by the change in the role of women in society bring new expectations for adolescence and transformations in the family, which helps to explain the current public concern with teenage pregnancy, which is now considered a “social problem”. This dissertation aims to analyze the relationship between the occurrence of teenage pregnancy and the characteristics of the family context of schoolchildren monitored in the São Gonçalo/RJ cohort. The research that supports this dissertation is a longitudinal study with four waves that followed students from the second year of the public elementary school system in the city of São Gonçalo/RJ from 2005 to 2013. The sample used in this dissertation consisted of 361 young people, being a criterion of inclusion to have information about adolescent or partner pregnancy history (partner in the case of men). In data analysis, a multiple logistic regression model was used, with hierarchical modeling at four levels, with the outcome variable teenage pregnancy. The four hierarchical levels were: socioeconomic conditions; data on the pregnancy of the child/adolescent's mother; family characteristics and family violence. The variables were chosen based on the theoretical model (DAG), with selection of 37 variables. Subsequently, each variable was analyzed in a simple logistic model, considering the significance level $\alpha \leq 20\%$ for insertion in the hierarchical model. From this analysis, the selected variables were inserted at each hierarchical level, considering a significance level of 5% to form the final multiple model. Among the participants, 16 (4.4%) had a history of pregnancy in adolescence, the mean age was 15.8 years, with 4 boys (25%) and 12 girls (75%). Almost all (94%) of the children/adolescents participating in the study belonged to families from the poorest social strata (C-D-E). Young people with brown or black race/color represented 67.7% in 2005. Most of the teenagers' mothers (76.6%) and fathers (73%) had schooling up to 1st grade in 2005. After analysis by the model of simple regression left 17 variables for insertion into hierarchical levels. The final multiple model was left with 5 variables: sex, race, use of cigarettes by the mother of the child/adolescent during pregnancy, family structure, severe physical violence by the father against the child/adolescent in life. The variables that showed a statistically significant association in the final model, with the respective adjusted Odds Ratios (ORs), were female (OR 7.34), race/black color (OR 0.14), family structure - living without father and mother (OR 16.28), presence of severe physical violence by the father against the child/adolescent in life (OR 6.68). The occurrence of teenage pregnancy was associated with being female gender, family structure and family violence suffered in childhood. Gender asymmetries are closely linked to the exercise of youth sexuality and it is imperative to overcome these inequalities. The family context, including situations of violence and social vulnerability, was also related to the reproductive history of young people, and it is essential to consider it in the approach of adolescent sexuality. The expansion of public policies aimed at adolescence, considering the youth protagonism, the heterogeneity of their paths and the changes in family throughout history, are essential to guarantee the health and sexual and reproductive rights of adolescents, overcoming stigmatized views.

Keywords: Teenage pregnancy, Family, Family Violence, Youth, Gender.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo teórico com as variáveis explicativas relacionadas à ocorrência de gravidez na adolescência.....	43
Figura 2 -	Porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes, anos 2010 a 2021, São Gonçalo, RJ.....	47
Quadro 1 -	Renda Média Familiar Mensal: Valor Bruto em Reais (2003 e 2020)	50
Figura 3 -	Estrutura hierárquica conceitual de fatores relacionados à ocorrência de gravidez na adolescência	56
Quadro 2 -	Descrição das variáveis explicativas do nível distal: condições socioeconômicas	58
Quadro 3 -	Descrição das variáveis explicativas do nível intermediário I: dados sobre gestação da mãe da criança/adolescente.....	58
Quadro 4 -	Descrição das variáveis explicativas do nível intermediário II: características familiares	59
Quadro 5 -	Descrição das variáveis explicativas bloco violência familiar	60
Quadro 6 -	Dados gerais relacionados aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ	63
Quadro 7 -	Dados sobre violência familiar relacionados aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ	66
Quadro 8 -	Comportamento sexual relacionado aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ	67
Figura 4 -	Modelo Hierárquico com banco de dados de cada nível	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados metodológicos da amostra de 500 crianças-adolescentes acompanhados longitudinalmente	49
Tabela 2 - Distribuição dos fatores relacionados às condições socioeconômicas em 2005 da criança e sua família e razão de chances bruta para modelo do bloco, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013, São Gonçalo/RJ	70
Tabela 3 - Distribuição dos dados relacionados à gestação da mãe da criança, coletados em 2005, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/13 e razão de chances bruta do modelo do bloco. São Gonçalo, RJ	71
Tabela 4 - Distribuição dos dados relacionados à estrutura e às características familiares, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013 e razão de chance bruta, São Gonçalo, RJ	72
Tabela 5 - Distribuição dos dados relacionados à violência familiar nas quatro ondas, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013 e razão de chances brutas. São Gonçalo, RJ.....	73
Tabela 6 - Modelo hierarquizado com regressão logística binária múltipla com razões de chance brutas e ajustadas para o desfecho gravidez na adolescência em 2012/2013, São Gonçalo/RJ	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CTS-1	<i>Conflict Tactics Scale</i>
DAG	<i>Directed acyclic graph</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FGF	Funcionamento Geral da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire – 20</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	16
3	MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	17
3.1	ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE	17
3.2	SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E GÊNERO.....	22
3.3	FAMÍLIA VIOLÊNCIA E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	30
3.4	ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	39
4	MODELO TEÓRICO: GRÁFICO DIRECIONADO ACÍCLICO (DAG)	43
5	METODOLOGIA	46
5.1	TIPO DE ESTUDO E CONTEXTO.....	46
5.2	DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	47
5.3	INSTRUMENTOS	50
5.4	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	56
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	61
6	RESULTADOS	62
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA	62
6.2	MODELO LOGÍSTICO HIERARQUIZADO	68
7	DISCUSSÃO	75
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85
	ANEXO: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	95

1 INTRODUÇÃO

“Vocês querem entender a gravidez na adolescência? Então é preciso olhar para além da nossa barriga, ouvir também nossa cabeça e nosso coração.”¹

A gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Historicamente, as mulheres têm filhos nesta faixa etária, hoje reconhecida como adolescência, no entanto, nas últimas décadas, a gravidez nesta fase da vida passou a ser considerada um “problema social”. (AQUINO, 2003). As transformações sociais desencadeadas pela emancipação da mulher na sociedade trazem novas expectativas para as adolescentes, para além da maternidade, o que ajuda a explicar a inquietação pública atual com a gravidez na adolescência. As expectativas sociais para a juventude também mudaram, trazendo nova representação social para uma gestação nesta fase da vida (BRANDÃO, 2006). Da emancipação feminina também decorrem mudanças no casamento, na intimidade e novas configurações de família, pois passa a haver, entre outras transformações, a legitimação do divórcio, a desvinculação entre sexualidade e reprodução, a valorização da subjetividade nas relações afetivas, os questionamentos à divisão sexual do trabalho e redefinição dos papéis estabelecidos na família para os gêneros (GIDDENS, 1993; COELHO, 2006).

A gravidez na adolescência envolve fatores relevantes associados à família, cultura e sociedade. O contexto familiar pode servir tanto como um ambiente que amplifica a ocorrência da gestação na adolescência, como pode ser um lugar que induz sua redução. A família é uma construção social profundamente implicada no desenvolvimento dos indivíduos, sendo influenciada pelas transformações sociais e ambientais. Com isto posto, compreender como as características da família se relacionam com a gravidez na adolescência possibilita ampliar o conhecimento sobre o tema, a partir desse recorte, sem desconsiderar que outros fatores externos também influenciam esse evento (DIAS, TEIXEIRA, 2010; PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013).

A taxa mundial de gravidez na adolescência é considerada alta, em torno de 46 nascimentos/1000 mulheres e a América Latina tem a segunda maior taxa do mundo, 66,5 nascimentos/1000 mulheres entre 15 e 19 anos, apresentando a menor queda da taxa de gravidez adolescente de todas as regiões do mundo. O índice de gravidez adolescente é desigual quando se leva em conta classe social e raça/cor, sendo mais alto entre mulheres pobres e negras.

¹Depoimento de uma adolescente participante da Oficina sobre Gravidez na Adolescência: Voz de Adolescentes e Especialistas.

Segundo as Nações Unidas, 95% dos nascimentos entre adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento (OPAS/WHO 2018).

A taxa de fecundidade total brasileira (número médio de filhos por mulher), projetada para 2020 pelo IBGE, foi 1,76. Esta taxa vem reduzindo ao longo das últimas décadas, como pode-se perceber ao comparar com o índice de 6,3 de 1960, redução que também é verificada entre as adolescentes. Estudo de Monteiro et al. (2019), que analisou os nascidos vivos de mães adolescentes de todas as regiões de 2006 a 2015, encontrou redução de 13,5% nesse período, causada pela diminuição do número de nascimentos entre mulheres de 15 a 19 anos. Os nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 e 14 anos mostraram uma tendência à estabilização, mantendo praticamente a mesma taxa ao longo desses dez anos, com aumento na região Norte do país (MONTEIRO et al., 2019). Entretanto, mesmo com a redução, a incidência de gravidez na adolescência ainda é considerada alta no país, em comparação a países desenvolvidos. Com relação ao estado, a taxa de fecundidade no estado do Rio de Janeiro foi 1,74 em 2018, próxima à média nacional (IBGE, 2018).

Salienta-se, ainda, que, apesar de não ser um evento exclusivamente feminino, as ações relacionadas à saúde reprodutiva nas políticas públicas voltadas à gravidez na adolescência são quase que exclusivamente para as mulheres, enquanto o gênero masculino não é responsabilizado ou é invisibilizado (DE MOURA, GOMES, 2014).

A gestação na adolescência pode representar uma fonte de reconhecimento social para as jovens e, em muitos casos, ser planejada, especialmente em contextos sociais de poucas oportunidades, nos quais também se perpetuam as desigualdades de gênero e de raça. Nesse sentido, há uma contraposição ao discurso dominante da gravidez adolescente como necessariamente indesejada. Muitas mulheres adolescentes, marcadamente as de baixa renda, têm um ideal social de maternidade e de constituição de família, como uma busca de reconhecimento, de feminilidade, de poder e autonomia na comunidade em que vivem (ARAUJO, MADU, 2015; ESTRADA et al., 2018; MELO et al., 2013; TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013; MONTEIRO et al., 2019). Poucos estudos têm abordado a temática gravidez adolescente na classe média e alta, sendo o foco da maioria das pesquisas as camadas mais pobres da população, em que a gravidez nessa fase é bem mais prevalente (HEILBORN, 2006).

A adolescência é considerada uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, um período de transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais, com evolução para a maturidade sexual e para a formação da identidade. A infância e a adolescência, tal como entendemos na atualidade, são conceitos da modernidade, sendo frutos de uma construção histórica e sociocultural determinada e não uma fase natural da vida. A infância, como é

compreendida hoje, teria surgido no século XIX e a adolescência, como fase específica da vida, apenas no século XX (ARIÈS, 2018; FROTA, 2007). Dessa forma, a determinação das faixas etárias que configuram a infância e a adolescência variam, não apresentando um marco fixo, sendo importante que essas fases da vida sejam pensadas para além da idade cronológica e das transformações físicas que acarretam (FROTA, 2007). Neste estudo, prioriza-se a demarcação de faixa etária mais utilizada no campo da saúde, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera infância a fase entre o nascimento e os 9 anos e a adolescência o intervalo entre 10 e 19 anos (WHO, 2002).

Os arranjos familiares também se modificam ao longo da história e são influenciados pelas diferenças culturais e pelas diferentes classes sociais. No século XX, a vida familiar sofreu modificações, dentre outros fatores, devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, à ausência da figura paterna ou maior participação masculina na vida doméstica, e às relações homoafetivas (RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2015). Com o avanço do capitalismo, aprofunda-se a contradição entre acúmulo de riqueza e produção de miséria, com aumento das desigualdades sociais, em que a pobreza fragiliza os vínculos familiares e dificulta a garantia do sustento e da proteção dos filhos (DORNELLES, 2018). A gravidez na adolescência pode ser vislumbrada como alternativa para lidar com problemas e situações desfavoráveis do contexto social e familiar, mostrando o impacto das relações familiares no fenômeno da gravidez. A associação entre carência afetiva e limitações de oportunidades nas perspectivas de construção de outros projetos de vida em famílias de baixa renda é colocada como fator considerável para a ocorrência de uma gestação nesta fase da vida (DIAS, TEIXEIRA, 2010). Há também uma tendência à repetição da história familiar de gravidez adolescente e gestação sucessiva, em que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família, particularmente materna (PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013).

Estudo realizado por Reis e Oliveira-Monteiro (2007), com moradores adolescentes de uma favela de São Paulo, identificou que, para as meninas, as principais causas indicadas para o desenvolvimento de uma gravidez foram: "sentir-se só" (24%), "brigas ou tristezas com a família" (23%), "falta de opções na vida" (13%) e "gostar de crianças" (10%). Já entre os meninos, as principais razões indicadas para se envolver em uma gestação foram: "falta de opções na vida" (25%), "brigas ou tristezas com a família" (15%), "vontade de ter a própria família" (15%), "gostar de crianças" (10%) e a "falta de oportunidades de estudar ou trabalhar" (10%). Apesar disto, a maioria dos adolescentes (68%) de ambos os sexos apontaram, nesse mesmo estudo de 2007, que a melhor idade para ter o primeiro filho seria acima de 20 anos (REIS, OLIVEIRA-MONTEIRO, 2007). Assim, cabe refletir sobre esta contradição entre o

pensamento e atitude juvenil no que diz respeito à melhor idade para engravidar e à ocorrência da gravidez.

Segundo uma visão de relacionamento intergeracional da família, estruturou-se um modelo de ciclo de vida familiar, na tentativa de melhor compreender o desenvolvimento da família e como ela se organiza com as mudanças e os conflitos que surgem ao longo dos anos. O ciclo de vida familiar é formado por seis etapas de evolução da vida e traz as situações de vida com os problemas previsíveis de cada etapa, sendo, uma delas, a família com filhos adolescentes. O ciclo de vida se manifesta de forma diferente nas famílias de classe popular, em que, devido às condições de vulnerabilidade social, há um encurtamento do número de etapas (CARTER, MCGOLDRICK, 1995; BRASIL, 2013). A gravidez na adolescência implica em alterações do funcionamento familiar e introduz dificuldade adicional nesta fase do ciclo de vida familiar, o que pode precipitar uma ampliação dos conflitos. A qualidade do relacionamento com a família é importante preditor para a saúde do adolescente. A autoimagem, construída ao longo da infância, é reformulada a partir de novos esquemas corporais e de novas modalidades de relacionamento consigo próprio, com a família e com a sociedade (BRASIL, 2017).

Os sentimentos vivenciados, desde a gestação, são importantes para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Durante este período, é importante que o bebê se sinta amado e seguro, o que o torna mais fortalecido e protegido. O acompanhamento pré-natal é um recurso que pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família. Os laços frágeis entre a mãe e o bebê que está sendo gestado, com presença de relacionamento hostil ou agressivo entre os pais e as atitudes indiferentes em relação ao bebê, podem levar ao desenvolvimento de adolescentes inseguros, carentes e representar risco para a presença de episódios de violência atual e no futuro (BRASIL, 2010).

A violência sofrida ou vivenciada na família durante a infância e a adolescência, com brigas e desentendimentos entre os pais ou outros parentes, pode ser considerada como um fator de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência. Em revisão sistematizada da produção científica sobre atenção à saúde adolescente no Brasil no período de 2006 a 2017 foi evidenciada a relevância da temática violência familiar contra adolescentes, reiterando a importância da socialização primária no transcurso juvenil. Foram selecionados 72 artigos, dentre estes, havia 10 produções que abordavam centralmente a temática da violência contra os adolescentes principalmente no contexto da família, sendo elencadas as violências doméstica e institucional (BARBIANI, 2020).

A violência familiar se caracteriza por distintas formas de relações abusivas no vínculo familiar, de modo permanente ou cíclico, sendo a violência contra criança e adolescente no ambiente familiar reconhecida como um problema social somente a partir de 1960, quando foi descrita a síndrome da criança espancada. Antes disso, considerava-se que a violência contra a criança era condição rara, por ser aceita como norma disciplinar ou por ser negada, e sua ocorrência passa a chamar a atenção da saúde pública no sentido da necessidade de proteção da criança (DAY et al., 2003). Alguns jovens consideram a constituição de sua própria família com parceiro ou parceira e filhos como uma possibilidade de liberdade e de saída do contexto violento da casa dos pais (HOGA, 2008; PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013). Adicionalmente, a própria gravidez também pode representar um fator de risco para a ocorrência de violência no período gestacional (PATIAS, 2021; MARANHÃO, 2012).

Apesar da existência de programas e políticas públicas para adolescentes, o atual estágio de cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), para este grupo, ainda se encontra em fase incipiente se comparado às demais políticas voltadas a outros ciclos vitais, como a saúde da criança, da mulher e do idoso, sendo uma realidade não exclusiva do sistema de saúde brasileiro (BARBIANI, et al. 2020). O reconhecimento mundial das necessidades e direitos à saúde integral dos adolescentes é recente e as políticas voltadas para a saúde reprodutiva são, ainda, fragmentadas e, frequentemente, discriminatórias em vários países (OPAS, 2018).

Segundo Carvacho (2008), as barreiras de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) podem agravar as dificuldades para a procura dos cuidados preventivos à saúde, sendo a principal barreira relatada a psicossocial, que envolve questões culturais, religiosas, de gênero, entre outras. Os adolescentes, em geral, utilizam pouco os serviços de saúde, havendo uma resistência em se aproximar destes equipamentos, além de enfrentarem dificuldades de acesso proporcionada pelos profissionais de saúde. Acrescenta-se que existem poucos estabelecimentos especializados, no Brasil, disponíveis para atender as necessidades específicas desta população.

A presente dissertação pretende analisar e aprofundar o conhecimento sobre gravidez na adolescência e sua associação com características e vivências familiares, com foco no perfil socioeconômico, arranjos e relacionamentos na família e violência familiar. A pesquisa que embasa esta dissertação é um estudo longitudinal iniciado em 2005 com alunos do segundo ano da rede pública de ensino fundamental do município de São Gonçalo/RJ, apresentando quatro ondas de investigação até o ano de 2013.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a relação entre a ocorrência de gravidez na adolescência e as características e eventos do contexto familiar de escolares acompanhados na coorte de São Gonçalo/RJ, considerando informações desde o período gestacional até adolescência.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- a) Detectar a percentagem de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo/RJ.
- b) Identificar as condições socioeconômicas da família e as circunstâncias da gestação da mãe da criança/adolescente associadas à gravidez na adolescência.
- c) Investigar a relação entre a estrutura e a relação familiar, incluindo vivências de violência familiar, com a gravidez na adolescência.

3 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

Nesta seção, serão abordados os principais conceitos em relação à gravidez na adolescência e seu contexto familiar. O primeiro ponto busca aprofundar noções sobre o surgimento dos conceitos adolescência e juventude, tal como são entendidos hoje. Depois, pretende-se introduzir conceitos relacionados à sexualidade juvenil e às implicações das questões de gênero na construção das representações sociais desta temática. Em continuidade, no terceiro tópico, discorre-se centralmente sobre a gravidez na adolescência, sua relação com as características da família e com a violência familiar. Por fim, será apresentado um breve histórico das políticas públicas voltadas para saúde do adolescente no Brasil, além de uma reflexão crítica das políticas atuais sobre gravidez na adolescência.

3.1 ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

“Ser Joven y no ser revolucionario es una contradicción hasta biológica.”

Salvador Allende

A infância e a adolescência são conceitos recentes na história da humanidade e são fruto de transformações sociais. Cada sociedade tem sistemas de classificação de faixas de idade diferenciados, em geral associados ao status socioeconômico ou papel social, que variam de acordo com as concepções sociais e das relações intergeracionais de um dado momento histórico, não sendo a idade cronológica suficiente para caracterizá-las.

A emergência do sentimento de infância é decorrente de um longo processo histórico, que não se resume a uma herança natural, pois a infância muda com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, demográficos e com as peculiaridades individuais (ÀRIES, 2018). O francês Philippe Ariès, em seu livro *História social da Criança e da Família* (2018), afirma que a infância, termo que vem do latim e refere-se ao indivíduo que ainda não é capaz de falar, é uma categoria social recente na história. O autor se baseou em observação das classes mais abastadas para fundamentar os seus escritos e suas investigações se centram na Idade Média, particularmente na França, existindo uma lacuna no conhecimento das classes populares neste período histórico.

Até o final do século XVII, apesar de ser considerado crime, havia a persistência do infanticídio tolerado, em que muitas crianças morriam e não se fazia nada para salvá-las. No final do século XVIII, começa a haver diminuição da mortalidade infantil não explicada por questões médicas e higiênicas, mas porque as pessoas pararam de deixar as crianças morrerem. As crianças começam a ganhar importância na sociedade e centralidade na família. Para Ariès,

o sentimento de infância surge no século XIX e, antes dessa época, as crianças eram tratadas como adultos em miniatura. A partir dos três ou quatro anos, as crianças já participavam das mesmas atividades dos adultos, inclusive orgias, enforcamentos públicos, trabalhos forçados nos campos ou em locais insalubres (FROTA 2007; ARIÈS, 2018)

Nas sociedades industriais europeias do século XIX, há a consolidação da família moderna, fruto de várias modificações as quais vinha sofrendo desde o século XV, e esta se torna um lugar de afeição entre cônjuges, pais e filhos, com a criança ocupando um lugar central no seio familiar. Esse enfoque na infância se exprime, principalmente, por meio da importância que começa a ser dada à educação. No século XVIII, a instituição escola ganha grande notoriedade na Europa e passa a substituir a educação por aprendizagem. Neste contexto, a criança é separada dos adultos e começa a ser enclausurada dentro das escolas, no processo chamado de escolarização, que é encarregado do ensino, da vigilância e do enquadramento da juventude (ARIÈS, 2018). Além disso, como ressalta Savage (2009), o recrutamento dos jovens para o exército, no século XVIII, também ajuda na vigilância, no controle da juventude e na separação por idade cronológica, contribuindo para a criação da adolescência moderna. No sentido de exercer um controle sobre a juventude, no final do século XIX, alguns estados dos Estados Unidos aprovaram leis que definiam quem era o menor delinquente e autorizaram a instituição de um tribunal juvenil em separado. Era mais um passo crucial na construção da adolescência como um estágio de vida distinto (SAVAGE, 2009).

A família sofre grandes transformações e criam-se novas necessidades sociais nas quais a criança será valorizada enormemente, passando a ocupar um lugar central na dinâmica familiar. A partir de então, o conceito de infância se evidencia pelo valor do amor familiar: as crianças passam dos cuidados das amas para o controle dos pais e, posteriormente, da escola, passando pelo acompanhamento dos diversos especialistas e das diferentes ciências (Psicologia, Antropologia, Sociologia, Medicina, Fonoaudiologia, Pedagogia, dentre outras tantas). A infância e a criança tornam-se objetos de estudos e saberes de diferentes áreas, constituindo-se num campo temático de natureza interdisciplinar (FROTA, 2007).

No Brasil, o cuidado com a infância começa no século XIX e a história da infância acaba se confundindo com a história do preconceito, da exploração e do abandono, pois há, desde o início da criação de seu conceito, uma distinção entre as crianças segundo sua classe social. Passa-se a utilizar o termo “menor” para as crianças pobres e vulneráveis, tendo um significado social negativo. Com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, o termo "menor" foi abolido e todas as crianças passaram a ser tratadas na lei como sujeitos de direitos e com necessidades específicas (FONTES, 2005).

A ambiguidade entre infância, adolescência e juventude permanecia no século XVII e somente após a implantação do sentimento de infância, no século XIX, tornou-se possível a

emergência da adolescência como uma fase com características peculiares e únicas, distintas dos outros momentos da vida. No século XX, considerado o século da adolescência, esta, então, se expande ao empurrar a infância para trás e a maturidade para frente e passa a ser a idade favorita, em que se deseja permanecer por muito tempo (ÀRIES, 2018; SAVAGE, 2009).

No final do século XIX, já se tentava construir o status de ser jovem, processo que acontecia na Europa e nas Américas. Jon Savage, autor britânico, em seu livro “A criação da juventude: como o conceito de *teenager* revolucionou o século XX”, aborda os aspectos da cultura jovem anteriores à criação do conceito moderno de adolescência e a posterior consolidação da juventude como público central de consumo no capitalismo. O autor desenvolve sua análise baseada nos países europeus e nos Estados Unidos da América. Savage (2009), ao abordar os conceitos sobre juventude que já existiam antes do século XX, cita Rousseau, que, em 1762, argumentava que a puberdade tinha efeitos mentais e emocionais tão elementares que poderiam representar um segundo nascimento. Rousseau defendia que as escolas deveriam considerar a puberdade como fase distinta da vida e oferecer orientação específica.

Segundo Savage (2009), o termo *teenager* passa a ser utilizado em 1944, nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, para descrever jovens com idade entre 14 e 18 anos, sendo, desde o início, utilizado por publicitários, já que os jovens se tornaram público-alvo do mercado, devido ao seu poder de consumo. Neste processo, os jovens também se transformaram em um grupo etário com rituais e direitos próprios e passaram a representar, ao mesmo tempo, uma fonte de esperança para o futuro. Eles mostravam que a consciência de gerações, convertida em ideologia radical, podia ser uma ameaça à ordem social e a juventude era associada a uma tendência de inclusão das massas, antes negligenciadas, em defesa de uma sociedade democrática. Enquanto construção da modernidade, a adolescência contemporânea foi, então, engendrada a partir de um contexto de crises e contestação social, representando uma fase de “tempestades e tormentas”, tornando-se germe de transformações (FROTA, 2007).

Essa associação da juventude com a sociedade de consumo também é abordada pelo autor brasileiro Calligaris (2000). Para ele, há uma idealização da adolescência e uma relação desta com o incentivo ao consumo. A adolescência exerce uma influência sobre a consolidação de modas, que transformam os modelos de consumo de muitos adultos, reforçando essa fase como um ideal de vida para os adultos. Os adolescentes se reúnem em grupos a partir dos quais apresentam ao mundo uma identidade própria e impõem facilmente a seus membros uma conformidade de consumo bastante definida. Por isso mesmo, todos os grupos se tornam também grupos de consumo facilmente comercializáveis e o próprio marketing se encarrega de

defini-los e cristalizá-los. Desde os anos 80, surge a especialidade do marketing da adolescência e sua relevância está nas proporções do mercado dos adolescentes, que é cada vez mais numeroso e dispõe de mais dinheiro.

Outro termo que é associado à adolescência é a puberdade, como já citado por Rousseau. A puberdade é um conceito relacionado ao campo biológico, sendo o período em que ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a aceleração do crescimento, levando ao início das funções reprodutivas. Dessa forma, esta é considerada como marco biológico de início da adolescência, sendo, portanto, parte dela (OMS, 2014; CAMARGO, FERRARI, 2009).

Os termos juventude e adolescência têm sido utilizados em muitos trabalhos como sinônimos, no entanto, a sociologia tem optado pela utilização do conceito juventude, enquanto a medicina e a psicologia optam pelo termo adolescência (MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011). Nesta dissertação, utilizaremos os termos juventude e adolescência como sinônimos, entendendo o sujeito numa perspectiva particular e social.

Com relação à definição de faixas etárias, segundo a OMS, a adolescência compreende o período de 10 a 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a define como o período entre 12 e 18 anos (WHO, 2002; BRASIL, 1990). Assim se configura um período mais amplo para a adolescência na concepção da saúde e mais curto no âmbito jurídico nacional. Há ainda faixas etárias diferentes de 15 a 24 anos e 10 a 29 anos que consideram o conceito de juventude, trazendo um marco mais amplo para essa fase da vida.

No Brasil, a população de adolescentes projetada para 2021, com base em dados de 2018, entre 10 e 19 anos, representa 14,2% da população (6,9% entre 10 e 14 anos e 7,3% entre 15 e 19 anos), o que evidencia a tendência à redução dessa faixa etária na população em relação ao censo de 2010 (17,8%). As meninas representam 6,9% e os meninos 7,2% (IBGE, 2020). Não há dados censitários atuais devido ao adiamento do Censo 2020 pelo governo federal.

Pode-se observar também que a adolescência é heterogênea e distinta para os jovens de cada classe social. Em geral, os adolescentes provenientes de famílias mais ricas têm mais anos de estudo pelas exigências da formação profissional, permanecendo um período mais prolongado na casa dos pais. Por outro lado, os jovens mais pobres necessitam trabalhar desde muito cedo para ajudar no orçamento familiar em empregos, na grande maioria, de baixa remuneração (RANGEL, 1999; HEILBORN, et al. 2012).

O “prolongamento da juventude” é um fenômeno próprio dos países industrializados, em que as demandas do mercado trazem a necessidade de uma crescente escolarização para obter um maior sucesso laboral, ao mesmo tempo em que se reduzem as oportunidades para os

jovens, que ganham mais autonomia sem implicar em uma independência financeira. Esse processo tem gerado um retardamento da saída dos jovens da casa dos pais. No Brasil, esse modelo é pertinente até certo ponto, pois há grande desigualdade social, que traz grandes diferenças na passagem para a vida adulta, condicionadas por especificidades de gênero, raça e classe social, gerando perfis de jovens muito heterogêneos entre si no Brasil, se comparados aos países desenvolvidos (HEILBORN, et al. 2012).

Outros autores utilizam o termo moratória social para se referir a esse prazo concedido aos jovens, que tem se ampliado até os 30 anos, em que são menores as obrigações da vida adulta enquanto terminam seus estudos e alcançam a maturidade social, incluída também uma maior permissividade para atitudes que envolvem riscos e perigos. (MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011). “Juventude é a etapa em que o ser humano completa sua formação física, intelectual, psíquica, social e cultural, vivenciando a passagem da condição de dependência para a de autonomia em relação à família de origem.” (MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011, p. 19-20). Dessa forma, a juventude tem sido tema central de pesquisas por ser uma fase da vida com grande expectativa social.

A juventude, principalmente os jovens negros, é a principal vítima de desemprego e homicídios. Os jovens brasileiros são os mais afetados pela deterioração do mercado de trabalho, sendo as taxas de desemprego historicamente maiores entre este grupo do que na população em geral. No primeiro trimestre de 2019, 41,8% da população de 18 a 24 anos fazia parte do grupo dos subutilizados, que tinham disponibilidade para trabalhar por mais horas na semana, ou dos desalentados, que estavam desempregados e desistiram de procurar emprego. Enquanto a taxa de desemprego da população geral, em 2019, foi de 12,7%, a taxa entre os jovens foi 27,3% (IBGE 2019).

Com a sociedade neoliberal, sob a ênfase do mercado e do consumo, os jovens são as principais vítimas dessa conjuntura de redução do trabalho formal no processo de globalização e de crises do capitalismo e vêm sendo colocados em situação de grande vulnerabilidade social. A transição entre escola e trabalho, característica que faz parte da juventude, apresenta dificuldades, afeta a satisfação do jovem com a vida e, a longo prazo, pode levar à desmotivação e impactar a fecundidade e a criminalidade da sociedade (IBGE, 2020).

A recente emergência em saúde pública derivada da pandemia da Covid-19 trouxe grandes impactos para os sistemas de saúde e para a economia mundial. A assistência médica de todo o mundo foi sobrecarregada, havendo grande quantidade de mortos e elevada morbidade, afetando especialmente a saúde mental das pessoas (DUARTE et al. 2020). A pandemia desencadeou um aprofundamento da crise global, acelerando ampliação de

desigualdades socioeconômicas e injustiças sociais já existentes, como o aumento do desemprego e da fome no Brasil, derivadas da escassez de políticas governamentais de apoio à população mais pobre e aos pequenos comerciantes. Medidas de isolamento social e fechamento de diversas instituições, devido à necessidade de prevenir e atenuar a propagação da Covid-19, foram tomadas de forma parcial no Brasil, o que resultou em uma grave crise político-institucional (HENRIQUES, VASCONCELOS, 2020).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os jovens são as principais vítimas das consequências econômicas e sociais da pandemia e existe o risco de que fiquem marcados durante toda sua vida profissional, levando ao surgimento de uma “Geração de bloqueio”. Este grupo tem sido desproporcionalmente afetado pela crise gerada pela pandemia, com perturbação na educação, perdas de emprego e renda, com maiores dificuldades em encontrar uma ocupação. Um em cada seis jovens perderam o trabalho desde o início da pandemia, representando 8,7% dos desempregados mundialmente, sendo a situação ainda pior para as mulheres. Com relação à educação, a maioria das escolas foram fechadas, com transferência do ensino para a modalidade à distância, entretanto, poucos países de baixa renda realmente fizeram essa transição (OIT, 2020; OIT, 2021).

3.2 SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E GÊNERO

A sexualidade faz parte do universo da adolescência e o início da vida sexual tende a ser, majoritariamente, nessa fase da vida (CABRAL, BRANDÃO, 2020). Ao longo da história, as formas de se relacionar amorosamente sofrem variações, com peculiaridades de cada época. Nos últimos anos, há maior liberdade no campo da sexualidade juvenil ao mesmo tempo em que persistem travas sobre o tema na abordagem com crianças e adolescentes relacionadas também às questões de gênero que atravessam toda a vida privada e social dos jovens (MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011c). No entanto, apesar de fazer parte do universo da adolescência, a sexualidade não é, em geral, tematizada na formulação das políticas voltadas a esse público, com pouca presença em projetos educacionais e assistenciais voltados a crianças e adolescentes. Quando abordada aparece sob uma perspectiva negativa e controlista dos comportamentos sexuais e reprodutivos dos jovens (LEITE, 2013).

A experiência das mulheres até meados do século XX era, em geral, estruturada em termos do casamento, em que sair da casa dos pais significava casar-se e o casamento era, assim, o cerne da experiência da vida da mulher. Com as mudanças relacionadas à sexualidade e na reestruturação da vida íntima, o casamento torna-se cada vez mais contraditório para as

mulheres e as adolescentes passam a falar cada vez menos em casamento e cada vez mais em relacionamentos, com enfoque em realizações pessoais (GIDDENS, 1993).

Na década de 60, após a Segunda Guerra Mundial, houve um movimento no Ocidente, conhecido como Revolução Sexual, com foco na luta pelo reconhecimento dos direitos sexuais das mulheres. Liderado pelo movimento feminista, com participação de outros movimentos sociais e sindicatos, reivindicava-se maior liberação sexual, com a defesa de maior liberdade de escolha das mulheres nas relações afetivo-sexuais, no trabalho e na vida pública (RICHARDSON, 2000). Em decorrência desse processo histórico, houve a introdução de um novo comportamento sexual e avanços na dissociação entre sexo e procriação, com surgimento, nesse mesmo período, dos métodos contraceptivos, como a pílula, e novas tecnologias que facilitaram a vida doméstica (GIDDENS, 1993; SANT'ANA, 2016).

Até o início dos anos 80, a política governamental brasileira para a mulher era centrada no ciclo gravídico-puerperal. Com a luta pela redemocratização do país, organiza-se o movimento pela reforma sanitária, pelo direito à saúde, sendo criado neste contexto o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A partir de pressões dos movimentos sociais, principalmente o movimento de mulheres, o PAISM surge numa perspectiva de avançar para uma atenção integral à saúde da mulher, com o reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais, para além das ações de planejamento familiar (OSIS, 1998). Este programa defendia a separação entre procriação e sexualidade e o respeito à autonomia das mulheres na reprodução. Entretanto, até os dias atuais, a atenção integral à saúde deste grupo ainda não é praticada e priorizada no sistema de saúde, inclusive na atenção primária, havendo falta de capacitação dos profissionais e manutenção de uma política para a saúde da mulher centralmente voltada para a maternidade (OSIS, 2006; MOURA 2007).

Anthony Giddens, em seu livro “A transformação da intimidade”, aborda as transformações que aconteceram na sexualidade na sociedade moderna, introduzindo o termo sexualidade plástica para se referir à separação completa da sexualidade do processo reprodutivo, pois, com os avanços tecnológicos, a reprodução passa a ocorrer na ausência de atividade sexual, levando a uma libertação da sexualidade, que pôde se tornar totalmente uma qualidade dos indivíduos.

A criação da sexualidade plástica, agravada por sua antiquíssima integração, com a reprodução, os laços de parentesco e a procriação, foi a condição prévia da revolução sexual das últimas décadas. Para a maior parte das mulheres, na maior parte das culturas, e através da maior parte dos períodos da história, o prazer sexual, quando possível, estava intrinsecamente ligado ao medo de gestações repetidas, e, por isso, da morte, dada a substancial proporção de mulheres que morriam no parto e aos índices muito altos então prevalentes de mortalidade de bebês. Romper com essas conexões

foi, portanto, um fenômeno com implicações realmente radicais (GIDDENS, 1993, p. 38).

Essas mudanças no comportamento sexual afetam os jovens, ganhando contornos de um movimento de contracultura, com a ideia de livre expressão da sexualidade como forma de contestar o sistema capitalista. Nesse período, surge o movimento hippie, que teve importante influência na juventude da época (SANT'ANA, 2016). Marcuse, filósofo alemão da escola de Frankfurt, foi um dos expoentes da defesa de uma sociedade com liberdade e fora dos ditames do consumismo, sendo uma referência entre os jovens nesse movimento de contracultura e questionamento da sociedade capitalista (SANT'ANA, 2016).

As ações em saúde pública voltadas para a juventude na temática saúde sexual e reprodutiva têm como foco a gravidez na adolescência. Entretanto, como já foi dito, a abordagem da sexualidade adolescente, tanto em programas governamentais, como em publicações acadêmicas sobre o tema, tem majoritariamente uma visão negativa, sendo associada à violência, às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. Assim, é fundamental avançar na construção de uma perspectiva dos adolescentes como sujeitos de direitos, inclusive em relação aos direitos sexuais (BRANDÃO, 2006; LEITE, 2013). A sexualidade dos jovens é diversa e complexa, sendo importante compreender os componentes culturais que modelam as experiências de gênero e inserções como sujeitos sociais, o que pode contribuir para modificar o tratamento indiferenciado corrente dado ao tema, que homogeneiza as diversas trajetórias sociais juvenis (BRANDÃO, 2006; CALAZANS, 2005).

Os discursos institucionais tendem a desconsiderar as mudanças nos costumes sexuais no Brasil e no mundo, pois, ao mesmo tempo em se passa a haver maior aceitação da sexualidade feminina pré-conjugal, se mantém o tabu da conversa sobre sexualidade na família e continua não sendo priorizada a discussão sobre educação sexual nas escolas (HEILBORN, 2006). Há na juventude na atualidade uma proporção cada vez maior de gravidez fora de uma união conjugal. A “novidade” atribuída à gravidez nessa etapa da vida como um problema social pode vir em parte dessa ilegitimidade das relações, com a frequência maior de filhos de jovens fora de uma união conjugal (HEILBORN, 2012). Nesse sentido, limites sobre acesso a métodos contraceptivos e à educação sexual podem ter relação com as sanções ainda presentes no livre exercício da sexualidade pré-marital (BRANDÃO, 2006).

Esta dificuldade em abordar o tema da sexualidade nem sempre esteve presente em nossa sociedade, como aborda Elias em seu livro “O processo civilizador”:

O sentimento de vergonha que cerca as relações sexuais humanas têm aumentado e mudado muito no processo de civilização. Isso se manifesta com especial clareza na dificuldade experimentada por adultos, nos estágios mais recentes de civilização, em falar com crianças sobre essas relações. [...] (ELIAS, 2011, p.164).

Elias analisa que, com o avançar do processo civilizador, houve uma pressão para o controle do prazer e inibição do impulso sexual, sendo a sexualidade transformada cada vez mais em um assunto de foro íntimo e sobre o qual não se deve falar. “Uma vez que, no curso do processo civilizador o impulso sexual, como tantos outros, está sujeito a controle e transformação cada vez mais rigorosos, muda o problema que ele coloca” (ELIAS, 2011, p.164).

Em estudo sobre a juventude brasileira, a sexualidade foi identificada como tema da vida íntima, sendo discutida com amigos e pais e menos com a sociedade. Mais comumente, as moças demonstraram interesse pela discussão sobre sexualidade com seus pais (35%) do que os rapazes (27%), sendo importante analisar se esse interesse está associado ao controle social e parental da sexualidade feminina (CALAZANS, 2005). Os médicos e os serviços de saúde raramente foram mencionados como fonte de informação sobre relação sexual, contracepção e gravidez (HEILBORN, 2006).

A gravidez na adolescência ganha destaque em um contexto de redução da fecundidade geral, emancipação da mulher com sua maior escolarização e sua entrada no mercado de trabalho. A queda da fecundidade nas últimas décadas não foi acompanhada de um adiamento do início da vida sexual entre os jovens e a menarca tem ocorrido em idade cada vez mais precoce (HEILBORN, 2012).

Os resultados da PeNSE 2015 evidenciaram uma alta frequência de início da vida sexual na adolescência e diferenças entre os gêneros. Dentre os escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental, 27,5% já tiveram relação sexual alguma vez. Um percentual ligeiramente mais baixo que o observado em 2012 (28,7%). Entre os escolares do sexo masculino, 36% declararam já ter se relacionado sexualmente alguma vez, enquanto entre os do sexo feminino o percentual foi de 19,5%. Este percentual é maior entre os alunos de escolas públicas (29,7%) do que entre os de escolas privadas (15,0%). Quanto à promoção de ações de prevenção e assistência em saúde relativos à saúde sexual, os resultados focam nas informações sobre doenças, em que 87,3% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental receberam informações na escola sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS (IBGE, 2016).

A partir do momento em que a gestação na adolescência passa a ser considerada como precoce e uma possível perturbação do desenvolvimento ideal, constata-se uma mobilização para o “problema” por parte dos médicos, que passam a trazer em seus discursos o possível aumento de riscos biológicos para o binômio mãe-bebê para uma gravidez nessa fase da vida. Posteriormente, foi associado ao discurso médico, o discurso de psicólogos, que colocaram a

gestação nessa etapa como um risco psicossocial. Isto pode refletir um discurso moral, em que se define o que é ou não aceitável.

A mobilização em torno da gravidez na adolescência desemboca em diversas formas de institucionalização, isto é, de homogeneização do modo de tratamento do problema. Não se trata de negar que jovens que engravidam antes dos 20 anos suscitem preocupações sobre o desenvolvimento de sua trajetória de vida e da possível consequência desta sobre a vida da criança nascida. Contudo, esse episódio é enquadrado a priori em concepções generalizantes e, sobretudo, antecipadamente dramatizadas (HEILBORN, 2006).

Vale destacar que a gestação adolescente compreendida entre 10 e 19 anos não pode ser tratada da mesma forma, devido a heterogeneidade sociocultural desse público. Os riscos de resultados negativos relacionados a questões biológicas seriam semelhantes para mulheres de 15 a 19 anos quando comparadas a mulheres adultas e seriam realmente maiores para gestantes na adolescência inicial, com idade entre 10 e 14 anos (CABRAL, BRANDÃO, 2020; COSTA, HELBORN, 2006). Na saúde pública, tende a haver um consenso sobre os maiores riscos à saúde para as adolescentes mais jovens, em que ainda está em maturação o aparelho reprodutivo e algumas ainda nem chegaram à menarca. Há especificidades da gestação no grupo etário de 10 a 14 anos e isso requer uma abordagem diferenciada, no qual há maior morbimortalidade materno infantil, um menor número de consultas de pré-natal e uma indicação de maior vulnerabilidade social, que precisam ser consideradas nas políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos dessa população (BRASIL, 2010b; COSTA, HELBORN, 2006). As taxas de fecundidade nesse grupo têm se mantido estáveis nos últimos anos no Brasil, em contraposição da redução dessa taxa entre os jovens de 15 a 19 anos (MONTEIRO et al., 2019) e uma parte considerável das relações sexuais nessa faixa etária tende a não ser consensual, com evidências para a relação entre abuso sexual e gravidez (CABRAL, BRANDÃO, 2020; MADIGAN et al., 2014). Nessa faixa etária, também estão envolvidas questões jurídicas, pois relações sexuais realizadas com menores de 14 anos, mesmo com seu consentimento, são consideradas estupro de vulnerável pela lei brasileira, podendo estar relacionada a situações de exploração sexual (BRASIL, 2009).

Em muitas situações, as adolescentes preferem se relacionar com homens mais velhos, pois estes teriam mais responsabilidades e condições financeiras no caso de uma gestação. Essas escolhas mostram, assim, que os papéis tradicionais de gênero ainda são marcantes na sociedade, em que as adolescentes buscam um homem mais velho na procura de um provedor, capaz de cuidar delas e dos filhos (BRASIL, 2017; HEILBORN, 2012).

Esses relacionamentos com homens mais velhos podem estar associados inclusive com a prática de aborto. Este tema ainda é pouco estudado e pode acontecer no início da vida sexual

em relações amorosas com ou sem parceiro fixo e sofre também forte influência da assimetria de gênero. As adolescentes com história de aborto inseguro têm, em geral, parceiros bem mais velhos com pressão para ocorrência da primeira relação sexual, sendo a participação masculina primordial na decisão para interrupção da gravidez. O aborto não estaria necessariamente ligado ao não desejo da maternidade, sendo influenciado por diversos fatores, e o tipo de relacionamento seria o principal deles. No Brasil, o aborto é ilegal, salvo algumas exceções, e sua prática de forma clandestina coloca em risco a vida dessas jovens, com aumento nos índices de mortalidade materna e impacto importante na experiência sexual inicial, sendo mais vulneráveis as mulheres pobres e negras (BRASIL, 2010b; FERRARI, PERES, NASCIMENTO, 2018).

A responsabilidade pela gravidez ainda é tributada às meninas, enquanto os meninos na adolescência têm uma responsabilização irregular com a paternidade, marcada por abandono ou ausência (BRASIL, 2017; HEILBORN, 2012). A gravidez na adolescência continua tendo como centro as mulheres em suas discussões, com ainda pouca responsabilização dos homens no evento (DE MOURA, GOMES, 2014).

As normas sociais estruturam preferências e comportamentos tão fortes em relação aos papéis de gênero que a ausência dos meninos na prevenção e na gravidez reflete o significado da paternidade na nossa sociedade. Há uma desvinculação entre o corpo sexual e o corpo reprodutivo dos meninos. No primeiro, eles são liberados e incentivados culturalmente para sua vivência plena; no segundo, há um esvaziamento de sentido, fazendo com que não o reconheçam como uma dimensão de sua sexualidade. Não por acaso, a literatura registra casos de abandono em situações de gravidez e de pouca experiência da paternidade por parte dos meninos (BRASIL, 2017).

Os dados da PeNSE 2015 com relação à gravidez mostram que, dentre as jovens que já tiveram relações sexuais (19,5%), 9% disseram já ter engravidado alguma vez, com grande diferença entre as meninas de escola pública (9,4%) e privada (3,5%) (IBGE, 2016). Não há informações na PeNSE sobre o adolescente do gênero masculino que engravidou a parceira, mostrando a fragilidade dos dados e da exclusividade feminina dada ao fenômeno também nas pesquisas governamentais.

Na década de 90, surgem estudos sobre paternidade adolescente, rompendo, assim, com uma visão unilateral e estreita da questão, voltada exclusivamente para a perspectiva feminina da reprodução na adolescência. Os rapazes passam a ser incluídos como atores sociais também relevantes e determinantes no contexto da relação afetivo-sexual que levou a uma gravidez, ampliando a compreensão do tema e contribuindo para problematizar as questões de gênero no universo juvenil. A análise da ótica dos rapazes fornece elementos para discussão do exercício

da paternidade e dos sentidos que adquire na identidade masculina em diferentes contextos sociais (BRANDÃO, 2006; PATIAS, 2014).

As diferenças entre o masculino e o feminino são importantes na discussão dessa temática, por isso, é interessante discorrer um pouco sobre a categoria gênero. A utilização do termo gênero, sob uma nova conceituação não prevista na gramática, tem seu uso relacionado aos movimentos feministas dos Estados Unidos no fim do século XX, em que o termo passa a enfatizar uma noção cultural (SCOTT, 1995). As relações de gênero são construídas historicamente, marcadas pela cultura e pelas relações de poder que fundamentam uma hierarquia e uma assimetria social (COLLING; TEDESCHI, 2019). Buscava-se ressaltar o determinismo biológico implícito no termo “sexo” e trazer o termo gênero, como uma nova categoria analítica social e histórica, com um caráter relacional, indicando que os papéis de homens e mulheres na sociedade são construções culturais e históricas, não determinadas biologicamente. Assim, nessa perspectiva relacional, para compreender o papel social e sexual de homens e mulheres na sociedade seria necessário estudar essas categorias juntas e não separadas (SCOTT, 1995). Isso se reflete bastante nos estudos sobre a temática das mulheres, em que o termo gênero passa a ser utilizado como sinônimo e em substituição ao termo mulheres, com o objetivo de alcançar maior legitimidade acadêmica, pois este seria um termo mais “neutro” e menos “político”, o que tem gerado polêmicas e contradições (SCOTT, 1995).

A palavra gênero também foi bastante útil para as discussões que avançavam sobre sexo e sexualidade, pois possibilitou distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos a mulheres e homens, enfatizando que o sexo não determina diretamente a sexualidade. Nesta última conceituação, o termo “gênero” não seria substitutivo de “sexo”, como também “sexo” seria essencial para a elaboração do conceito de gênero, proposição que é reforçada por Gayle Rubin, em 1975, na elaboração do seu “sistema sexo/gênero” (RUBIN, 2017).

Com relação à orientação sexual, ainda existe um silenciamento dos jovens e da literatura sobre as relações homoafetivas durante a juventude. Em estudo de Minayo, Assis, Njaine (2011) foi encontrado um número baixo de jovens que declararam ter relações homoafetivas, 0,3% das meninas e 1,2% dos meninos relataram ter tido envolvimento homoafetivo. Foram relatadas experiências homossexuais por 1,2% e 2,2% e as experiências bissexuais por 0,7% e 2,2% por mulheres e homens respectivamente. Esse silenciamento na juventude para com as relações afetivas entre pessoas do mesmo sexo é, pois, um reflexo da construção social das relações entre sexos opostos como “natural”.

A divisão sexual do trabalho entra em jogo com respeito a ambos os aspectos de gênero – ele cria homens e mulheres, e os cria como heterossexuais. A supressão do componente homossexual da sexualidade humana e seu corolário, a opressão dos

homossexuais, são, portanto, produto do mesmo sistema cujas regras e relações oprimem as mulheres (RUBIN, 2017, p. 32).

Com relação à questão racial, no Brasil, há uma grande associação entre classe e raça e existe uma tendência à homogeneidade racial dentro das diferentes classes sociais, em que os negros e pardos se concentram nas favelas e famílias pobres. Estudo nacional encontrou que raça/cor tem pouca determinação na idade de início das relações sexuais de ambos os gêneros (BOZON, HEILBORN, 2006; CHACHAM, MAIA, CAMARGO, 2012). Apesar da redução das desigualdades sociais absolutas, com relação à gravidez na adolescência, as disparidades mantêm-se grandes entre as diferentes classes sociais e raças, com aumento da proporção de mães adolescentes entre os pobres e negras, conforme identificado na coorte de Pelotas (VICTORIA et al, 2019).

Monteiro et al. (2019) mostra uma relação entre maior taxa de gravidez na adolescência e baixo Índice de Desenvolvimento Econômico (IDH). As regiões brasileiras com maior IDH (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) apresentam menores taxas de nascidos vivos de mães adolescentes, o que poderia ser considerado como possível marcador de desenvolvimento. A exceção foi o Nordeste, que apesar de ter um IDH mais baixo, teve um bom índice de redução de nascimentos de mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos. A situação socioeconômica desfavorável e o baixo nível de escolaridade dessas mulheres, em muitos casos, já estão presentes antes mesmo da gestação, pois grande proporção das gestações ocorre depois que os jovens já abandonaram os estudos (QUEIROZ, 2010).

Outro componente que influencia o entendimento e expressão da sexualidade é a religiosidade. Algumas pesquisas mostraram que os indicadores do comportamento sexual e reprodutivo são os mesmos para as jovens que declaram ter religião, principalmente para os jovens de baixa renda, que têm uma relação mais fluida com a religião, com grande número das adolescentes declarando frequentes trocas de igrejas (mais comum entre as evangélicas). Entretanto, as mulheres e os homens com socialização religiosa praticante, principalmente católicas e pentecostais, tendem a iniciar a vida sexual mais tarde (BOZON, HEILBORN, 2006; CHACHAM, MAIA, CAMARGO, 2012).

A gravidez adolescente também pode representar uma busca por reconhecimento social, principalmente, nas classes populares, e pode haver uma idealização por parte do jovem na sua ocorrência, que pode ver a gestação como uma experiência positiva de reordenamento da vida (BRANDÃO, 2006; ESTRADA et al., 2018; HEILBORN et al., 2002; SANTOS et al., 2017). A idealização da gestação está presente no discurso de vários jovens que engravidam nessa fase da vida e a romantização da maternidade e paternidade pelos jovens pode ser um fator

significativo em sua ocorrência (ROSEN, 2004). Muitas adolescentes ficam felizes quando descobrem que estão grávidas e consideram uma passagem para a fase adulta, o que pode representar uma fuga de uma infância sem suporte e de situações de desvantagens acumuladas (DIAS, TEIXEIRA, 2010). Seria um projeto de um jovem casal que aspira um novo status social, devido às dificuldades de socialização que enfrenta. O reconhecimento social que as garotas esperam atingir estaria fortemente influenciado pelo que tradicionalmente se espera do comportamento feminino (PATIAS, 2014).

Segundo estudo realizado por Estrada et al. (2018) em cinco países da América Latina, cerca de metade das mães adolescentes tiveram gestações desejadas e estas são mais frequentes entre mulheres adolescentes com baixa escolaridade, com maior idade, casadas ou em união estável e com menor paridade. Dessa forma, é fundamental levar em consideração os desejos e as necessidades dos adolescentes para delinear e aprimorar os serviços de saúde pública, para que possam apoiar os adolescentes no planejamento de suas vidas, incluindo oportunidades educacionais e ocupacionais, e para que tenham filhos quando eles desejarem. Como apontou Estrada et al. (2018) é importante serem desenvolvidos mais estudos sobre a gravidez desejada entre adolescentes especificamente na região da América Latina e do Caribe.

Apesar de ser importante a busca pela redução dos índices de gravidez na adolescência, é necessário que a discussão e as ações propostas considerem os desejos, a participação e as diferentes trajetórias dos jovens, tendo em vista o fortalecimento do protagonismo juvenil (HEILBORN, 2006). São necessários programas que apoiem a redução da gravidez na adolescência de maneira respeitosa e inclusiva, com promoção de comportamentos reprodutivos e sexuais responsáveis e saudáveis, incluindo os fatores que motivam o desejo de engravidar em uma idade tão jovem (ESTRADA et al., 2018). Nessa linha, Monteiro et al. (2019) ressalta que, quando há apoio da família e do companheiro, com acompanhamento pré-natal e continuidade dos estudos, a gravidez na adolescência pode ser um evento positivo e pode representar uma decisão e não necessariamente uma consequência da falta de políticas públicas.

3.3 FAMÍLIA, VIOLÊNCIA E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A família pode assumir variadas definições, que se modificam conforme o tipo de sociedade, o tempo e a sua estrutura social, na medida em que sofre as influências dos acontecimentos sociais. Assim, a família pode ser considerada “[...] uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida” (MIOTO, 1997, p.118). A Constituição Federal do Brasil de 1988 no artigo 226 traz a

família como “base da sociedade, tem especial proteção do estado” e “grupo social constituído pelo casal” (BRASIL, 1988). Com o tempo esse conceito sofre modificações, assumindo na Lei nº 11.340 que trata da violência contra a mulher, a definição de “comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” (BRASIL, 2006).

Segundo Ariès (2018), o sentimento ou o valor com relação à família presentes na contemporaneidade era desconhecido até a Idade Média, surgindo nos séculos XV e XVI, com maior fortalecimento no século XVII. A família já existia como realidade moral e social, mas pouco sentimental, e, não sendo o centro da vida das pessoas, vivia em silêncio e não tinha destaque na vida afetiva. Até o século XV, o sentimento de sociabilidade era dominante, em que as boas maneiras eram a arte de viver em público e as casas eram centros da vida social, características que sofrem profundas transformações nos séculos seguintes. A família passa a apresentar essa dimensão afetiva e a ter a criança como centro, embora no século XVII ainda preservasse muita sociabilidade. Com o avançar dos anos, há um fechamento da casa e mudança em seus cômodos, o que passa a fortalecer cada vez mais o isolamento e a intimidade, havendo a constituição da família moderna, um grupo solitário de pais e filhos que se separa do mundo.

Há, nesse processo, o declínio parcial do poder patriarcal no meio doméstico na última parte do século XIX, em que o domínio do homem ficou enfraquecido com a separação entre lar e local de trabalho. O controle das mulheres sobre a criação dos filhos – a invenção da maternidade - aumentou com a redução do tamanho das famílias e com a centralidade que a criança passou a ocupar no seio familiar, como foco de afeição e de cuidados. O centro da família, dessa forma, se desloca da autoridade patriarcal para a afeição maternal. Nesse período, então, é construída a idealização da mãe, surgindo, aqui, a associação da maternidade com a feminilidade, reforçando as diferenças entre os dois gêneros, por um lado “as atividades” e por outro lado “os sentimentos” (GIDDENS, 1993). A partir dessa nova ordem social, a instituição casamento vai sendo moldada pelas determinações econômicas, sociais, culturais, de classe e gênero, assumindo inúmeras formas. Há a tendência na limitação do tamanho das famílias, que antes eram grandes, com muitos filhos. A sexualidade assume um novo prisma na sociedade em que, pela primeira vez, para muitas mulheres, a sexualidade se aparta do ciclo gravidez e parto. O casamento por amor é cada vez mais incentivado e passa a ser o ideal a ser buscado (GIDDENS, 1993).

A educação das crianças passa a ser transferida para as escolas, processo que auxilia na aproximação dos pais de suas crianças. Como já relatado, a educação das crianças era garantida pela aprendizagem junto aos adultos, em que estas, após os sete anos, passavam a viver com

outras famílias, o que deixa de acontecer com o processo de escolarização. Retoma-se, aqui, os escritos de Ariès (2018), que defende que o interesse pela infância, descrito anteriormente, é uma expressão particular dessa nova organização e conceituação que surge para a família. Esta transformou-se profundamente nesta época à medida em que houve mudanças no ambiente familiar com relação à criança.

Essa evolução da família medieval para a família moderna não ocorreu de forma homogênea entre as classes sociais, limitando-se, inicialmente, aos nobres e burgueses. Os mais pobres continuaram a viver sob as características familiares medievais até o século XIX, quando a família moderna foi expandindo-se em todas as camadas sociais e passou a dominar toda a sociedade ocidental. Com o avanço do sentimento da família, houve o fortalecimento da vida privada, internalização das pessoas na casa e, com isso, o progresso da intimidade (ARIÈS, 2018).

Giddens (1993), ao abordar sobre a intimidade e sua transformação, discorre sobre as profundas e revolucionárias mudanças que afetaram a sexualidade no século XX, que levaram à transformação da intimidade, processo conduzido centralmente pelas mulheres na sua busca pela igualdade entre os gêneros. Para o autor, a intimidade é, acima de tudo, uma questão de comunicação emocional, e, quando conduzida por uma relação afetiva entre iguais, traz à tona um processo de democratização interpessoal.

Ariès (2018) também aborda, na sua discussão sobre formação da família moderna, o surgimento dos tratados de civilidade no século XVI, em que são elaborados manuais com novas orientações de boas maneiras, tal como explana Elias (2011) no seu livro sobre o processo civilizador. Os dois autores citam o tratado de Erasmo para expor as mudanças nos costumes da época, enfatizando seu traço cultural, em que o tratado é um compilador de regras de conduta, com orientação sobre boas e más maneiras da vida social em um momento de reagrupamento social. Esta foi uma expressão de um período de transição entre o afrouxamento da hierarquia social medieval e a estabilização da sociedade moderna “civilizada”, em que se introduziu, gradualmente, um novo modelo de comportamento e o controle social tornou-se mais imperativo. Com o processo de escolarização, esses manuais sobre civilidade adentram as escolas e fortalecem a particularização da infância. Assim, o nascimento da infância ocorre no contexto de mudanças de hábitos do “processo civilizador”, período em que há mudanças profundas nos costumes ocidentais, sendo a formação da família moderna também um dos frutos deste processo.

Essencialmente, entretanto, suas reflexões são elaborações de crenças axiomáticas comuns a muitos estudos sociológicos sobre família, em particular a crença de que a “família” tem uma estrutura própria, que é fundamental e mais ou menos independente

do que prevalece no mundo ao redor. Trata-se de uma crença que, como se pode constatar, persiste a despeito de todos os dados que revelam que a estrutura “da família” se modifica de acordo com as mudanças da sociedade em geral, tais como, por exemplo, a crescente urbanização e industrialização (ELIAS, 2000, p. 196).

Dessa forma, as organizações familiares refletem a sociedade e, ao mesmo tempo, auxiliam em sua formação, sendo importante analisar as mudanças sociais, políticas e culturais para compreender a família nos diferentes momentos da história. A organização das famílias tem diferente padrões e diversas formas de relacionamento, mas, mesmo com as diversidades, é possível observar características semelhantes ao longo do ciclo de vida da família. As gerações que compõem uma família passam por eventos específicos a cada etapa de seu ciclo de vida e os acontecimentos no seio familiar afetam os membros individualmente, exigindo adaptações. Assim, para Carter e MacGoldrick (1995), o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, considerando crucial essa perspectiva para entendimento dos problemas emocionais das pessoas. As autoras trazem uma visão do ciclo de vida em termos de relacionamento intergeracional na família, ressaltando o cuidado que se deve ter com a aplicação rígida de ideias sobre um ciclo de vida supostamente “normal”.

Tradicionalmente, o ciclo de vida familiar da classe média tem seis estágios: adulto jovem independente, casamento, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, lançando os filhos e seguindo em frente, família no estágio tardio da vida. Nas famílias pobres, o ciclo é reformulado, passando a contar apenas com três estágios: adulto jovem independente, família com filhos pequenos, família em estágio tardio (CARTER B, MCGOLDRICK M., 1995; BRASIL, 2013).

Em famílias populares, este encurtamento do ciclo de vida ocorre por alguns fatores, sendo um deles a gravidez na adolescência, em que os adolescentes passam diretamente para a fase da família com filhos pequenos. Estes são, então, deixados aos cuidados das avós para que o adolescente estude ou trabalhe até que seus filhos cresçam, com presença frequente de uma estrutura monoparental e aglomeração de diferentes gerações no mesmo domicílio (BRASIL, 2013).

A fase com filhos adolescentes, embora diferente nas famílias populares, traz novos desafios, readaptações na dinâmica familiar e novos conflitos, incluindo as questões sobre reprodução e sexualidade. Um fator chave que diferencia o que a população e muitos profissionais consideram como “alto conflito nas famílias” não é a existência de conflito em si, mas sim, o inadequado ou o insatisfatório modo de gerenciar e resolver os conflitos inerentes à família (STRAUSS et al. 1998).

O conflito é uma categoria teórica importante no estudo da família, tendo sido, inclusive,

a capacidade de familiares de lidar com os conflitos a base de análise utilizada por Strauss para elaboração da CTS (*Conflict Tactics Scale*), instrumento de aferição da violência intrafamiliar utilizado nesta dissertação. A CTS tenta mensurar as agressões sofridas e testemunhas por pais e filhos a partir de situações em que houve incapacidade de lidar com os conflitos sem recorrer a atitudes violentas.

Um dos sociólogos que mais contribuiu para a reflexão sobre o conflito foi Georg Simmel, abordando o conflito sob uma perspectiva positiva, sendo entendido como um modo de mediação de diferenças, não tendo nada de patológico. O conflito não geraria negatividade e desintegração social, mas ao contrário, é encarado, em sua teoria, como elemento fundamental da própria unidade social. A unidade é, então, um lugar da contradição e uma possível fonte de mudança (ARAÚJO, 2010; SIMMEL, 1939). A família como categoria social poderia, aqui, ser um exemplo desta premissa.

Sendo assim, está descartada a possibilidade de existência de um equilíbrio sistêmico, estático, inerte, e abre-se a possibilidade para a inserção do conflito como constitutivo do social, sendo ele formador das (e formado pelas) próprias interações (ARAÚJO, 2010).

Para Simmel, a sociedade é um produto de interações, em que seus indivíduos são concebidos como atores, havendo uma relação de interdependência. Nesse ponto, há uma aproximação entre as abordagens sociológicas de Simmel e Elias. Norbert Elias foi outro teórico que também abordou o tema do conflito e da violência, autor posterior a Simmel. Entretanto, diferente de Simmel, Elias aborda o conflito no contexto da sociedade e do indivíduo, enquanto Simmel trouxe uma perspectiva mais geral e social.

A principal obra de Elias, “Processo Civilizador”, escrita em 1939, versa sobre as mudanças profundas que ocorreram na Europa com a nobreza e com a sociedade de modo geral ao longo da Idade Média, como parte da construção dos Estados Nacionais, ascensão de uma nova classe social, a burguesia, gerando, assim, o surgimento de uma nova forma de sociabilidade “civilizada”.

Elias defende que, em consequência desse processo, os conflitos adquiriram uma forma mais amena, em comparação aos séculos anteriores. Conflitos antes resolvidos de forma violenta passam a ser mediados por representações do Estado, ou simplesmente ocultados e não resolvidos, o que, segundo ele, traria consequências para a constituição da personalidade do indivíduo, com dificuldades de adaptação (ELIAS, 2011).

Elias evidencia que a forma de lidar com esses conflitos e as formas tomadas pelos próprios conflitos mudam ao longo dos séculos e na formação da “civilização”. Com isso, há uma pressão por um crescente aumento do controle e do autocontrole dos indivíduos, havendo

uma conexão entre a estrutura social e a estrutura da personalidade do indivíduo. Ele não nega as pulsões que possam ter as pessoas em sua individualidade, mas coloca que algumas atitudes passam a não ser mais aceitas socialmente e que isso, a longo prazo, também influencia na formação da personalidade. Nesse sentido, é exigido que o indivíduo, cada vez mais, mantenha o autocontrole, o que pode levar ao desenvolvimento de neuroses, sendo a “civilização” um processo que deixa cicatrizes.

Aqui, Elias se aproxima de Freud. Em seu livro *O Mal-estar da Civilização*, Freud aborda a questão da formação de uma civilização com indivíduos, que, ao introjetar psiquicamente os eventos e mal-estar da sociedade, e ter que, ao mesmo tempo, exercer autocontrole, sofrem eventos traumáticos e inaptações. As relações concretas entre os seres humanos viriam, então, do mundo objetivo, em que algo de fora é introjetado dentro de nós (ARAÚJO, 2010; TOLEDO, 2018).

As demandas sociais de cada tempo histórico possibilitam transformações nos hábitos e costumes socialmente aceitos. Nos dias de hoje, as violências contra a mulher e contra criança e adolescente são questionadas socialmente, sendo o conceito de violência atual diferente do que existia nos séculos anteriores. Elias traz as mudanças que ocorreram na agressividade ao longo do Processo Civilizador. Naquela época, as guerras e suplícios eram considerados normais e as pessoas não eram punidas e nem excluídas da vida social por atitudes cruéis. Segundo Elias, não havia controle das emoções e com a civilização, no mundo ocidental, passou a haver um poder central (o Estado) que estabelece um controle dessas emoções com regras e limitações. O monopólio da força física foi transferido para as autoridades estatais, por meio da polícia. Elias continua:

Foi tão transformada [a agressividade], “refinada”, “civilizada” como todas as outras formas de prazer, e sua violência imediata e descontrolada aparece apenas em sonhos ou em explosões isoladas que explicamos como patológicas. [...] é a estrutura da sociedade que exige e gera um padrão específico de controle emocional. (ELIAS, 2011, p. 183)

Em desenvolvimento de seu raciocínio sociológico sobre subjetividade e objetividade, Elias aborda o conceito de *habitus*, que é um antigo termo de origem latina. A noção de *habitus* social é a marca no indivíduo das interações preexistentes, produto das construções históricas que modelam seu pensamento, criando como uma segunda natureza. Assim, o indivíduo, desde o nascimento, acumula uma série de comportamentos, conceitos e atitudes da unidade da sociedade na qual está inserido, que estão postos e o condicionam. Ao mesmo tempo, o indivíduo também participa da construção da estrutura social, havendo movimentos de mudanças no indivíduo e na sociedade, o que pode gerar uma alteração do próprio *habitus* social, que é mutável. Assim, o indivíduo não seria somente condicionado, mas também

participaria da construção das estruturas internas de sua personalidade, mesmo que com maior peso do condicionamento.

[...] os indivíduos de uma geração, ao nascer ingressam no processo civilizador numa fase posterior, adaptando-se a um padrão de comportamento construído em todo processo social de formação da consciência e dos habitus sociais das gerações precedentes. Então é por meio das participações dos indivíduos nas figurações que se denomina o habitus. Estas participações são demarcadas por uma dinâmica social, onde as articulações se relacionam de maneira macro e micro, ou seja, indivíduo e sociedade (ELIAS, 2011, p. 24).

Elias trouxe o conceito habitus em seus estudos sobre o processo civilizador e centralmente em seu livro “Os Alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX”, produção que não é foco deste estudo. Apesar deste conceito ter sido apropriado e mais desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, utilizo, aqui, a conceituação de Elias, pois, nesta dissertação, aproveito as elaborações deste autor para o desenvolvimento teórico.

No entanto, esse processo civilizador não segue linha reta, segundo defendido pelo próprio Elias, com momentos no decorrer da história de explosões de violência (ARAÚJO, 2010). As atitudes violentas explícitas têm acontecido cada vez mais e têm sido banalizadas na contemporaneidade, como a ocorrência das duas grandes guerras mundiais e a presença da violência em países subdesenvolvidos contra a juventude, que se manifesta, por exemplo, com os homicídios, como principal causa de mortalidade juvenil, os feminicídios e guerra às drogas (IPEA, 2020). As elaborações de Simmel e Elias têm suas limitações, sendo uma delas ter como cenário de análise, basicamente, a sociedade europeia, o que traz limites para extrapolar essas reflexões para outras partes do mundo, com suas histórias diversas e complexas, como a realidade histórica da América Latina.

A mudança do papel da mulher na sociedade traz mudanças da intimidade e a disputa pelo poder, em que o homem tem seu papel dentro da família e da sociedade ameaçado, gera o aumento de conflitos e a dificuldade em lidar com eles pode se refletir no aumento da violência contra as mulheres. As mudanças na intimidade estão em consonância com as transformações da família, uma família moderna nuclear e cada vez menor, em que as relações entre pais e filhos passam a ser baseadas na intimidade, no afeto (GIDDENS, 1993). Neste processo, também surgem núcleos familiares com novas configurações, com pais divorciados e recasamentos, casais homossexuais com filhos, família com apenas mãe ou pai, entre outras. Dessa forma, a família nuclear composta por pai, mãe e filhos não se constitui mais como modelo único e majoritário. Também é significativo o número de mortes de familiares como consequência da violência urbana, especialmente entre famílias pobres, o que afeta o

desenvolvimento dos filhos (ASSIS, AVANCI, 2004). Castel (1991, apud ASSIS, AVANCI, 2004, p. 82) analisa que as mudanças ocorridas no modelo familiar nuclear burguês denotam a busca de novos sentidos e adaptações à realidade, com o impacto do processo de globalização nas sociedades. As famílias perseguem caminhos diversificados de educação, visando ajustar-se às mudanças sociais, com redefinição dos papéis de homens e mulheres na divisão do trabalho e no interior dos núcleos familiares.

Na configuração da família, os homens e as mulheres têm funções pré-estabelecidas ao longo da história, que são ensinadas e assimiladas pelas pessoas que nascem e passam a compor o seio familiar, resgatando, aqui, a associação com o conceito de *habitus* (ELIAS, 2011). Esses papéis sociais são modificados no percurso da humanidade e têm sido questionados mais fortemente ao longo do último século. As mulheres foram inseridas no mercado de trabalho, passaram a votar, a ser chefes de família e a organizar movimentos sociais de questionamento da sua condição de subordinação. Entretanto, apesar das conquistas das mulheres, ainda se mantêm elevadas desigualdades nas relações de gênero dentro das famílias, com a permanência das tarefas relativas ao cuidado com os filhos quase exclusivamente sob responsabilidade das mulheres (GUEDES, ARAUJO, 2011). Essas desigualdades entre sexos e hierarquização entre gerações no interior das famílias traduzem disputas de poder, que pode levar a situações de violência.

A violência é realidade frequente nas famílias brasileiras, seja nas formas física, psicológica ou sexual, com grande impacto nas trajetórias de crianças e adolescentes, e precisa ter seus estudos aprofundados. Em 2015, no Disque 100, 40,1% das denúncias de violências contra crianças e adolescentes tiveram como agressoras suas mães e outros 18,2% seus pais (BRASIL, 2018). A violência sofrida ou vivenciada na família durante a infância e a adolescência, com brigas e desentendimentos entre seus integrantes, pode ser considerada como uma possível causa para a ocorrência de gravidez na adolescência (HOGA, 2008; PATIAS, 2021).

Mesmo com as transformações ocorridas, o conceito de família na contemporaneidade ainda é arraigado por concepções moralistas e posições conservadoras, que contribuem para a desresponsabilização do Estado com relação à proteção da criança e do adolescente que vivenciam situações de violação de direitos nos lares de suas famílias (DORNELLES, 2018).

Segundo dados da PeNSE (2015), 14,5% dos jovens do 9º ano foram agredidos fisicamente por um adulto da família nos últimos mês que precedeu a pesquisa, sendo as agressões mais frequentes entre as meninas (15,1%) quando comparadas aos meninos (13,8%). Também foram mais frequentes em escolas públicas (14,8%) contra 13,0% nas instituições

privadas (IBGE, 2016). Em muitas famílias, ainda é comum os pais utilizarem a força física na educação dos filhos, costume transmitido de geração para geração, sendo os pais os principais agressores dos adolescentes. A violência familiar, muitas vezes suportada em silêncio, faz com que os adolescentes submetidos a este tipo de situação tenham sua autoestima afetada, contexto que poderia induzir uma gestação na adolescência, com a ideia de constituir sua própria família, na busca de afeto incondicional (SULLCA, SCHIMER, 2006; BRASIL, 2018).

Com relação à paternidade na adolescência e à violência, em dois estudos de 2001, os homens envolvidos com gravidez na adolescência, em comparação a homens que se envolveram com mulheres mais velhas, tinham uso abusivo de drogas e comportamento agressivo (ANDA et al., 2001; WANG, CHOU, 2001). Em uma coorte publicada em 2005, foi encontrado que pais adolescentes viviam em famílias mais instáveis, sendo menos propensos a ter planos de um emprego no futuro e mais expostos à violência familiar na infância (QUINLIVAN, CONDON, 2005).

A violência familiar é potencializada e potencializa a violência vivida em outras esferas de convivência, como na escola e na comunidade, ocorrendo um processo de revitimização (PINTO, ASSIS, 2013). O ambiente externo à família, a comunidade, influencia e é influenciado por ela, mas este ponto não é foco de estudo deste trabalho. Apesar da temática sobre violência ser abordada em vários artigos, há pouco foco na violência estrutural, como morbimortalidade por causas externas, tão frequente entre os jovens no Brasil (SCHAEFER et al., 2018).

Em relação à violência familiar em São Gonçalo, estudo realizado em 2004 mostra que a violência familiar é realidade presente no município, em que cerca de 15% dos adolescentes escolares entrevistados relataram sofrer violência física severa dos pais, enquanto 48% afirmaram sofrer violência psicológica de pessoas significativas (ASSIS, AVANCI, 2004).

Assim como no conceito de família, as definições para violência contra a criança e o adolescente variam de acordo com as visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela e com os modelos explicativos usados para a violência. A definição do que possa ser uma prática abusiva ainda passa por uma negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (DESLANDES, 1994). Para Minayo (2006, p. 14), a maior dificuldade em conceituar a violência “vem do fato dela ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia”.

Nesse sentido, é importante diferenciar os termos utilizados para se referir à violência, que, por vezes, são utilizados como sinônimos. Violência familiar ou intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental. O conceito de violência intrafamiliar não tem como foco o espaço físico em que se estabelece, e, sim, as relações de parentesco. Já a violência doméstica distingue-se por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, incluindo pessoas que convivem esporadicamente ou empregados (BRASIL, 2002, p. 15).

A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos (BRASIL, 2010).

Outras relações em que ocorrem violência na família, como é o caso da violência entre os pais/responsáveis e aquela entre os irmãos, também afetam o desenvolvimento da criança e do adolescente. A identificação de uma criança como vítima de violência no domicílio torna quase certo de que outras pessoas da família também sofram com algum tipo de violência. Vale ressaltar que a violência entre irmãos no ambiente familiar, apesar de aceita socialmente, também merece a atenção dos profissionais, sendo comum a ocorrência de xingamentos, humilhações e agressões físicas entre eles. A violência entre irmãos pode sinalizar as formas de relacionamento que a criança ou o adolescente tem dentro e fora de casa (BRASIL, 2010).

3.4 ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Em 1989, foi implantado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) com os objetivos de promover a saúde integral do adolescente; estimular e apoiar a implementação dos programas estaduais e municipais com um atendimento adequado às suas características; contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, além de promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência.

O PROSAD apresentava também como objetivo o fortalecimento dos direitos dos adolescentes, colaborando com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos níveis federal, estadual e municipal e tinha, entre suas áreas prioritárias, a sexualidade, a saúde reprodutiva, a família e a abordagem da violência e maus tratos. Suas diretrizes foram

revistas em 1996 e preconizavam um atendimento de forma integral ao adolescente em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1996; PARIZ, CELITO, GIANA, 2012). O PROSAD deu origem, assim, à Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, que tem produzido vários documentos fundamentais para normatizar os serviços de atendimento em saúde para os adolescentes (FRANÇA, 2015).

Apesar de preconizar a integralidade no atendimento do adolescente, o PROSAD teve seu foco na sexualidade e saúde reprodutiva dos jovens na mesma época em que esses temas eram discutidos como temas prioritários às mulheres, como já discutido anteriormente. Com o foco na saúde sexual e reprodutiva, o programa conduziu suas ações com relação à gestação na adolescência como algo necessariamente indesejado, não considerando que, para muitos jovens, principalmente de classe populares, a maternidade ou a paternidade são planejadas e integram parte do processo de seu amadurecimento (HEILBORN, et al 2012; ABRAMO, 2004; FRANÇA, 2015).

Essa percepção se traduz em políticas públicas estritamente preventivas e, às vezes, punitivas, dificultando a adoção de ações de promoção à saúde, que considerem as especificidades e trajetórias juvenis. Segundo Jager et al. (2014), o PROSAD teria papel importante na incorporação do jovem como sujeito de direitos e capaz de opinar nas decisões políticas, catalisando um processo de mudanças, no entanto, o programa nunca foi efetivamente implementado, tendo sido um processo inconcluso.

O direito de cidadania às crianças e aos adolescentes foi garantido por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, atribuindo à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a este grupo etário. Esta lei orienta a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas de maneira interdisciplinar e intersetorial. Entretanto, o ECA ainda se mostra pouco eficaz na elaboração de políticas para a juventude, com deficiências no reconhecimento dos direitos dos jovens e com políticas descontínuas e pouco eficazes (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013).

As políticas públicas em saúde voltadas para o adolescente consideravam, historicamente, uma visão estigmatizada deste grupo, com associação da adolescência a problemas sociais, à delinquência e à violência. A juventude era considerada a “idade de risco” e vulnerável, havendo, assim, foco em estratégias de controle (JAGER et al. 2014). Essa concepção vem mudando nas últimas décadas, com expansão da concepção do adolescente como sujeito social ativo e com direitos sociais, garantidos pelo ECA, mas ainda de forma tímida. Grande parte das políticas públicas voltadas ao adolescente ainda não visualizam os jovens como protagonistas de sua trajetória de vida e com voz ativa na elaboração destas

políticas (JAGER et al. 2014). A gravidez na adolescência é um dos principais temas das políticas públicas, com foco em grupos vulneráveis, sendo geralmente pontuais, descontínuas e voltadas para controle da natalidade, se mostrando pouco efetivas (TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013). O fenômeno da gravidez na adolescência é mais comum na população com maior vulnerabilidade social, contudo, ele não é exclusividade dessa população (FERREIRA, 2012). Dessa forma, é importante que as políticas públicas deem abrangência à juventude como um todo.

As primeiras ações de programas de saúde voltados aos jovens tiveram centro nas doenças sexualmente transmissíveis (principalmente HIV), drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce (BRASIL, 2011). Com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidos pela lei orgânica 8.080, há a expansão do processo de descentralização dos serviços de saúde, com consequente municipalização do sistema de saúde. A saúde do adolescente é, então, redirecionada para APS e implementada, principalmente, a partir de dois programas: Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017).

Publicações relacionadas às políticas de saúde pública relativas aos adolescentes evidenciam que essas políticas no Brasil não abrangem as necessidades e heterogeneidade da juventude nas três esferas de governo e contam com pouca participação dos jovens em sua elaboração. As publicações sobre adolescentes aumentaram consideravelmente a partir de 2010, evidenciando o maior enfoque que passa ser dado a esse público a partir da implantação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, propostas pelo Ministério da Saúde em 2010 (ASSIS, AVANCI, SERPELONI, 2020; BARBIANI, et al., 2020; BRASIL, 2010).

Em uma revisão do tipo *scoping review*, realizada em 2018, foram mapeadas as tendências de publicação científicas relacionadas à atenção à saúde do adolescente no Brasil entre os anos de 2006 e 2017. A principal temática abordada foi saúde sexual e reprodutiva, tendo como tema mais citado a gravidez na adolescência, e o principal cenário das pesquisas foi a atenção primária, seguida pelas escolas. Verificou-se que persiste a visão da adolescência como uma fase de risco à saúde, com um enfoque biomédico. Há ainda a secundarização de temas, como direitos sexuais dos adolescentes (BARBIANI, et al. 2020).

Os fatores relacionados ao envolvimento de garotos na gravidez na adolescência ainda são pouco investigados, persistindo uma centralidade no gênero feminino, o que tem levado ao apagamento dos casos de paternidade juvenil, inclusive nas políticas públicas. As mulheres

continuam a ser culpabilizadas pela gestação, enquanto os homens têm sua participação esquecida (ANDA et al., 2001; CAMARGO, 2017).

Há, ainda, um despreparo dos serviços e dos profissionais de saúde na APS para lidar com a população adolescente, produzindo dificuldades para compreensão das especificidades do ser adolescente, sem espaço adequado de atendimento às suas necessidades (TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013). Dessa forma, há necessidade de maior qualificação dos profissionais de saúde para atenção à saúde dos jovens, com priorização também desse grupo na formação dos profissionais de saúde (BARBIANI, et al 2020).

Cabe ainda ressaltar o retrocesso existente nos últimos anos nas políticas voltadas à sexualidade e gravidez, em que o tema da sexualidade adolescente gerou intenso debate na sociedade brasileira em 2020. O atual governo federal, presidido por Bolsonaro, cancelou o estudo que estava sendo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre gravidez na adolescência. Uma parte finalizada da pesquisa afirmava que a gravidez na adolescência não pode ser tratada por “julgamentos particulares, de modo a reforçar um caráter condenatório e problemático à experiência de gravidezes na adolescência porque os serviços podem ser afetados negativamente em termos de não oferecerem os cuidados necessários.” e que se deve compreender e incidir nas assimetrias vivenciadas por adolescentes, sobretudo levando em conta fatores como raça e etnia, região, faixa etária e renda (TOLEDO, 2020).

Após dois meses do cancelamento da pesquisa, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos lançou uma campanha intitulada “Tudo a seu tempo: Adolescência primeiro, gravidez depois”, com ideia principal de que gravidez não combina com adolescência (OLIVEIRA, 2020). Essa campanha trouxe, como foco, a orientação para o adiamento do início da vida sexual e o incentivo à abstinência sexual entre os adolescentes como forma de evitar a gravidez, o que causou controvérsia entre os estudiosos do tema.

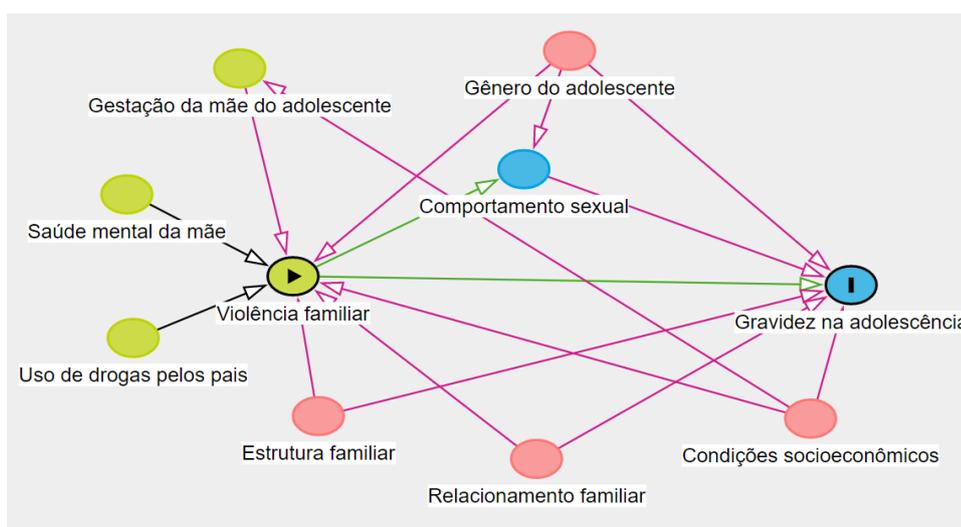
Essa campanha mostra o retrocesso vivenciado nas políticas públicas relacionadas à sexualidade adolescente, pois a maior parte das pesquisas científicas já realizadas comprovam que os programas voltados à abstinência são ineficazes. Políticas governamentais como esta acabam por reforçar a relação sexual como algo negativo, o que tende a ampliar o tabu sobre a sexualidade e a constituir uma barreira para os jovens na busca por métodos contraceptivos nos serviços de saúde, além de suprimir o diálogo sobre as desigualdades de gênero (CABRAL, BRANDÃO, 2020). Assim, as atuais políticas públicas caminham no sentido de desconsiderar a heterogeneidade sociocultural das trajetórias juvenis, como sujeitos de direito e com autonomia em relação à sua sexualidade.

4 MODELO TEÓRICO: GRÁFICO DIRECIONADO ACÍCLICO (DAG)

A abordagem metodológica proposta nesta dissertação está embasada em modelo teórico elaborado com base em revisão de literatura sobre a temática, descrita ao longo desse tópico, sendo construído um gráfico direcionado acíclico - *Directed Acyclic Graph* (DAG), como uma orientação inicial para a seleção de variáveis (Figura 1). A exposição adotada no modelo do DAG é a violência familiar e o desfecho é a gravidez na adolescência.

A presença de violência familiar parece estar associada ao aumento das chances de ocorrência de gravidez adolescente, conforme enfatizado no marco teórico. As variáveis condições socioeconômicas, estrutura familiar e relacionamentos familiares foram consideradas como possíveis confundidores, pois têm provável associação com a exposição, bem como são preditivas do desfecho deste modelo. Estas variáveis influenciam na ocorrência de gestação nesta fase da vida, mesmo na ausência da exposição violência familiar. Isso pode levar a um confundimento na análise da relação causal da exposição violência familiar sobre o desfecho. Na comparação entre grupos, as associações entre variáveis não indicam necessariamente uma relação causal e os confundidores podem levar ao estabelecimento de conexões espúrias de causa e efeito e esconderem as reais associações (VICTORIA et al, 2019). Assim são necessários ajustes nos modelos para que consigamos captar o evento gravidez na adolescência associado diretamente à ocorrência de violência familiar.

Figura 1 – Modelo teórico com as variáveis explicativas relacionadas à ocorrência de gravidez na adolescência²



Elaboração Própria

² Legenda de cores: ▶ Exposição; I - Desfecho; Verde - covariáveis da exposição; Rosa - variáveis confundidoras; Azul - variáveis mediadoras.

As condições socioeconômicas podem interferir na ocorrência de gravidez na adolescência e de violência familiar. A pobreza, a baixa escolaridade e ser da raça/cor preta ou parda têm sido associados ao aumento do índice de gravidez adolescente e à presença de violência entre membros da família (BRASIL, 2010; BRASIL, 2019; VICTORIA et al, 2019).

A pobreza traz impacto no comportamento dos pais e deterioração da estrutura familiar e social, em que a ausência de políticas públicas de geração de renda, habitação, saneamento básico, entre outras, pode aumentar a exposição à violência (KRUG, 2002; BRASIL, 2010). As condições socioeconômicas têm sido associadas à gravidez na adolescência, independentemente da existência de violência familiar, como sendo fator de risco do desfecho e não apenas como consequência, como é apontado em muitos estudos (BRANDÃO, 2006; FERREIRA, 2012; VICTORIA et al., 2019).

O ambiente e estrutura familiar pode proteger ou expor crianças e adolescentes à violência e à gravidez na adolescência. O relacionamento com pai, mãe e outros familiares pode atuar como uma proteção contra a violência ou ser um catalisador do comportamento violento. Uma boa relação entre os familiares no período da infância e adolescência, com cuidado e atenção, tende a proteger os jovens das situações de violência (ASSIS, AVANCI, 2009), enquanto ambientes familiares instáveis e família numerosa são fatores que aumentam a vulnerabilidade a sofrer violência (BRASIL, 2010). A organização da estrutura da família e os principais membros que dão suporte e apoio emocional à criança e ao adolescente também têm relação direta com a ocorrência de gravidez na adolescência (EWERTON, 2010). Há também uma tendência à repetição da história familiar de gravidez adolescente (PATIAS et al. 2014).

Com relação à gestação da mãe da criança/adolescente, as condições da relação entre mãe/família e o bebê, neste período, já influenciam no desenvolvimento da criança e do adolescente. Neste modelo, as informações relacionadas à gestação da mãe atuam como covariáveis da exposição. Se essa fase é marcada por hostilidade, agressividade e indiferença entre os pais e entre os pais e o bebê, pode haver uma maior vulnerabilidade à ocorrência de violência no presente e no futuro. “Desde a gestação, a criança precisa de tempo, espaço e condições favoráveis para se desenvolver bem. As características do ambiente que convive são decisivas para favorecer ou dificultar o alcance de todo seu potencial de desenvolvimento” (BRASIL, 2010, p.20).

As covariáveis relacionadas ao comportamento sexual, como, por exemplo, a idade de início da atividade sexual, uso de preservativos e número de parceiros dos jovens foram consideradas variáveis mediadoras. Elas podem ser influenciadas pela exposição violência familiar e, seguindo um sentido único, ao mesmo tempo interferem no desfecho, gravidez na

adolescência, pois o comportamento sexual pode antecipar ou retardar a ocorrência de uma gestação (BOZON, HEILBORN, 2006; DIAS, TEIXEIRA, 2010; MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011).

O sexo/gênero do adolescente também atua como uma variável confundidora, podendo ter associação com a exposição, a variável mediadora e o desfecho. As desigualdades de gênero tornam a vivência da violência familiar e da gravidez na adolescência diferente para meninos e meninas. Na violência contra crianças e adolescentes, os meninos estão mais sujeitos a sofrer agressões físicas fatais e não-fatais e as meninas têm maior risco de abuso sexual e negligência. Assim, ser de um determinado gênero pode significar risco ou proteção para as diferentes formas de violência (ASSIS, AVANCI, 2009; BELIS, 2014; BRASIL, 2019; PATIAS et al. 2014). As ações das políticas públicas para gravidez na adolescência tendem a não contemplar os jovens brasileiros do sexo masculino, que aparecem apenas timidamente em considerações sobre a saúde sexual e reprodutiva (JADER et al., 2014, DE MOURA, GOMES, 2014). A frequência da gravidez na adolescência também é diferente entre os gêneros (ABRAMO, 2004; DIAS, AQUINO, 2006). Já o comportamento sexual, variável mediadora, tende a ser diferente entre homens e mulheres, sendo influenciado pela construção social dos gêneros, com distintas expectativas para esses jovens (BOZON, HEILBORN, 2006; MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011).

O uso de substâncias pelos pais foi inserido no modelo como covariável da exposição, pois pode causar instabilidades na família, elevar o nível de conflito e trazer maior dificuldade em lidar com eles, podendo levar ao aumento da frequência de violência familiar (KRUG et al., 2002). Problemas de saúde mental e baixa autoestima dos pais, particularmente da mãe, pode estar relacionados a dificuldades de lidar com o estresse e os conflitos, que pode levar a atitudes violentas com os filhos (ASSIS, AVANCI, 2009; KRUG et al, 2002). Dessa forma, a saúde mental materna foi inserida no modelo teórico como covariável da exposição violência familiar.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E CONTEXTO

Esta dissertação analisa, de forma seccional, as variáveis de exposição socioeconômicas e relacionadas ao contexto da família para o desfecho gravidez na adolescência, oriundas da coorte com escolares realizada em São Gonçalo/RJ, com início em 2005 e acompanhamento até 2013, com quatro ondas. A amostra utilizada nesse estudo é composta por 361 adolescentes, que foi recortada do banco de dados inicial da coorte, utilizando como critério de inclusão ter resposta para a pergunta sobre gravidez na adolescência.

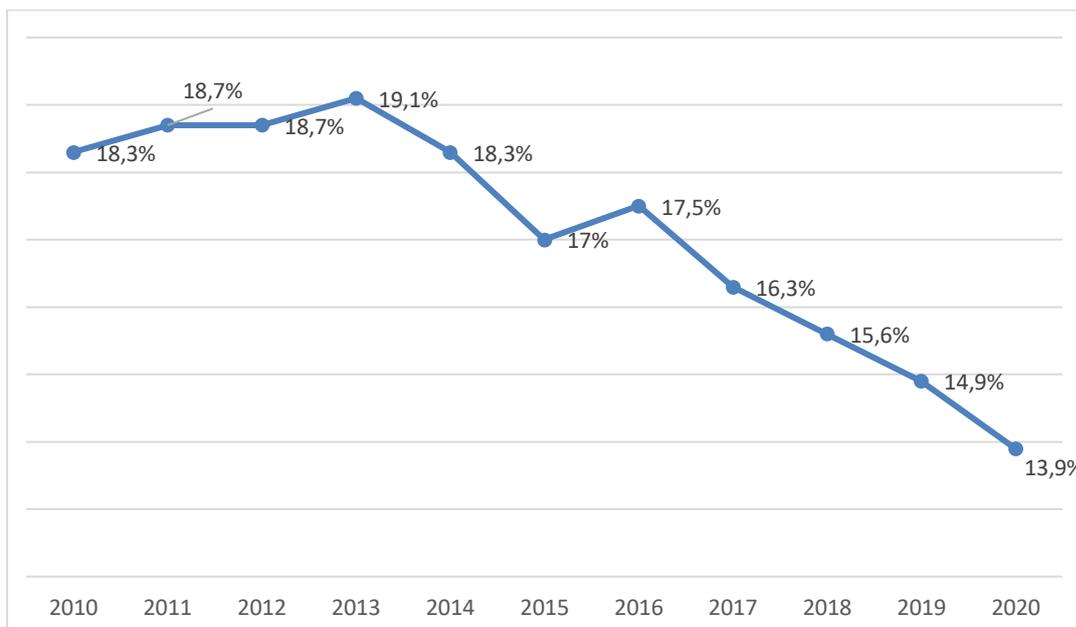
A amostra inicial do estudo longitudinal em 2005 tinha 500 crianças do segundo ano da rede pública de ensino fundamental do município de São Gonçalo/RJ, com uma população fixa, não havendo entrada de novos participantes ao longo do seguimento. As imersões no campo de pesquisa ocorreram em 2005, 2006, 2008 e 2012/2013 e o estudo foi desenvolvido pelo Departamento de Estudos sobre Violência e saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz), com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A coorte tinha como objetivo principal a investigação da saúde mental das crianças de escolas da rede pública municipal de São Gonçalo ao longo da sua trajetória de vida na infância e na adolescência. Na presente dissertação, foram analisadas variáveis selecionadas das quatro imersões em campo, também chamadas de ondas.

São Gonçalo é um município situado na região metropolitana, na parte litorânea do estado do Rio de Janeiro com área territorial de 247,7 Km² e densidade demográfica de 4035,90 hab/km². A cidade está localizada a 30 km da cidade do Rio de Janeiro e a menos de 15 km de Niterói. No último censo do IBGE (2010), a população era de 999.728 habitantes e estimava-se, em 2019, uma população de 1.084.839 pessoas, quase totalmente urbana.

Desta população, 284.813 são crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, segundo o último censo (2010), representando 28,5% da população, com queda da população jovem quando comparado ao censo de 2000, seguindo a tendência de modificação da pirâmide demográfica do país (IBGE, 2010). O município teve um crescimento desordenado e intenso e sua infraestrutura não acompanhou esse crescimento, que se deu às custas, basicamente, de população de baixo poder aquisitivo. A cidade possuía um PIB per capita baixo, de 16.408,34 reais em 2017, estando em 85º lugar no estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Gonçalo passou de 0,641 em 2000 para 0,739 em 2010 (último ano analisado), com uma taxa de crescimento de 15,29%.

No município de São Gonçalo, a porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos teve queda significativa nos últimos dez anos, saindo de 18,3%, em 2010, para 13,9% dos nascimentos em 2020, representando redução de 24% nesse período, conforme se observa na figura 2.

Figura 2: Porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes em relação ao total de nascimentos, anos 2010 a 2020, São Gonçalo, RJ.



Fonte: SES/RJ; Elaboração própria

Embora o município apresente elevados índices de violência infantil, este oferece à população poucas opções de políticas de atendimento endereçadas às crianças que sofrem violência. A escassez e a ineficiência de alguns serviços públicos fundamentais ao atendimento de pessoas com problemas de saúde e de vítimas de violência, bem como essenciais ao crescimento e desenvolvimento infantil, são manifestações da violência estrutural, que potencializam a ocorrência de várias outras formas de vitimização.

5.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Primeiramente, será exposto como foi feita a definição da amostra da coorte, e, posteriormente, será explicada a construção da amostra analisada especificamente nesta dissertação. Em 2005, foi realizado um plano amostral baseado no cadastro de escolas, turmas e número médio de alunos por turma da 1ª série, fornecido pela Secretaria de Educação do Município de São Gonçalo/RJ. Naquele ano, existiam 6.589 alunos matriculados no primeiro ano do ensino fundamental.

Realizou-se a seleção da amostra por conglomerado em três estágios de seleção: seleção aleatória das 25 escolas de um total de 54 existentes (proporcional ao tamanho), duas turmas de 2º ano foram sorteadas aleatoriamente em cada escola (naquele momento identificada como 1ª série) e os alunos passaram por sorteio aleatório com seleção de 10 alunos em cada turma). O recorte de alunos a partir da 1ª série (7 ou mais anos de idade) foi tomado devido alguns motivos, sendo um deles a maior facilidade de seguimento deste grupo, já que a Secretaria de Educação informa que os alunos do primeiro ano tendem a não mudar de escola até a 4ª série, além de residirem próximos ao estabelecimento de ensino. Outro motivo fundamental para a escolha de alunos do início do ensino fundamental foi a possibilidade de acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças desde a infância até o final da adolescência. Duas tentativas foram feitas para a ida da mãe/responsável à escola para a entrevista. Caso não comparecesse, ou o aluno tivesse saído da escola, uma nova entrevista era convocada, de acordo com sorteio prévio.

Com este desenho, obteve-se 500 alunos para integrarem o estudo longitudinal. Em caso da inviabilidade de encontrar o aluno sorteado, partia-se ao próximo da lista, de forma a totalizar 10 alunos por turma. Um por cento dos recrutados recusaram-se a participar do estudo. Houve substituição de 231 crianças da lista original (aproximadamente 35%), especialmente devido a problemas nos diários de classes, com muitas crianças que não mais estavam nas turmas ou escolas selecionadas, mostrando a fragilidade dos registros oficiais do município.

Também foram encontradas crianças afastadas da escola por doenças e falta do responsável nos dias agendados (após 3 tentativas). Foi aplicado um questionário multidimensional aos responsáveis pela criança, que foram, principalmente, as mães. Dimensionou-se a amostra de modo a obter o maior número possível de alunos amostrados, utilizando-se proporção de 50%, nível de confiança de 98,02% e erro relativo de 5%.

A expansão da amostra obtida em cada etapa do estudo foi utilizada nas publicações oriundas da pesquisa original, com a finalidade de possibilitar que uma amostra de alunos do 2º ano do município de São Gonçalo representasse toda a população do mesmo segmento. Para tal, foram calculados os pesos de cada aluno selecionado para o estudo, segundo a alocação em cada uma das unidades de amostragem - escola, turma e alunos (ASSIS, 2011; ASSIS, 2013).

Nas etapas iniciais da pesquisa, as mães foram as principais fontes de informação sobre as crianças. Outros parentes foram pouco comuns e a presença do pai como informante sobre a vida infantil foi fato raro ao longo do estudo. Os principais sujeitos estudados - as crianças - foram diretamente abordadas em 2005 por meio da aplicação de testes psicológicos e por questionário em 2008. Em 2012/2013, quando já eram adolescentes, foram também

entrevistados por meio de questionários. Na tabela 1, encontra-se o total de indivíduos investigados em cada etapa da investigação.

Tabela 1: Dados de composição da amostra dos escolares acompanhados longitudinalmente, São Gonçalo/RJ.

Etapas	2005		2006		2008		2012/2013	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pai e/ou mãe	500	100	472	94,4	447	89,4	-	
Crianças/adolescentes/ jovens	-		-		434	86,8	379	75,8

Nota: A tabela mostra os participantes que responderam aos questionários em cada ano.

Em 2005, todas as crianças e responsáveis foram encontradas em 25 escolas municipais de São Gonçalo. Com o crescimento das crianças, foi crescente o número de entrevistados em suas residências ou outros locais (shoppings, local de trabalho etc.), em função de abandono escolar, mudança de município, dentre outros fatores. Tal fato foi tão significativo que, na última fase de coleta, apenas 47% dos adolescentes foram localizados no espaço escolar.

O critério de inclusão para a amostra analisada nesta dissertação foi ter resposta para o questionamento no ano de 2012/2013 sobre ocorrência ou não de gravidez nas adolescentes do sexo feminino ou nas parceiras dos adolescentes do sexo masculino. Dessa forma, a amostra deste estudo conta com 361 adolescentes, com perda de 27,8% em relação à amostra inicial do estudo longitudinal. A redução do número de adolescentes avaliados no presente estudo se deve, em maior parte, às perdas de seguimento da coorte (n=121) e, alguns poucos (n=18), devido à ausência de resposta à pergunta sobre gravidez na adolescência.

O principal viés relacionado aos estudos de coorte é o viés de seleção. A coorte de São Gonçalo, como qualquer estudo longitudinal, está sujeita a apresentar viés de seleção por censura, que ocorre devido à perda de acompanhamento de alguns participantes ao longo dos anos. Um dos maiores problemas é que essa perda de seguimento não é aleatória e as características de quem permanece no estudo podem ser significativamente diferentes de quem o abandonou (DAVIES, CROMBIE, 2000). A análise do perfil das perdas foi realizada nas diferentes ondas e foi verificado que não houve diferenças significativas entre os participantes que permaneceram e os que deixaram o estudo, como pode ser visto nos relatórios de pesquisa (ASSIS et al., 2007; ASSIS et al., 2014).

Toda a informação obtida foi armazenada em um banco de dados no software Epidata 3.0 (LAURITSEN, BRUUS, 2002), que sofreu uma crítica rigorosa durante todo o processamento dos dados, nas diferentes etapas de seguimento: codificação, digitação, correção

e análise. Os questionários foram digitados através de máscaras de entrada de dados no mesmo software. Em 2008 e 2012/2013, os questionários foram digitalizados por meio do programa *Scandall 21*, com o *scanner* marca FUJITFU, modelo FI6130 e software com leitor OCR.

Na fase de crítica aos dados processados, foi feita amostra aleatória simples (acima de 10% dos questionários), buscando encontrar erros de codificação e digitação. Também se realizou crítica de consistência de dados, por meio de programação no software SPSS versão 16, com cruzamento de questões, a fim de encontrar inconsistências entre as respostas. (ASSIS et al., 2007; ASSIS et al., 2014) Para a análise de dados desta dissertação, foi utilizado o *software* livre R versão 4.0.5 (R, 2021).

5.3 INSTRUMENTOS

São descritas, a seguir, as variáveis utilizadas nesta dissertação, que foram oriundas de dados coletados nas quatro ondas do estudo longitudinal. Referem-se a perguntas destacadas dos questionários respondidas pelas responsáveis (maioria mães), nos anos de 2005, 2006 e 2008, e pelos adolescentes em 2012/2013. Entre as variáveis explicativas selecionadas, utilizou-se quatro escalas: o Critério Brasil, a Escala Tática de Conflitos (*Conflict Tactics Scale - CTS-1*), *Self Reported Questionnaire - SRQ20* e Escala de Funcionamento Geral da Família (FGF).

O Critério Brasil foi adotado para classificar os estratos sociais, avaliando o real potencial de consumo familiar, estimado pelo nível educacional dos pais/responsáveis e do acúmulo de bens materiais da casa (ABEP, 2003; 2020). Ao longo do estudo, foram utilizados o Critério Brasil de 2003, 2008 e 2010 nos questionários. No quadro abaixo estão as estimativas segundo classes da renda mensal média bruta familiar, calculada a partir de dados de nove regiões metropolitanas brasileiras. Foi feito um comparativo do Critério Brasil do ano 2003, utilizado na primeira onda da coorte (2005), com o Critério Brasil atual de 2020. As classes econômicas analisadas na pesquisa foram agregadas, ficando divididas em duas categorias: A+B e C+D+E.

Quadro 1: Renda média familiar mensal - valor bruto em reais (2003 e 2020)

Classes	Valor em 2003	Valor em 2020
A1	7.793,00	22.716,99
A2	4.648,00	
B1	2.804,00	10.427,74
B2	1.669,00	5.449,60

C1	927,00	3.042,47
C2		1.805,91
D	424,00	813,56
E	207,00	

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa/ABEP
(<http://www.abep.org/>)

Para identificação do perfil socioeconômico dos jovens, além do estrato social, foram também incluídas as seguintes variáveis: a) religião (sim ou não); b) raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena); c) renda mensal per capita em reais (média e desvio padrão); d) escolaridade dos pais em sete níveis (não sabe ler nem escrever; 1º grau incompleto; 1º grau completo; 2º grau incompleto; 2º grau completo; Superior incompleto e Superior completo), que foi agregada para análise em “até 1º grau” e “2º grau ou mais”, e) ocupação dos pais (trabalhando ou desempregado).

As questões sobre gestação da mãe da criança/adolescente foram indagadas em 2005, abordando: 1) planejamento da gestação (sim ou não); 2) sentimentos da mãe durante a gestação, com opções de resposta: alegre, normal e triste; 3) como se desenrolou o período da gestação (tranquilo ou com desentendimentos e brigas); 4) realização de pré-natal (sim ou não); 4) uso de substâncias psicoativas durante a gestação (álcool, cigarro e outras drogas); 5) tipo de parto (normal ou cesárea); 6) criança nasceu com algum problema de saúde (sim ou não); 7) presença de prematuridade (sim ou não) e 8) aleitamento materno (sim ou não).

O Modelo McMaster de Funcionamento Familiar - *McMaster Family Assessment Device* (FAD) tem seis dimensões ou subescalas, cada uma com a seguinte distribuição de itens: um de resolução de problemas, quatro de comunicação, dois de funções, um de respostas afetivas, três de envolvimento afetivo e um de controle de comportamento. Além das seis dimensões citadas, foi criada pelos autores uma subescala de Funcionamento Geral da Família (FGF), de 12 itens, utilizada nesta dissertação, que avalia a saúde / patologia geral da família e está incluída no FAD. Para a elaboração da subescala FGF, foram selecionados todos os itens que se correlacionavam altamente com todas as seis dimensões na escala. (EPSTEIN, BALDWIN, BISHOP, 1983).

Nesta dissertação, foi utilizada a subescala FGF com doze perguntas, aplicada no ano de 2005. As opções de respostas utilizam a escala de resposta psicométrica de Likert e variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” (1 a 5 pontos), com valores maiores significando melhor funcionamento da família (LIKERT, 1932). A pontuação mínima da escala é 1 ponto e a máxima é 60 pontos. Não há padrão de corte proposto pelos autores da escala. Na

adaptação transcultural foi utilizado como ponto de corte a mediana (PIRES et al., 2016). O precário funcionamento familiar nesta dissertação foi definido pelas crianças cujos resultados estavam com pontuação abaixo ou igual a 45 pontos, ponto de corte definido pela mediana.

A FGF foi adaptada transculturalmente por Pires et al. (2016), seguindo os passos propostos por Herdman, Fox-Rushby, Badia, (1998), com base em dados também obtidos da coorte que analisamos neste estudo. O alfa de Cronbach variou de 0,79 a 0,81, indicando boa consistência interna do instrumento. Em 2016, foi realizada outra análise que trouxe estágios preliminares da adaptação transcultural com avaliação da consistência interna, com bom alfa de Cronbach de 0,91 (TRAEBERT et al. 2016). Uma das principais limitações da adaptação da escala é a não existência de ponto de corte definido para distinguir funcionamento familiar precário e saudável na população brasileira (PIRES, ASSIS, AVANCI, 2016). Outra limitação citada na literatura é relacionada à existência de poucos estudos em que a escala foi aplicada com adolescentes, pois a maioria dos estudos fez entrevistas com adultos (SHEK, 1999a).

O relacionamento familiar da criança com os outros membros foi avaliado através da seguinte indagação feita ao responsável: “no último ano, como foi o relacionamento da criança com cada membro familiar - pai, mãe e irmãos?”. As opções de resposta para esse questionamento foram: “bom”, “regular” e “ruim”, sendo considerado dados das quatro ondas na análise: 2005, 2006, 2008 e 2012/2013. A análise das respostas foi feita agregando “bom” versus “regular ou ruim”, considerando relacionamento “bom” quando presente em quatro anos e “regular ou ruim” se o item esteve presente como resposta em pelo menos um dos quatro anos. Assim, foi analisada a relação da criança com os familiares ao longo dos anos, com uma resposta indireta (pela mãe), nas três primeiras ondas, e pelo adolescente na última onda.

A estrutura familiar foi investigada nas quatro ondas da coorte por meio da seguinte pergunta: “Quem mora na mesma casa que a criança/adolescente?”, com as seguintes opções de resposta: “pai”, “mãe”, “padrasto”, “madrasta” e outros parentes ou moradores. Os itens de resposta desta pergunta foram agregados para análise inicial da seguinte forma: “mãe e pai”, “pai e madrasta ou mãe e padrasto”, “só com um dos pais” e “sem mãe e sem pai”. Posteriormente, foi agregado em duas possíveis respostas: “morar com pelo menos um dos pais nos quatro anos da pesquisa” em contraponto a “morar sem pai nem mãe em um dos quatro anos analisados”.

O uso de substâncias psicoativas pelos pais e crianças/adolescentes são variáveis que compõem o conhecimento do contexto familiar. Com relação às crianças, foi questionado em 2005, 2006 e 2008, se nos últimos seis meses apresentou os seguintes comportamentos (com resposta pelo responsável): fuma cigarro, masca fumo ou cheira rapé (tabaco) e se usa drogas

ou bebidas alcoólicas, com três possíveis itens de resposta: “item falso ou comportamento ausente”; “item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente”; “item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente.”. O uso de substâncias psicoativas pelo pai e/ou pela mãe no último ano da data da entrevista foi outra variável analisada nos anos de 2005, 2006 e 2008 e foi categorizada como ausência ou presença de pelo menos um dos seguintes comportamentos: consumo de bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficar de “porre”); utilização de algum remédio para acalmar ou para ajudar a dormir; uso de cigarro; uso de maconha, cocaína, “crack” ou pasta de coca.

A *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) foi utilizada na coorte para mensurar a existência de sofrimento psíquico ou distúrbios psiquiátricos menores nos responsáveis entrevistados (maioria mães) em 2006 e 2008. Esta escala foi desenvolvida por Harding e colaboradores em 1980. A escala utilizada no nosso estudo foi a versão adaptada transculturalmente, composta por 20 perguntas, com itens dicotômicos (sim ou não) e cada resposta positiva equivale a um ponto. O escore mínimo da escala é zero e o escore máximo é 20 pontos. A existência de sofrimento psíquico teve o seguinte ponto de corte: acima de 7 pontos para os homens e 8 pontos para as mulheres, pontos de corte que foram sugeridos pelo estudo de validação no Brasil, com sensibilidade de 86% e especificidade de 77% (MARI, WILLIAM, 1986). As seguintes questões a compõem: “tem dores de cabeça frequentemente?”; “tem falta de apetite?”; “dorme mal?”; “assusta-se com facilidade?”; “tem tremores na mão?”; “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou agitado(a)?”; “tem má digestão?”; “tem dificuldade de pensar com clareza?; “tem se sentido triste ultimamente?; “tem chorado mais do que de costume?”; “encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?”; “tem dificuldade para tomar decisões?”; “tem dificuldade no serviço (o trabalho é penoso e causa sofrimento)?”; “é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?; “tem perdido o interesse pelas coisas?”; “você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?; “tem tido a ideia de acabar com a vida?”; “tem sensações desagradáveis no estômago?”; “sente-se cansado o tempo todo?”; “você se cansa com facilidade?”. Para cálculo do escore da escala, fez-se o somatório de todos os itens. Nesta dissertação, foi considerada a presença de sofrimento psíquico na mãe quando o somatório da escala foi acima de 8 pontos. Abaixo desse corte, foi considerado ausente.

O SRQ é um instrumento que foi projetado para triagem de transtornos psiquiátricos na atenção primária. Foi derivado de quatro instrumentos desenvolvidos anteriormente para pesquisas psiquiátricas para uso no estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre morbidade na saúde mental em ambientes de cuidados primários em países em desenvolvimento, tendo a versão original 30 questões (HARDING et al 1980; MARI,

WILLIAM, 1986). A versão brasileira do SRQ conta com 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos e foi validada em 1986 por Mari & Williams, em pesquisa realizada em São Paulo. O SRQ-20 mostrou ser um instrumento de triagem viável para distúrbio psicoemocional na atenção primária à saúde (APS), tendo 83% de sensibilidade e 80% de especificidade. Para utilização em outros ambientes, foi realizado, em 2009, outro estudo com análise fatorial e de consistência interna, em que o questionário foi aplicado a trabalhadores urbanos ativos. Foi uma adaptação importante, pois SRQ-20, que havia sido validada com estudos apenas na atenção primária, passou a ser utilizada em vários outros ambientes (SANTOS, ARAÚJO, OLIVEIRA 2009).

A violência familiar foi avaliada nas quatro ondas através das seguintes variáveis: violência física severa sofrida e testemunhada pela criança/adolescente na família, violência sexual e desentendimentos entre irmãos. A violência física severa sofrida e testemunhada pela criança/adolescente na família foi avaliada através da escala CTS-1 (*Conflict Tactics Scale*) – Estática Tática de Conflitos (tradução), em que são analisados a capacidade de lidar com conflitos e avalia, dessa forma, a presença ou ausência de agressão na relação pais-criança/adolescente e a violência no casal. O desentendimento entre irmãos foi aferido através dos seguintes questionamentos: a criança e seus irmãos brigam muito entre si: “a ponto de se machucarem” ou “humilhando um ao outro”, com três itens de resposta: “muitas vezes”, “poucas vezes”, “nunca”. As respostas “muitas vezes” ou “poucas vezes” foram agrupadas e, quando a resposta foi positiva, foi considerado presente o desentendimento entre irmãos. Foram analisadas respostas dos quatro anos da coorte, sendo verificada a presença ou ausência em cada ano, com a seguinte agregação: “presente em pelo menos um ano” ou “ausente nos quatro anos”. A violência sexual foi uma pergunta específica, em que foi questionada se a criança ou adolescente foi vítima ou não deste tipo de agressão.

A violência física severa sofrida e testemunhada por criança/adolescente e vivenciada pelos pais foi avaliada na CTS-1, em que foi analisada a capacidade de lidar com conflitos. A escala avalia presença ou ausência de agressão na relação pais-criança/adolescente e a violência no casal. É um instrumento do tipo dimensional e multidimensional, desenvolvido no final da década de 70 em língua inglesa (STRAUS, 1979). Foi elaborado para avaliar estratégias utilizadas entre membros da família para resolução de conflitos e captar indiretamente a ocorrência de violência familiar. É composta por questões que abarcam três táticas para lidar com conflitos: Argumentação (Reasoning), que consiste no uso de discussão com uso de linguagem moderada e sensata; Agressão Verbal (Verbal Aggression), valendo-se do uso de insultos e ameaças com intenção de, simbolicamente, machucar e agredir o outro; e Agressão

Física (Violence), em que a força física explícita é usada. A violência física foi subdividida em duas subescalas, violência menor (k-m) e violência severa (n-s). A escala, no formato aplicado na pesquisa original, permite avaliar violência existente nas distintas relações familiares: marido sobre esposa e esposa sobre marido (criança como testemunha), pai sobre filho e mãe sobre filho (criança vítima direta).

Nesta dissertação é analisada a subescala violência física severa, composta pelas seis questões (n-s): “Chutou, mordeu ou deu murro nele(a) ou em você”; “Bateu ou tentou bater nele(a) ou em você com objetos”; “Espancou-o(a) ou você”; “Queimou-o(a), estrangulou ou sufocou-o ou você”; “Ameaçou-o(a) ou você com faca ou arma”; “Usou faca ou arma contra ele(a) ou você”. As opções de resposta para cada pergunta da CTS-1 foram: “algumas vezes reagiu assim (no último ano ou na vida)”; “muitas vezes reagiu desse modo (no último ano ou na vida)”; “já reagiu assim, mas não nos últimos doze meses” e “nunca reagiu dessa forma”. A pontuação da CTS-1 para violência física severa é utilizada nesta dissertação de forma dicotômica, presença ou ausência de violência. Na identificação da violência na coorte de São Gonçalo foram considerados com presença de violência física severa todos os relacionamentos que apresentaram pelo menos uma resposta positiva a alguma das perguntas.

A CTS-1 original em inglês tem sido investigada desde sua concepção e vários estudos apontam para uma baixa taxa de recusa; boa confiabilidade, principalmente para as escalas de violência física; e validade concorrente, de constructo e de conteúdo (STRAUS, 1979; STRAUS, GELLES, 1995). Para STRAUS, essa baixa taxa de recusa de resposta à CTS-1 se deve principalmente ao fato de o instrumento abordar o contexto de conflitos na família, que são reconhecidos como realidades comuns nesta unidade social, e a escala iniciar com itens que abordam táticas que as pessoas consideram como positivas, evoluindo para atitudes de agressões mais graves ao longo dos itens. A adaptação transcultural para a língua portuguesa no Brasil foi realizada por Hasselmann e Reichenheim (2003), seguindo o modelo de adaptação transcultural proposto por Herdman, Fox-Rushby, Badia, (1998), sendo constatada uma boa adequação semântica e boa consistência interna (α de Cronbach ficaram em torno de 0,70 para as escalas de agressão física e verbal) da adaptação da versão brasileira da CTS-1. O instrumento original e sua retradução apresentaram cerca de 68% dos itens com concordância completa. Com relação à equivalência de mensuração, observou-se que as estimativas de ponto do coeficiente kappa foram acima de 0,70, excetuando-se o kappa referente ao relacionamento marido-esposa. Na coorte com escolares de São Gonçalo constatou-se os seguintes alphas de Cronbach nas subescalas da CTS-1: 0,553 e 0,650 (violência severa da mãe e do pai, respectivamente).

5.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados será realizada através do modelo de regressão logística hierarquizado, com a inserção das variáveis em quatro níveis hierárquicos: dados socioeconômicos, dados sobre gestação da mãe da criança/adolescente, características familiares e violência familiar. A opção pela modelagem hierarquizada visa analisar os fatores relacionados à ocorrência de gravidez na adolescência, com discriminação dos blocos de variáveis para o ajuste do modelo. Utilizou-se o marco teórico organizado em níveis hierárquicos para construção de um modelo que permitisse ajuste para fatores de confusão. A modelagem hierarquizada se configura como uma alternativa em estudos epidemiológicos com grande número de covariáveis. Neste caso, como já mencionado, a seleção de variáveis de confusão ultrapassa o aspecto puramente estatístico, sendo a hierarquização das variáveis independentes estabelecida pelo marco teórico e a manutenção das variáveis na análise não se baseia puramente em associações estatísticas. Assim, pode-se realizar uma seleção das variáveis mais fortemente associada ao desfecho (VICTORIA, 1996). Devido à opção pelo modelo logístico hierarquizado, não foi possível manter o DAG da forma como foi concebido. Buscou-se, ao máximo, manter as variáveis do DAG, mas agregadas em níveis hierárquicos, não sendo mais considerada a variável violência familiar como variável explicativa única independente.

Figura 3. Estrutura hierárquica conceitual de fatores relacionados à ocorrência de gravidez na adolescência

Nível Distal	Condições Socioeconômicas
Nível Intermediário I	Dados sobre gestação da mãe da criança/adolescente
Nível Intermediário II	Características Familiares
Nível Proximal	Violência familiar
DESFECHO	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Fonte: Elaboração Própria

Foram selecionadas, inicialmente, 37 variáveis do banco de dados (listadas nos quadros 2, 3, 4, 5), seguindo critérios do modelo teórico (DAG). Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, evidenciando a frequência absoluta e relativa das variáveis explicativas. Posteriormente, cada variável explicativa foi analisada em modelo de regressão logístico simples, com o desfecho gravidez na adolescência, considerando-se nível de significância $\alpha \leq 20\%$ no teste dos coeficientes (teste de Wald) para ser selecionada para cada nível hierárquico. Por fim, as variáveis em cada nível hierárquico foram selecionadas, considerando-se nível de significância $\alpha \leq 5\%$ para compor o modelo logístico múltiplo final. Foram analisadas as razões de chance brutas de todas as variáveis selecionadas para cada nível hierárquico e as razões de chance ajustadas das variáveis que compuseram o modelo final, sendo considerado o intervalo de confiança (IC) de 95%. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com o desfecho: um grupo de adolescentes com histórico de gravidez (pessoal nas meninas ou da parceira entre meninos) e outro grupo de jovens sem história de gestação. Foi utilizado para avaliar a qualidade de ajuste do modelo final o critério Akaike (AIC), em que o valor mais baixo indica o melhor ajuste, mas não há valores de corte como referência.

No modelo hierarquizado, a análise dos dados ocorre em etapas, com início pelas variáveis distais e acréscimo posterior dos outros blocos superiores (VICTORA et al., 1997). Inicialmente, testou-se os efeitos das variáveis do nível distal no desfecho, analisando os efeitos de confusão das variáveis do mesmo nível. Posteriormente, testou-se o efeito das variáveis intermediárias no desfecho, ajustadas pelas covariáveis de mesmo nível e de nível distal. Por fim, estimou-se os efeitos das variáveis do nível proximal no desfecho, ajustadas pelas variáveis do mesmo nível e pelas de nível hierarquicamente anterior (distal e intermediário). Uma das limitações dos Modelos Lineares Generalizados (MLGs) é a exigência de que os erros sejam independentes, ou seja, as variáveis explicativas devem ser independentes. Isso significa que eles não são capazes de modelar bancos de dados com estruturas longitudinais (amostras medidas mais de uma vez ao longo do tempo). Dessa forma, ao utilizar neste estudo a modelagem por regressão logística, está sendo desconsiderado o fator tempo que tornaria dependentes as variáveis explicativas analisadas.

As variáveis selecionadas foram incluídas na modelagem em níveis hierarquizados (Figura 3) na seguinte forma: (1) Nível distal – socioeconômico: sexo, raça/cor, religião, classe social, renda familiar mensal per capita, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, trabalho da mãe, trabalho do pai (Quadro 2); (2) Nível intermediário I - dados sobre a gestação da mãe da criança/adolescente: planejamento da gestação, sentimentos da mãe durante a gestação, período da gestação, realização de pré-natal, tipo de parto, problema de saúde no nascimento da criança,

prematuridade, aleitamento materno, uso de álcool na gestação, uso de cigarro na gestação, uso de outras drogas na gestação (Quadro 3); (3) Nível intermediário II - características familiares: relacionamento da criança com mãe, pai e irmãos, estrutura familiar, saúde mental da mãe medida através do SRQ-20, funcionamento geral da família (Quadro 4) e (4) Nível proximal - violência familiar: violência física severa sofrida e testemunhada pela criança/adolescente, violência sexual, desentendimento entre irmãos (Quadro 5).

Quadro 2: Descrição das variáveis explicativas do nível distal: condições socioeconômicas

Variáveis explicativas	Tipo	Ano	Descrição das categorias
Sexo	Qualitativa nominal	2005	Masculino Feminino
Raça/cor	Qualitativa nominal	2005	Branca Parda Preta
Classe social	Qualitativa nominal	2005	A+B C+D+E
Renda familiar mensal per capita	Quantitativa contínua	2005	Valor em reais
Escolaridade da mãe	Qualitativa ordinal	2005	Até 1º grau 2º grau ou mais
Escolaridade do pai	Qualitativa ordinal	2005	Até 1º grau 2º grau ou mais
Religião	Qualitativa nominal	2012/2013	Sim Não
Ocupação da mãe	Qualitativa nominal	2005	Trabalhando Desempregada
Ocupação do pai	Qualitativa nominal	2005	Trabalhando Desempregado

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3: Descrição das variáveis explicativas do nível intermediário I: dados sobre gestação da mãe da criança/adolescente

Variáveis explicativas	Tipo	Ano	Descrição das categorias
Sentimentos da mãe durante a gestação	Qualitativa nominal	2005	Alegre Normal Triste
Período da gestação	Qualitativa nominal	2005	Tranquilo Desentendimentos e brigas
Planejamento da gestação	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Pré-natal	Qualitativa nominal	2005	Sim Não

Tipo de parto	Qualitativa nominal	2005	Normal Cesário
Problema no nascimento da criança	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Prematuridade	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Aleitamento materno	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Uso de álcool na gestação da mãe da criança	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Uso de cigarro na gestação da mãe da criança	Qualitativa nominal	2005	Sim Não
Uso de outras drogas na gestação	Qualitativa nominal	2005	Sim Não

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4: Descrição das variáveis explicativas do nível intermediário II: características familiares

Variáveis explicativas	Tipo	Ano	Descrição das categorias
Uso abusivo de álcool pela mãe no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Sim em um ou dois anos Não nos dois anos
Uso abusivo de álcool pelo pai no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Sim em um ou dois anos Não nos dois anos
Uso de cigarro pela mãe no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Sim em um ou dois anos Não nos dois anos
Uso de cigarro pelo pai no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Sim em um ou dois anos Não nos dois anos
Relacionamento da mãe com a criança	Qualitativa ordinal	2005 2006 2008 2012	Bom nos quatro anos Regular ou Ruim em pelo menos um ano
Relacionamento do pai com a criança	Qualitativa ordinal	2005 2006 2008 2012	Bom nos quatro anos Regular ou Ruim em pelo menos um ano
Relacionamento dos irmãos com a criança	Qualitativa ordinal	2005 2006 2008 2012	Bom nos quatro anos Regular ou Ruim em pelo menos um ano
Estrutura familiar*	Qualitativa nominal	2005 2012	Mora com pai e mãe Mora com pai e madrasta ou mãe e padrasto Mora com somente um dos pais Mora sem pai nem mãe
SRQ-20	Qualitativa nominal	2006 2008	Ausência de sofrimento psíquico Presença de sofrimento psíquico

Funcionamento Geral da Família	Qualitativa nominal	2005	Bom Precário
--------------------------------	---------------------	------	-----------------

*excluído da análise o ano 2008 por conta de dados faltantes

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5: Descrição das variáveis explicativas do nível violência familiar

Variáveis explicativas	Tipo	Ano	Descrição das categorias
Violência física severa da mãe contra criança no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006 2012	Ausente nos três anos Presente em pelo menos um ano
Violência física severa do pai contra criança no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006 2012	Ausente nos três anos Presente em pelo menos um ano
Violência física severa da mãe contra pai no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Ausente nos dois anos Presente em pelo menos um ano
Violência física severa do pai contra mãe no último ano	Qualitativa nominal	2005 2006	Ausente nos dois anos Presente em pelo menos um ano
Violência física severa da mãe contra criança na vida	Qualitativa nominal	2005	Ausente Presente
Violência física severa do pai contra criança na vida	Qualitativa nominal	2005	Ausente Presente
Desentendimentos entre irmãos	Qualitativa nominal	2005 2006 2008 2012	Sim em pelo menos um ano Não em todos os anos

Fonte: Elaboração própria

As variáveis que entraram no modelo foram incluídas seguindo os níveis hierarquizados, com a finalidade de diminuir a multicolinearidade entre elas, que ocorre quando o modelo inclui vários fatores correlacionados não apenas à sua variável de resposta, mas também uns aos outros (VICTORIA et al.,1997).

Devido ao uso de amostra complexa, toda a análise de dados incluiu o peso e plano amostral, a fim de corrigir as estimativas pontuais, de variância, testes estatísticos e intervalos de confiança. As análises foram realizadas no software livre R versão 4.0.5 (R, 2021) com utilização do comando svydesign do pacote survey.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca–ENSP/FIOCRUZ, com número do processo CAAE: 35314120.7.0000.5240, submetido em 17/07/2020 (ver Anexo). A direção das escolas, os responsáveis e adolescentes assinaram termo de Consentimento Livre e Esclarecido durante as fases de imersão no campo de pesquisa. Os projetos elaborados para as quatro ondas da coorte com escolares de São Gonçalo (2005, 2006, 2008, 2012/2013) foram também aprovados no comitê de ética da ENSP.

6 RESULTADOS

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Nesta análise descritiva inicial, foi utilizado o número total da amostra desta dissertação, de 361 indivíduos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Dentre os jovens entrevistados, 16 (4,4%) declararam história de gestação na adolescência, sendo 4 meninos (25%) e 12 meninas (75%).

A idade média das crianças em 2005 foi 8,2 anos ($dp=1,1$), com mediana 7,9 anos, tendo a idade mínima de 6,2 anos e a máxima de 13,6 anos. Em 2012/2013, a idade média encontrada foi 15,3 anos ($dp=1,2$), próxima à mediana (15 anos), com mínima de 13 anos e idade máxima de 21 anos. A idade média entre os jovens que já tinham engravidado foi 15,8 anos ($dp=1,8$).

Os estratos sociais mais pobres (C-D-E) foram preponderantes em 2005 e 2012, 94% e 85,4% das famílias, respectivamente. Mais da metade das mães (52,5%) estavam desempregadas em 2005. A maioria dos pais em 2005 estavam trabalhando (76,7%). Não foi questionado sobre a ocupação dos pais na quarta onda (2012/2013). A renda familiar per capita em 2005 teve média de 142 reais ($dp=107,40$) e mediana de 115 reais, com máximo de 733 reais e mínimo de 5 reais. Não há informação de renda per capita em 2012 para comparativo.

Com relação à raça/cor, não houve nenhuma criança classificada como amarela e indígena. Crianças com raça/cor parda tiveram maior frequência em 2005 e 2012/2013 correspondendo a 57,1% e 50,3% dos participantes respectivamente, seguida pela raça/cor branca com percentual de 32,2% e 30,2% e, por último, pela raça/cor preta, correspondendo a 10,6% e 19,5% respectivamente. Com relação à religião, a maioria dos adolescentes declararam não ter religião (55,6%) em 2012/2013.

A escolaridade da mãe da criança/adolescente foi investigada obtendo a seguinte porcentagem para as seis opções de resposta: 6,5% ($n=23$) sem alfabetização; 60,7% com 1º grau incompleto ($n=213$); 9,4% ($n=33$) com 1º grau completo; 10% ($n=35$) com 2º grau incompleto; 12,2% ($n=43$) com 2º grau completo e apenas 1% ($n=4$) com nível superior, incompleto ($n=1$) e superior completo ($n=3$). A escolaridade da mãe aumentou em 2012, em que 40,8% informaram ter 2º grau ou mais, o que em 2005 representava 23,4% das mães.

Com relação à escolaridade do pai da criança/adolescente em 2005, 5,5% não eram alfabetizados, 67,5% estudaram até 1º grau, 25,3% até 2º grau e 1,6% estava no ensino superior. Entre os adolescentes com histórico de gestação, quase todos os pais ($n=11$), em que a pergunta teve resposta, havia estudado até 1º grau. No ano de 2012, não houve alteração na escolaridade

do pai da criança/adolescente em comparação com 2005 e vários adolescentes não responderam a essa pergunta (n=205).

As variáveis abordadas em 2012/2013 sobre comportamento sexual dos adolescentes foram: idade que começou a namorar/ficar, quantidade de parceiros/parceiras com quem ficou/namorou, idade da primeira relação sexual e uso de preservativo. Dentre os jovens entrevistados, 326 (90,3%) já tinham ficado ou namorado e 47 (13%) responderam que nunca tinham tido relações afetivo-sexuais. A idade média da primeira vez que namorou ou ficou foi 12,57 anos, com mínimo de 7 anos e máximo de 18 anos.

Com relação ao sexo, a idade média do primeiro namoro/fica foi de 12,28 anos para homens e 12,88 anos para mulheres. Já a idade média em que teve a primeira relação sexual foi 14,14 anos, com idade mínima de 12 anos e máxima de 18 anos, tendo os homens idade média de 14,05 anos e mulheres 14,25 anos. Quanto ao uso de preservativos, houve quatro opções de resposta com o seguinte resultado: 45,7% sempre, 13% muitas vezes, 32,2% poucas vezes e 10,1% nunca. Dez adolescentes declararam já ter filhos vivos, maioria entre as mulheres (9 casos). Não há no questionário relato da idade da jovem no momento da gravidez.

O uso de substâncias psicoativas pelas crianças foi pouco relatado em 2005, 2006 e 2008 e o uso pelo adolescente relatado em 2012/2013 foi relevante para o uso abusivo de álcool e o restante das substâncias foram pouco citadas. O uso abusivo de álcool teve a seguinte porcentagem nas três opções de resposta: 3,9% muitas vezes, 23,4% poucas vezes e 72,7% nunca.

As variáveis selecionadas para o estudo estão descritas para cada um dos dezesseis adolescentes com resposta positiva para gravidez na adolescência nos Quadros 6, 7, 8. Dentre eles, as adolescentes de menor idade tinham 14 anos. Cinco adolescentes com histórico de gravidez saíram do modelo múltiplo final, devido dados faltantes em algumas variáveis, sendo identificados com os seguintes números: (7), (8), (10), (14) e (15). Seus dados estão em itálico nos quadros citados.

Quadro 6. Dados gerais relacionados aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ.

Identificação idade e sexo adolescente 2012/2013	Raça/cor, Classe social, Religião*	Escolaridade e ocupação da mãe do adolescente*	Escolaridade e ocupação pai do adolescente*	Informações sobre gestação da mãe do adolescente*	Uso de substâncias psicoativas pela mãe na gestação do adolescente*	Estrutura familiar (2005 e 2012); Funcionamento da família*	Relacionamento com familiares (mãe, pai e irmãos)** SRQ-20 da mãe***
(1) Masculino 17 anos	Branco, estrato social D,	1º grau, empregada	1º grau, empregado	Não planejada, sentiu-se triste,	Não fez uso	Mora com pai e mãe/Mora só com mãe,	Ruim com mãe, Regular com pai e irmãos;

	sem religião			período com brigas, fez pré-natal		Funcionamento precário	Com problemas de saúde mental
(2) Feminino 19 anos	Parda, estrato social C, possui religião	1º grau, empregada	-, -	Não planejada, sentiu-se triste, período tranquilo, fez pré-natal	Fez uso de álcool e cigarro	Mora só com mãe/Mora sem pai e mãe, Funcionamento bom	Boa com mãe, pai, Regular irmãos; Sem problemas de saúde mental
(3) Feminino 15 anos	Branca, estrato social D, sem religião	Não alfabetizada, empregada	1º grau, desempregado	Não planejada, -, período com brigas, fez pré-natal	Não fez uso	Mora sem pai e mãe nos dois anos, Funcionamento bom	Boa com mãe e irmãos, ruim com pai; Sem problemas de saúde mental
(4) Feminino 14 anos	Branca, estrato social B, sem religião	2º grau, empregada	1º grau, empregado	Não planejada, sentiu-se alegre, período com brigas, fez pré-natal	Fez uso de cigarro	Mora com pai e mãe nos dois anos, Funcionamento bom	Boa com mãe, pai e irmãos; Sem problemas de saúde mental
(5) Feminino 14 anos	Branca, estrato social C, possui religião	Ensino Superior, empregada	1º grau, empregado	Planejada, sentiu-se triste, período com brigas, fez pré-natal	Fez uso de drogas ilícitas	Mora só com mãe/Mora sem pai e mãe, Funcionamento bom	Boa com mãe, Regular com pai e irmãos, Sem problemas de saúde mental
(6) Feminino 15 anos	Branca, estrato social D, sem religião	1º grau, desempregada	1º grau, desempregado	Não planejada, sentiu-se triste, período tranquilo, fez pré-natal	Fez uso de cigarro	Mora com pai e mãe/Mora sem pai e mãe, Funcionamento precário	Regular com mãe, pai e irmãos, Com problemas de saúde mental
(7) Feminino 19 anos	Preta, estrato social D, sem religião	1º grau, desempregada	1º grau, desempregado	Não planejada, sentiu-se triste, período com brigas, não fez pré-natal	Fez uso de álcool e cigarro	Mora só com mãe/-, Funcionamento bom	Ruim com mãe, regular com pai, Boa com irmãos; Com problemas de saúde mental
(8) Masculino 17 anos	Pardo, -, sem religião	-, empregada	2º grau, desempregado	Não planejada, -, período com brigas, -	-	Mora com mãe e padrasto, Mora com pai e mãe, Funcionamento precário	Ruim com mãe e irmãos, regular com pai, Com problemas de saúde mental
(9) Masculino 15 anos				Não planejada,		Mora com pai e	Boa com mãe, pai e

	Pardo, estrato social C, -	2º grau, desempregada	1º grau, empregado	sentiu-se normal, período tranquilo, fez pré-natal	Não fez uso	mãe nos dois anos, Funcionamento bom	irmãos; Sem problemas de saúde mental
(10) Masculino 16 anos	Preta, -, sem religião	1º grau, empregada	-, -	Planejada, sentiu-se alegre, período tranquilo, fez pré-natal	Fez uso de álcool e cigarro	Mora só com mãe/-, Funcionamento bom	Ruim com mãe e irmãos, regular com pai; Com problemas de saúde mental
(11) Feminino 15 anos	Parda, -, sem religião	2º grau, empregada	1º grau, empregado	Não planejada, sentiu-se alegre, período tranquilo, fez pré-natal	Fez uso de cigarro	Mora com pai e mãe/Mora só com mãe, Funcionamento bom	Regular com mãe, pai e irmãos; Sem problemas de saúde mental
(12) Feminino 15 anos	Branca, estrato social C, possui religião	1º grau, desempregada	1º grau, empregado	Não planejada, sentiu-se normal, período tranquilo, fez pré-natal	Não fez uso	Mora com pai e mãe/Mora sem pai e mãe, Funcionamento precário	Boa com mãe, pai e irmãos; Com problemas de saúde mental
(13) Feminino 19 anos	Branca, estrato social C, sem religião	1º grau, desempregada	1º grau empregado	Não planejada, sentiu-se triste, período com brigas, fez pré-natal	Não fez uso	Mora com mãe e padrasto, Mora sem pai e mãe, Funcionamento precário	Boa com mãe, pai e irmãos; Com problemas de saúde mental
(14) Feminino 15 anos	Parda, estrato social D, sem religião	1º grau, desempregada	-, -	-, -, -	-	Mora sem pai e mãe nos dois anos, Funcionamento precário	Boa com mãe e pai, regular com irmãos; Com problemas de saúde mental
(15) Feminino 17 anos	-, estrato social C, possui religião	1º grau, desempregada	1º grau, desempregado	Não planejada, -, período com brigas, -	Fez uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas	Mora sem pai e mãe nos dois anos, Funcionamento precário	Boa com mãe, pai e irmãos; Com problemas de saúde mental
(16) Feminino 15 anos	Parda, estrato social C, sem religião	1º grau, desempregada	Ensino superior, empregado	Não planejada, sentiu-se triste, -, fez pré-natal	Não fez uso	Mora só com mãe nos dois anos, Funcionamento precário	Boa com mãe, pai e irmãos, Com problemas de saúde mental

*dados de 2005 **presente: em duas ondas ou mais ***presente: em uma ou duas ondas

Nota: Adolescentes que saíram no modelo final estão *em itálico*

Dentre os 16 adolescentes com história de gravidez, 11 adolescentes tinham informação sobre os sentimentos da mãe durante a gestação da criança/adolescente, predominando o sentimento de tristeza. Dentre os cinco adolescentes que saíram do modelo final (apresentados

mais à frente), três não tinham informação sobre sentimentos da mãe. O período da gestação da mãe do adolescente com brigas prevaleceu também entre esses adolescentes com histórico de gravidez (8 casos). A grande maioria das gestações foram não planejadas, com somente dois relatos de planejamento. Quase todas as adolescentes fizeram pré-natal, com relato de somente uma que não realizou.

O Funcionamento familiar precário foi encontrado em oito casos (50%) dentre os adolescentes com história de gravidez. Em 2012/2013, 50% moravam sem pai nem mãe. Dentre os dezesseis jovens, nove mães apresentaram pontuação na SRQ-20 que sugere problemas de saúde mental. Todos estes jovens que apresentaram funcionamento familiar precário tiveram relato de mãe com problema de saúde mental. Com relação ao relacionamento com os familiares, o melhor relacionamento foi com a mãe, que foi declarado como bom em dez casos, em situações em que mora ou não com a mãe. Já a relação com pai e irmãos mostrou-se mais conturbada, em que metade dos dezesseis jovens relatou relacionamento regular ou ruim com esses parentes.

Quadro 7. Dados sobre violência familiar relacionados aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ.

Identificação, idade e sexo adolescente 2012/2013	Violência física severa da mãe contra criança no último ano*	Violência física severa do pai contra criança no último ano*	Violência física severa da mãe contra pai no último ano*	Violência física severa do pai contra mãe no último ano*	Violência física severa da mãe contra criança na vida**	Violência física severa do pai contra criança na vida**	Desentendimentos entre irmãos*	Violência sexual*
(1) Masculino 17 anos	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
(2) Feminino 19 anos	Ausente	-	-	-	-	Presente	Presente	Ausente
(3) Feminino 15 anos	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	-	Ausente
(4) Feminino 14 anos	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
(5) Feminino 14 anos	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Ausente
(6) Feminino 15 anos	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
(7) <i>Feminino 19 anos</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	-	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>
(8) <i>Masculino 17 anos</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	-	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>
(9) Masculino 15 anos	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente

(10) Masculino 16 anos	<i>Ausente</i>	-	-	-	<i>Presente</i>	-	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>
(11) Feminino 15 anos	Presente	Presente	Presente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente
(12) Feminino 15 anos	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente
(13) Feminino 19 anos	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
(14) Feminino 15 anos	<i>Ausente</i>	-	-	-	<i>Ausente</i>	-	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>
(15) Feminino 17 anos	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Ausente</i>
(16) Feminino 15 anos	Ausente	Ausente	Ausente	-	Presente	Ausente	Ausente	Ausente

*presente: em duas ondas ou mais **2005

Nota: Adolescentes que saíram no modelo final estão *em itálico*

Violência do pai contra a mãe foi ausente entre todos os adolescentes com resposta para essa pergunta. Foi negada a ocorrência de violência sexual em 2005, 2006, 2012/2013 entre os jovens com histórico de gestação, somente presente em um relato no ano de 2008. A violência física severa da mãe contra criança/adolescente no último ano (em relação ao ano da entrevista) e na vida foi mais frequente do que a violência do pai contra criança/adolescente. Metade desses adolescentes sofreu este tipo de violência da mãe no último ano analisado e a maioria (11 casos) sofreu violência física severa da mãe na vida quando crianças, sendo, dessa forma, esta violência de presença considerável na infância desses jovens. Outra situação frequente que foi relatada entre estes jovens foi o desentendimento entre irmãos, com 11 casos.

Quadro 8. Dados sobre comportamento sexual relacionados aos 16 adolescentes com história de gravidez na adolescência da coorte de São Gonçalo, RJ. 2012/2013.

Identificação, idade e sexo do adolescente 2012/2013	Idade em que começou a ficar/namorar	Idade da primeira relação sexual	Uso preservativo nas relações sexuais	Tem filhos
(1) Masculino 17 anos	13 anos	-	Muitas vezes	Não
(2) Feminino 19 anos	14 anos	14 anos	Nunca	Sim
(3) Feminino 15 anos	14 anos	14 anos	Sempre	Sim
(4) Feminino 14 anos	10 anos	12 anos	Poucas vezes	Não
(5) Feminino 14 anos	12 anos	14 anos	Poucas vezes	Sim
(6) Feminino	12 anos	14 anos	Poucas vezes	Sim

15 anos				
(7) Feminino 19 anos	<i>12 anos</i>	<i>12 anos</i>	<i>Nunca</i>	<i>Sim</i>
(8) Masculino 17 anos	<i>15 anos</i>	<i>15 anos</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Sim</i>
(9) Masculino 15 anos	14 anos	14 anos	Poucas vezes	Não
(10) Masculino 16 anos	<i>9 anos</i>	<i>12 anos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Não</i>
(11) Feminino 15 anos	13 anos	13 anos	Sempre	Sim
(12) Feminino 15 anos	14 anos	14 anos	Poucas vezes	Sim
(13) Feminino 19 anos	10 anos	13 anos	Nunca	Sim
(14) Feminino 15 anos	<i>14 anos</i>	<i>14 anos</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Não</i>
(15) Feminino 17 anos	<i>11 anos</i>	<i>14 anos</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Sim</i>
(16) Feminino 15 anos	14 anos	15 anos	Nunca	Não

Nota: Adolescentes que saíram no modelo final estão *em itálico*

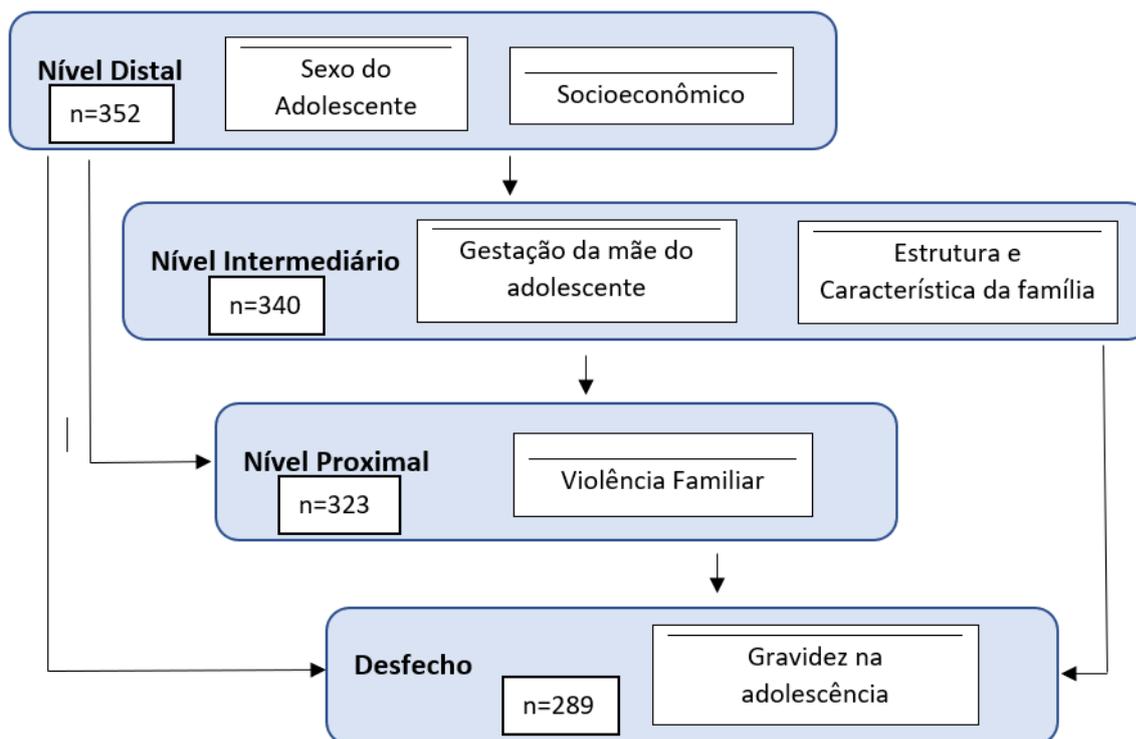
Metade dos dezesseis jovens tiveram a primeira relação sexual na mesma idade que começaram a ficar/namorar. Um adolescente começou a ficar/namorar ainda na infância, com 9 anos. A idade média em que começaram a ficar/namorar foi 12,56 anos. Cinco jovens tiveram sua primeira relação sexual com idade inferior a 14 anos. Com relação ao uso de métodos contraceptivos, vale ressaltar que quatro relataram nunca ter utilizado métodos, sendo todas do sexo feminino. Não há informações sobre idade da menarca.

6.2 MODELO LOGÍSTICO HIERARQUIZADO

Seguiu-se com a análise inferencial através do modelo de regressão logístico hierarquizado. O banco de dados utilizado para análise no primeiro nível (distal) foi de 352 jovens, pois houve perda de parte dos indivíduos da amostra inicial (n=361) devido a existirem dados faltantes em algumas variáveis. A descrição do modelo hierarquizado e o número de indivíduos em cada nível hierárquico é evidenciado na figura 4. A análise do modelo de

regressão simples de cada variável explicativa selecionou 17 variáveis, que foram inseridas nos modelos múltiplos por níveis hierarquizados, como é evidenciado em cada nível nas tabelas 2, 3, 4 e 5. As variáveis do modelo logístico múltiplo de cada nível hierárquico foram selecionadas para o modelo final considerando-se o nível de significância de 5%.

Figura 4. Modelo Hierárquico com banco de dados de cada nível.



As variáveis do perfil socioeconômico (nível distal) que apresentaram associação estatística significativa (para $\alpha \leq 20\%$) com o desfecho no modelo de regressão logística simples foram: sexo, raça/cor, religião, renda per capita e ocupação do pai, compondo o nível socioeconômico. Na Tabela 2, são apresentadas todas as variáveis do perfil socioeconômico com as frequências absolutas e relativas, o p-valor e razão de chance bruta (ORs) do modelo logístico simples de cada variável. Após análise do modelo logístico do nível distal, com as cinco variáveis selecionadas, restaram duas variáveis para o modelo final: sexo e raça.

Tabela 2. Distribuição dos fatores relacionados às condições socioeconômicas e sociodemográficas em 2005 da criança e sua família e razão de chances bruta para modelo do bloco, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013, São Gonçalo/RJ.

Variáveis	Gravidez na adolescência (n=361)		p- valor	Razões brutas (OR)**	Intervalo de Confiança (95%)
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Sexo (n=361)			0,148		
Feminino	12 (75)	167 (48,4)		3,21	0,64-16,08
Masculino	4 (25)	178 (51,6)		1,00	-
Raça/cor (n=357)			0,083		
Branco	8 (53,3)	107 (31,3)		1,00	-
Preto/pardo	7 (46,7)	235 (68,7)		0,40	0,14-1,13
Religião (n=354)			0,051		
Sim	11 (73,3)	153 (45,1)		1,00	-
Não	4 (26,7)	186 (54,9)		0,44	0,19-1,01
Classe Social (n=303)			0,200		
A+B	2 (16,7)	16 (5,5)		1,00	-
C+D+E	10 (83,3)	275 (94,5)		0,29	0,04-1,98
Renda média mensal per capita em reais* (n=357)			0,042		
	197,05 (201,40)	139,57 (111,18)		1,00	1,00-1,01
Escolaridade da mãe (n= 351)			0,762		
Até 1º grau	11(73,3)	258 (76,8)		0,83	0,26-2,79
2º grau ou mais	4 (26,7)	78 (23,2)		1,00	-
Escolaridade do pai (n=308)			0,344		
Até 1º grau	11(84,6)	214 (47,4)		2,08	0,43-9,92
2º grau ou mais	2 (15,4)	81 (52,6)		1,00	-
Ocupação da mãe (n=360)			0,863		
Trabalhando	8 (50)	163 (47,4)		1,00	-
Desempregada	8 (50)	181 (52,6)		0,90	0,27-3,00
Ocupação do pai (n=327)			0,197		
Trabalhando	8 (61,5)	243 (77,4)		1,00	-
Desempregado	5 (38,5)	71 (22,6)		2,14	0,65-7,02

* Média, desvio padrão e anova.

** Razões de chance brutas obtidas a partir da modelo simples de cada variável. p-valor e ORs significativas em **negrito**.

As variáveis relacionadas à gestação da mãe da criança/adolescente (nível hierárquico I) que apresentaram associação estatística significativa com o desfecho no modelo de regressão logística simples foram cinco: sentimentos da mãe durante a gestação, período da gestação e uso de álcool, cigarro e de outras drogas durante a gestação. Na Tabela 3, são apresentadas as variáveis relacionadas à gestação da mãe da criança/adolescente com as frequências absolutas e relativas e os respectivos p-valor e ORs brutas de cada variável. No nível intermediário I foi feita a análise do modelo logístico com as cinco variáveis selecionadas, juntamente com as três variáveis do nível anterior (distal), sendo selecionada para o modelo, desse nível, a variável uso de cigarro durante a gestação da mãe da criança/adolescente.

Tabela 3. Distribuição dos dados relacionados à gestação da mãe da criança coletados em 2005 segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/13 e razão de chances bruta do modelo do bloco. São Gonçalo, RJ.

Variáveis	Gravidez na adolescência (n=361)		p-valor	Razões brutas (OR)*	Intervalo de Confiança (95%)
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Planejada (n=351)			0,250		
Sim	2 (13,3)	93 (27,7)		1,00	-
Não	13 (86,7)	243 (72,3)		2,50	0,50-12,49
Sentimentos durante a gestação (n=298)			0,077		
Alegre	3 (25)	116 (40,6)			
Normal	2 (16,7)	86 (30,1)		1,00 ¹	
Triste	7 (58,3)	84 (29,4)		3,37	0,87-13,03
Período da gestação (n=347)			0,195		
Tranquilo	6 (42,9)	199 (59,8)		1,00	-
Desentendimentos e brigas	8 (57,1)	134 (40,2)		1,98	0,69-5,70
Pré-natal (n=342)			0,571		
Sim	12 (92,3)	315 (95,7)		1,00	-
Não	1 (7,7)	14 (4,3)		1,87	0,20-17,98
Parto (n=345)			0,995		
Normal	7 (46,7)	154 (46,7)		1,00	-
Cesárea	8 (53,3)	176 (53,3)		1,00	0,37-2,67
Algum problema na criança após nascimento (n=350)			-		
Sim	15 (100)	304 (90,8)		-	-
Não	0 (0)	31 (9,2)		-	-
Prematuridade (n=355)			0,562		
Sim	1 (7,1)	39 (11,4)		0,59	0,09-3,69
Não	13 (92,9)	302 (88,6)		1,00	-
Aleitamento materno (n=352)			0,492		
Sim	13 (86,7)	308 (91,4)		1,00	-
Não	2 (13,3)	29 (8,6)		0,61	0,14-2,63
Uso de drogas durante gestação					
Álcool (n=350)			0,053		
Sim	4 (61,5)	44 (13,1)		2,67	0,98-7,24
Não	10 (38,5)	292 (86,8)		1,00	
Cigarro (n=350)			<0,001		
Sim	7 (50)	66 (19,6)		4,09	2,08-8,06
Não	7 (50)	270 (80,4)		1,00	
Outras drogas (n=345)			0,006		
Sim	2 (14,3)	7 (2,1)		7,72	1,89-31,50
Não	12 (85,7)	324 (97,9)		1,00	

*Razões brutas calculadas em caso de p-valor<0,20 na análise de modelo simples. p-valor e ORs significativas em **negrito**.

¹agregado alegre e normal versus triste.

As variáveis relacionadas às características familiares (nível hierárquico II) que apresentaram associação estatística significativa com o desfecho no modelo de regressão

logística simples foram quatro: relacionamento com a mãe, estrutura familiar, uso abusivo de álcool e cigarro pela mãe da criança/adolescente (Tabela 4) e são apresentados as frequências absolutas e relativas e os respectivos p-valor e ORs brutas no modelo simples. No modelo logístico do nível intermediário II permaneceu para o modelo final a variável estrutura familiar.

Tabela 4. Distribuição dos dados relacionados à estrutura e características familiares segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013 e razão de chances bruta, São Gonçalo, RJ.

Variáveis	Gravidez na adolescência (n=361)		p-valor	Razões brutas (OR)*	Intervalo de Confiança (95%)
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Relacionamento com mãe (n=292)			0,008		
Bom em pelo menos 1 ano	4 (33,3)	179 (63,9)		1,00	
Regular ou Ruim em pelo menos 1 ano	8 (66,7)	101 (36,1)		3,54	1,42-8,85
Relacionamento com pai (n=231)			0,644		
Bom em pelo menos 1 ano	4 (57,1)	147 (65,6)		1,00	-
Regular ou Ruim em pelo menos 1 ano	3 (42,9)	77 (34,4)		1,43	0,28-6,65
Relacionamento com irmãos (n=266)			0,932		
Bom em pelo menos 1 ano	5 (41,7)	109 (42,9)		1,00	-
Regular ou Ruim em pelo menos 1 ano	7 (58,3)	145 (57,1)		1,05	0,33-3,64
Estrutura familiar (n=342)			<0,001		
Mora com mãe e/ou pai em um ou dois anos	6 (42,9)	302 (92,1)		1,00	-
Mora sem pai nem mãe em um ou dois anos	8 (57,1)	26 (7,1)		15,51¹	6,23-38,62
Funcionamento familiar (n=319)			0,836		
Bom	8 (50)	161 (53,1)		1,00	-
Precário	8 (50)	142 (46,9)		1,33	0,41-3,10
SRQ-20 (n=292)			0,219		
Sem sofrimento psíquico	4 (30,8)	133 (47,7)		1,00	-
Com sofrimento psíquico	9 (69,2)	146 (52,3)		2,05	0,63-6,68
Uso abusivo de álcool pela mãe da criança no último ano 2005 e 2006			<0,001		
Sim em um ou dois anos	7 (43,8)	48 (14,7)		4,53	2,13-9,61
Não nos dois anos	9 (56,2)	279 (85,3)		1,00	-
Uso abusivo de álcool pelo pai da criança no último ano 2005 e 2006 (n=279)			0,647		
Sim em um ou dois anos	3 (30)	97 (36,1)		0,76	0,23-2,56
Não nos dois anos	7 (70)	172 (63,9)		1,00	-
Uso abusivo de cigarro pela mãe da criança no último ano 2005 e 2006 (n=341)			0,062		
Sim em um ou dois anos	9 (56,2)	104 (32)		2,73	0,94-7,94
Não nos dois anos	7 (43,8)	221 (68)		1,00	-
Uso abusivo de cigarro pelo pai da criança no último ano 2005 e 2006 (n=284)			0,616		
Sim em um ou dois anos	4 (40)	92 (33,6)		1,32	0,43-4,03
Não nos dois anos	6 (60)	182 (66,4)		1,00	-

*Razões brutas calculadas em caso de p-valor<0,20 na análise de modelo simples. p-valor e ORs significativas em **negrito**.

¹agregado sem pai e mãe em 1 ou mais anos.

As variáveis relacionadas à violência familiar (nível proximal) que apresentaram associação estatística significativa com gravidez na adolescência no modelo de regressão logística simples foram: violência física severa do pai contra criança/adolescente no último ano, violência física severa da mãe contra criança na vida, violência física severa do pai contra criança na vida. Na Tabela 5, estão evidenciados os dados sobre violência familiar, segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência, com as frequências absolutas e relativas e os respectivos p-valor e ORs brutas do modelo de regressão simples. A análise do modelo logístico do nível proximal foi feita com as três variáveis selecionadas previamente juntamente com as variáveis dos níveis anteriores. Após esta análise, permaneceu a variável violência do pai contra a criança na vida para o modelo final.

Tabela 5. Distribuição dos dados relacionados à violência familiar nas quatro ondas segundo ausência ou presença de gravidez na adolescência no ano 2012/2013 e razão de chances bruta. São Gonçalo, RJ.

Variáveis	Gravidez na adolescência (n=361)		p-valor	Razões brutas (OR)*	Intervalo de Confiança (95%)
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Violência física severa da mãe contra criança no último ano (n=307)			0,97		
Ausente	4 (28,6)	85 (29)		1,00	-
Presente em pelo menos 1 ano	10 (71,4)	208 (71)		1,02	0,34-3,06
Violência física severa do pai contra criança no último ano (n=221)			0,158		
Ausente	4 (50)	147 (69)		1,00	-
Presente em pelo menos 1 ano	4 (50)	66 (31)		2,22	0,72-6,87
Violência física severa da mãe contra pai no último ano (n=237)			0,600		
Ausente	7 (77,8)	195 (85,5)		1,00	-
Presente em pelo menos 1 ano	2 (22,2)	33 (14,5)		1,69	0,22-13,15
Violência física severa do pai contra mãe no último ano (n=236)			-		
Ausente	10 (100)	190 (84,1)		-	-
Presente em pelo menos 1 ano	0 (0)	36 (15,9)		-	-
Violência física severa da mãe contra criança na vida (n=355)			0,187		
Ausente	4 (26,7)	150 (44,1)		1,00	-
Presente	11 (73,7)	190 (55,9)		2,17	0,67-7,03
Violência física severa do pai contra criança na vida (n=320)			0,001		
Ausente	5 (41,7)	238 (77,3)		1,00	-
Presente	7 (58,3)	70 (22,7)		4,77	2,02-11,27
Desentendimentos entre irmãos (n=255)			0,614		
Sim em pelo menos 1 ano	10 (80)	214 (88,1)		0,67	0,13-3,35
Não em todos os anos	2 (20)	29 (11,9)		1,00	-

*Razões brutas calculadas em caso de p-valor<0,20 na análise do modelo simples. p-valor e ORs significativas em **negrito**.

O modelo logístico múltiplo final ficou com 5 variáveis com 289 indivíduos, com o número total de 11 adolescentes com relato de gestação (2 meninos e 9 meninas). No modelo final, praticamente todas as variáveis tiveram significância estatística ao nível de significância de 5% pelo teste de Wald. A variável raça/cor se manteve como um fator de proteção. Ser do sexo feminino, não morar com pai nem mãe e ter sofrido violência física severa do pai durante a vida tiveram suas chances aumentadas de associação com o desfecho, quando ajustadas pelas outras variáveis. Sexo do adolescente passou a ser significativa no modelo final ajustado. O uso de cigarro pela mãe da criança/adolescentes durante a gestação teve significância estatística na razão de chance bruta, mas perdeu significância após ajustes no modelo final (Tabela 6).

Tabela 6. Modelo hierarquizado com regressão logística binária múltipla com razões de chance brutas e ajustadas para o desfecho gravidez na adolescência em 2012/2013, São Gonçalo/RJ* (N=289)

Variáveis	Razões Brutas (OR)	IC** (95%)	Razões ajustadas (OR)	IC** (95%)	p-valor
Nível proximal: condições socioeconômicas					
Sexo					
Feminino	2,93	0,59 – 14,50	7,34	1,03 – 51,21	0,05
Masculino	1,00	-	1,00	-	
Raça/cor					
Branca	1,00	-	1,00	-	
Preta ou Parda	0,40	0,14 – 1,14	0,14	0,03 - 0,58	0,01
Nível intermediário I: gestação da mãe da criança/adolescente					
Uso de cigarro pela mãe da criança na gestação					
Sim	3,47	1,60-7,53	2,46	0,83-7,23	0,12
Não	1,00	-	1,00	-	
Nível intermediário II: características familiares					
Estrutura familiar					
Mora com mãe e/ou pai em pelo menos um dos anos	1,00	-	1,00		
Mora sem pai nem mãe em pelo menos um dos anos	13,42	5,23-34,47	16,28	4,64-57,08	<0,001
Nível distal: violência familiar					
Violência física severa do pai contra criança na vida					
Ausente	1,00		1,00		
Presente	4,06	1,45-11,36	6,68	1,73-25,76	0,01

Nota: $p < 0,05$ e ORs significativas em **negrito**.

*AIC = 70,85.

**IC (Intervalo de Confiança)

7 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o contexto e características relacionados à família dos adolescentes acompanhados pela coorte de São Gonçalo desde a segunda infância, comparando os adolescentes com e sem histórico de gravidez. Características e eventos familiares e algumas variáveis do perfil socioeconômico mostraram associação com a ocorrência de gravidez na adolescência.

O percentual de gestação na adolescência encontrado nesta coorte foi baixo (4,4%), quando comparado aos índices nacionais e do município de São Gonçalo (13,4%). Esse reduzido número foi uma limitação do estudo e dificultou as análises inferenciais.

Algumas explicações possíveis para esse baixo índice podem ser listadas. A perda de seguimento por censura, que foi de quase um quarto da amostra inicial (24,2%) e essas perdas podem incluir uma parte considerável de adolescentes com história positiva para gravidez. O abandono escolar pode estar associado a situações de vulnerabilidade social, o que também pode ter contribuído para redução do número de adolescentes na coorte. A média de idade dos adolescentes da investigação ter sido menor que 18 anos (média=15,3). A ausência de relato sobre aborto pode ter contribuído para redução do número de episódios de gravidez relatados. O questionário de 2012/2013 não teve pergunta específica sobre aborto e sua ocorrência não foi relatada por nenhum jovem entrevistado. Este evento esteve realmente ausente na coorte ou houve receio/medo de relatar este acontecimento?

Nesta dissertação, a princípio, intencionava-se avaliar comparativamente ambos os sexos com relação ao desfecho, com a criação de dois subgrupos de análise. No entanto, devido ao pequeno número de jovens com resposta positiva para gestação na adolescência (n=16) e às perdas de seguimento ao longo da coorte, tornou-se inviável este recorte e optamos por incluir a variável sexo como uma das covariáveis do nível condições socioeconômicas.

Houve uma queda considerável dos índices de gravidez na adolescência em São Gonçalo, atingindo uma porcentagem menor do que a média nacional. A cidade, apesar de ter um dos piores PIB per capita do estado do Rio de Janeiro, teve uma melhora no índice de desenvolvimento humano nos últimos anos (IBGE, 2010) e isso pode ter refletido na redução da incidência de gravidez na adolescência do município.

A variável sexo mostrou associação com o desfecho no modelo final, em que ser do sexo feminino teve 7,24 vezes as chances de engravidar na adolescência que o masculino. Essa maior presença da gravidez entre mulheres jovens é realidade corroborada pela literatura, em que os poucos estudos que analisam os dois gêneros mostram maior presença da gestação entre as

adolescentes (ABRAMO, 2004; DIAS, AQUINO, 2006). Pesquisa nacional sobre juventude realizada por Abramo (2004) mostrou que entre jovens de 15 a 24 anos, 22% deles declararam ter filhos, com diferença marcante entre homens e mulheres. Na faixa etária de 15 a 17 anos, a razão entre mulher e homem foi 8,2/1, na faixa 18 a 20 anos foi 4,4/1 e entre 21 e 25 foi 1,99/1.

Vale ressaltar que a maioria dos estudos sobre gestação nem chega a estudar o adolescente do sexo masculino e a gravidez de sua parceira. Não há dados estatísticos oficiais sobre paternidade adolescente, na medida em que os dados sobre nascimento no Brasil são coletados exclusivamente a partir de dados da mãe (BRASIL, 2017; DE MOURA, GOMES, 2014; PATIAS, 2014). Seguindo essa linha, verifica-se que a PeNSE 2015 não forneceu dados sobre envolvimento com gravidez dos adolescentes do sexo masculino. Dessa forma, a gravidez na adolescência se confunde na literatura com maternidade adolescente, pois muito se fala em gravidez, mas com foco quase que exclusivo nas mulheres adolescentes. (BRASIL, 2017)

É importante os homens serem vistos como aliados, atuais ou potenciais, com relação à gestação, sendo importante ações de educação em saúde que ajudem a desconstruir tabus e mitos, ajudando o homem jovem a compreender as mudanças às quais passam na adolescência e seu papel como cuidador. É fundamental melhorar o acolhimento desse pai adolescente nos serviços de saúde, superando a concepção do que o pai não tem condição igual à da mãe de cuidado do filho, ideia que reforça uma visão biologizante da maternidade, que, como já foi discutido, não é algo natural e, sim, construído socialmente (BRASIL, 2017).

Em relação à variável raça/cor, esta apresentou significância estatística no modelo final, no entanto, como fator de proteção (OR ajustada= 0,14) para a raça/cor preta ou parda, o que não condiz com os achados da literatura (BRASIL, 2010; BRASIL, 2019; VICTORIA et al, 2019). Como a coorte foi realizada entre jovens de escolas públicas, a população estudada era em grande parte de baixa renda, como podemos observar na divisão por classes (94,1% das classes C, D ou E) e de raça/cor preta ou parda (67,8%). O banco de dados do modelo final teve perdas de adolescentes que tinham engravidado na adolescência. Entre os jovens com resposta positiva para gestação, quinze tinham informação sobre raça/cor, mas cinco saíram da análise, sendo quatro identificados como preto ou pardo e um não tinha informação. Assim, a maioria dos jovens com história de gravidez na amostra do modelo final eram brancos, o que pode ter levado a esse resultado em que a variável aparece como fator de proteção. Nesse estudo, essa circunstância assume uma maior relevância, devido ao baixo número de adolescentes que relataram ocorrência de gravidez em suas trajetórias de vida.

O termo raça representa uma realidade social e há consenso na sua ineficácia como conceito biológico, do ponto de vista genético. Raça é uma categoria socialmente construída ao

longo da história, carregada de traços culturais, que permeia as relações sociais, práticas e crenças, determinando o status dos indivíduos na sociedade. A classificação racial no Brasil, feita pelo IBGE, sofreu algumas modificações ao longo dos anos, passando a utilizar raça ou cor na pergunta, sendo as cinco categorias atualmente utilizadas nas pesquisas, pela ordem em que figuram no questionário – branca, preta, amarela, parda e indígena – as quais também constam no Censo Demográfico 2010. Existe uma confusão em relação à categoria negra, pois tem sido comum a substituição da palavra preta por negra, pela preocupação com o preconceito, em que preta é cor, e negra é raça. Ao mesmo tempo, é prática de vários pesquisadores e dos movimentos sociais usar a categoria negra para identificar o agregado de pessoas que se autodenominam preta e parda. Estuda-se a possibilidade de inclusão da categoria negra na forma de classificação de raça do IBGE, mas que ainda não foi concretizada (IBGE, 2013). Dessa forma, neste estudo, optamos por agregar crianças/adolescentes identificados com a raça/cor preta e parda numa mesma categoria de análise.

Uma variável que é muito estudada quando se aborda gravidez na adolescência é a escolaridade da mãe. A baixa escolaridade da mãe tem sido associada à ocorrência de gravidez de seus filhos e filhas na adolescência (BRASIL, 2010; BRASIL, 2019; VICTORIA et al, 2019). Entretanto nesta dissertação, o nível de escolaridade da mãe não entrou no modelo final. Como há relação entre renda e escolaridade e a quase totalidade da amostra da coorte é de famílias de baixa renda, o nível de escolaridade dos pais, em geral, também se mostrou baixo. As mães dos adolescentes relataram ter estudado até 1º grau em 76,6% dos casos.

Uma limitação deste estudo foi a população ser majoritariamente de baixa renda, não permitindo a extrapolação dos resultados para a população em geral. A maioria dos estudos brasileiros que abordam a temática gravidez na adolescência nas últimas décadas foram realizados em camadas populares e poucos abordaram a classe média em contexto de comparação entre as duas classes sociais (HEILBORN et al., 2002; PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013). A pesquisa GRAVAD, realizada em três capitais brasileiras em 2003, é um exemplo de estudo que abordou classes populares e médias, em comparativo (HELBORN et al. 2006) e Chacham et al. é outro estudo mais recente que abordou autonomia, gravidez e essa diferenciação entre as classes sociais (CHACHAM, MAIA, CAMARGO, 2012).

As possíveis explicações para o foco do tema nas classes populares podem ser: maior frequência da gestação na adolescência entre as camadas sociais mais pobres e maior facilidade de coleta de dados nessa população, que é mais facilmente acessada em unidades públicas de saúde e escolas públicas. Enquanto o acesso às camadas médias tende a ser mais difícil para a realização de pesquisas, já que a intimidade é mais preservada e a gravidez na adolescência é

vista com mais preconceito pelos familiares e como um desvio de percurso que precisa ser escondido (HEILBORN et al., 2002; PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013). As representações sociais dos adolescentes e de suas famílias relativas à gravidez nessa fase da vida é distinta entre as classes sociais, com expectativas desiguais para o futuro desses jovens.

Com relação aos dados relacionados à gestação da mãe da criança/adolescente, a única variável que mostrou associação com o desfecho no modelo final foi uso de cigarro durante a gestação. Dificuldade em lidar com os conflitos e situações de estresse podem aumentar o consumo de cigarro e outras drogas. Assim, o relato de tristeza pela mãe na variável sentimentos durante a gestação pode ter relação com o maior consumo de cigarro nesse período. Em estudo sobre representações das gestantes no que diz respeito ao uso de cigarro, estas relataram uma sensação de alívio, diminuição do nervosismo e se sentiam mais calmas quando fumavam. Também sentiam o cigarro como uma companhia quando estavam sozinhas (POSSATO, PARADA, TONETE, 2007). O uso de álcool e outras drogas na gestação também foram variáveis selecionadas para o modelo hierárquico, mostrando o impacto que o uso de substâncias psicoativas durante a gestação pode apresentar nas escolhas e trajetórias dos filhos, pois o uso pode estar associado a outros problemas familiares e psíquicos.

A variável “sentimentos da mãe durante a gestação da criança/adolescente” entrou no modelo de seu nível hierárquico, mas não se manteve no modelo final. Apesar disso, é uma variável importante de ser analisada. O fato de a mãe apresentar sentimentos de tristeza durante a gestação aumentou 3,37 vezes as chances de haver gravidez na adolescência, se comparado às mães que tiveram sentimento de alegria ou normal durante a gravidez dos filhos na análise da razão de chance bruta. Dessa forma, um período gestacional conturbado, com fases de melancolia, pode trazer consequências para os filhos frutos dessas gestações (BRASIL, 2010).

A estrutura familiar apresentou maior associação com o desfecho gravidez na adolescência. Os jovens que fazem ou fizeram parte de uma família sem a presença do pai e da mãe tiveram 16,28 vezes as chances dos que moram ou moraram com pelo menos um dos pais, de engravidar na adolescência, em análise ajustada. Vale ressaltar que esse valor mais alto da OR pode ter surgido pelo baixo número de adolescentes com história de gravidez na amostra. A ausência dos pais evidencia muito sobre a forma como a família se organiza, tendo essa falta grande impacto na trajetória dos jovens, influenciando nas suas escolhas. Essa ausência dos pais no convívio familiar pode representar carência de recursos financeiros e de relações frágeis e instáveis e pode trazer, para o adolescente, o desejo de desenvolver a paternidade ou a maternidade em suas vidas e constituir sua própria família, talvez na busca de uma substituição de um vazio e busca de afeto (DIAS, TEIXEIRA, 2010; HOGA et al., 2010). As famílias

assumem novas configurações a partir das novas necessidades geradas no cotidiano pelas transformações ocorridas na sociedade ao longo dos anos. A família, mesmo sendo o meio em que se estabelecem os primeiros vínculos afetivos, também pode ser espaço de situações de violações de direitos, sendo importante o papel do Estado na garantia da proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes. “Compreender a família como única responsável pelo cuidado e proteção de suas crianças e adolescentes é desresponsabilizar o Estado e a sociedade civil diante de suas funções de proteção à família.” (DORNELES, 2018).

Em outro estudo, a variável não ter sido criada pela mãe biológica foi um fator de risco que alcançou nível de significância marginal ($p=0,07$) com gravidez na adolescência, em que foi considerado como um sinal indireto de problemas familiares, como separação do casal com abandono da criança pela mãe ou mesmo morte da mãe (CAPUTO, BORDIN, 2008). As redefinições na estrutura familiar, com mudanças nas relações conjugais e parentais, trazem diferentes interesses e tensões na interação familiar, que geram impactos na subjetividade dos sujeitos (BRANDÃO, 2006). Vale lembrar que, como a população estudada é de classe popular, a maternidade e paternidade na adolescência podem se apresentar como um elemento reorganizador da vida, de forma positiva (CASTRO, PEREIRA, 2016; HEILBORN, et al. 2002).

Com relação ao uso de substâncias psicoativas pelos pais (sem relação com o período gestacional), foi analisado, neste estudo, o uso de álcool e de cigarro e estas variáveis foram selecionadas para o modelo em seu nível hierárquico inicialmente, mas não tiveram significância estatística para se manter no modelo final. O uso nocivo e/ou a dependência de álcool e de outras drogas no contexto familiar funciona como um fator estressor e pode trazer importantes repercussões psicossociais para a família. Um estudo de Caputo e Bordin (2008) encontrou associação entre o uso de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio e a gravidez na adolescência, sendo importante realizar mais estudos sobre o tema.

O desentendimento entre irmãos (incluiu humilhações e machucados) foi relatado por quase 87,8% dos entrevistados em pelo menos um ano. Embora essa variável não tenha apresentado significância estatística com o desfecho, vale ressaltar que se mostrou uma situação muito frequente nas famílias entrevistadas. Dessa forma, desentendimentos entre irmãos, que é uma forma de violência, é um tipo de situação relevante e frequente dentro do ambiente familiar, aceita socialmente e ainda pouco estudada. Como já foi dito, a ocorrência de agressões e humilhações entre irmãos pode ser um reflexo da presença de outros tipos de violência na família e das particularidades das relações existentes (BRASIL, 2010; PINTO, ASSIS, 2013).

A presença de violência familiar foi investigada por meio da análise da violência física

severa sofrida e testemunhada ao longo da vida, na infância e adolescência. O adolescente que foi vítima de violência física severa na infância cometida pela figura paterna teve 6,68 vezes as chances de quem não sofreu violência de estar envolvida com gravidez na adolescência. A violência cometida pela figura paterna surge aqui como associada à gravidez adolescente, apesar de ser menos frequente do que a violência exercida pelas mães. A maioria dos adolescentes com histórico de gravidez (10 casos) não moravam com o pai em 2005 e, nos casos em que moravam, a violência do pai contra criança foi relatada em quatro casos. Dessa forma, o pai era uma figura provavelmente ausente na maior parte das moradias das crianças e quando estava presente houve relato de violência severa em quase todos os casos. Esse achado corrobora com alguns estudos que apontaram o pai como figura em que há um maior distanciamento na relação com os filhos e, principalmente, com as filhas, e maior presença de atitudes agressivas mais graves (PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013; GONÇALVES, 2012).

Na coorte, a violência física severa da mãe contra os filhos foi mais frequente tanto quando questionada em relação ao último ano, quanto na vida. Essa violência foi situação comum entre os adolescentes com ou sem histórico de gravidez, o que pode explicar o porquê desta variável não ter entrado no modelo hierárquico final. Como evidenciado na literatura e no sistema de notificação de agravos, as mães são as principais agressoras nas situações de violência intrafamiliar contra criança e adolescentes, principalmente em alguns tipos de violência: a psicológica e o castigo corporal, seguido pela negligência (NUNES, SALES, 2016). Dados do Dique 100 relacionados à violência contra criança e adolescente mostraram em 2019 que o principal tipo de violência sofrida foi a negligência (38%), seguida por violência psicológica (23%) e violência física (21%), tendo 52% ocorrido dentro da casa da vítima. A mãe foi a principal agressora (40% dos casos), seguida do pai (18%), mas vale ressaltar que no caso da negligência costuma haver uma responsabilização social da mãe em detrimento dos outros familiares (BRASIL, 2019). Em casos de negligência de crianças e adolescentes, as mães são quase que automaticamente responsabilizadas, isoladamente, pois é considerado “natural” na contemporaneidade que o cuidado dos filhos é atribuição da figura materna. Outra possível justificativa para a mãe ser a principal agressora no contexto familiar seria o fato de a mãe passar mais tempo com os filhos do que o pai e, em muitas famílias, não haver a presença paterna. Essa proximidade das mães com os filhos pode representar cuidado, mas também favorecer situações de violência (GABATZ et al., 2013; ROCHA, MORAES, 2011). A violência familiar contra crianças e adolescentes ainda tem aceitação pela sociedade por ser considerada como norma educativa dos filhos, o que traz consequências importantes para a saúde dos indivíduos envolvidos. (MARANHÃO, 2012; SULLCA, SCHIMER, 2006). Como

as mães são responsabilizadas pelo cuidado e educação dos filhos, essas agressões físicas e psicológicas na educação dos filhos tendem a ter mais frequentemente as mães como agressoras. A constatação dessa faceta da mãe como agressora questiona a imagem do amor materno incondicional, que é parte do mito do amor materno. O amor da mãe pelos filhos não é intrínseco às mulheres, sendo necessária a superação da ideia do suposto “instinto materno” bastante presente ainda no senso comum. O amor materno não é inato, assim como outros amores, é uma construção social, que pode se edificar com o tempo de convivência com os filhos (BADINTER, 1985).

Chamam a atenção os dados relacionados à violência entre o casal, que foram fornecidos majoritariamente pelas figuras femininas (mães dos adolescentes). A violência entre os pais teve frequência baixa e apresentou mais dados faltantes. Violência severa da mãe contra pai foi apontada em 14,8% dos casos, com três casos entre adolescentes com história de gestação. Já a violência severa do pai contra mãe esteve presente em 15,2% dos casos e não houve nenhum relato entre os jovens envolvidos com gravidez. Essa baixa frequência da violência no casal pode ser reflexo do receio ou medo de relatar esse tipo de violência e isso se configurar como uma exposição ou denúncia. A abordagem de temas como este não é tarefa fácil, podendo trazer desconforto para os entrevistados, pois traz à tona situações de um contexto íntimo e não revelado, o que pode se mostrar pior em entrevistas com questionários e muitas perguntas objetivas, em que, muitas vezes, não há tempo para desenvolver a complexidade desta vivência (BRASIL, 2002).

A violência sexual foi situação pouco relatada ao longo da coorte, não sendo, portanto, relevante para a ocorrência de gravidez na adolescência neste estudo. Com somente um relato de violência sexual entre os adolescentes com história de gravidez, pode-se concluir que as gestações, provavelmente, não foram resultado de abuso sexual. Entretanto, ressalta-se que pode ter havido receio por parte dos adolescentes de relatar a violência sexual e desconhecimento dos responsáveis que responderam os questionários de situações de abuso sexual sofridas pelas crianças.

O viés de informação também pode estar presente neste estudo. O principal viés de informação possivelmente presente neste trabalho está relacionado ao informante, que foi a responsável (mãe) pela criança/adolescente nas entrevistas das ondas 2005, 2006 e 2008. Para reduzir esse viés, as crianças foram também entrevistadas em 2006, sendo abordados alguns questionamentos complementares e os adolescentes foram diretamente entrevistados na última onda em 2012/2013. Dessa forma, a maior parte das informações relacionadas ao pai da criança/adolescente ou em relação à criança foram obtidas de uma fonte secundária. No caso

das informações relacionadas ao pai, também houve uma perda considerável de respostas, pois várias perguntas não foram respondidas aos longos das ondas.

A qualidade do relacionamento com familiares é também relacionada à gravidez na adolescência na literatura (DIAS, TEIXEIRA, 2010; PATIAS, GABRIEL, DIAS, 2013). Neste estudo, apesar das variáveis relacionamento com mãe, pai e irmãos não terem permanecido no modelo final, elas entraram no nível intermediário do modelo hierárquico, mostrando que existe alguma relevância relacionada a elas neste estudo.

Outra variável que influencia o relacionamento familiar é a saúde mental da mãe, que foi avaliada através da escala SRQ-20, que também entrou no nível hierárquico intermediário. Foi encontrado problema de saúde mental na maioria das mães dos adolescentes (62,5%) com histórico de gravidez. Foi observado na análise descritiva que todos os adolescentes com histórico de gestação que tiveram funcionamento familiar precário tinham mães com problema de saúde mental. Como já foi abordado no modelo teórico, a presença de transtornos mentais, particularmente relacionados à mãe, pode aumentar o risco de situações de violência familiar (ASSIS, AVANCI, 2009; KRUG et al, 2002). Entre os adolescentes com histórico de gestação, sete entre os dez casos com presença de problema de saúde mental na mãe do adolescente estudado também apresentaram presença de violência da mãe contra criança na vida e desentendimento entre irmãos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é tema relevante e complexo, que merece aprofundamento, tal qual se buscou nesta dissertação. A ampliação das políticas públicas voltadas para adolescência, considerando o protagonismo juvenil e a heterogeneidade dos percursos dos jovens, são fundamentais para a garantia de saúde e direitos sexuais dos adolescentes. A melhoria das condições de vida com redução da desigualdade social, aumento da escolarização com qualidade e a oportunidade de diferentes perspectivas de futuro para a juventude impactam na vivência e desenvolvimento deste grupo.

As mudanças na configuração da família trazem novas expectativas para os jovens e os gêneros masculino e feminino, que são diferentes entre as classes sociais, modificando a visão sobre uma gravidez na adolescência, que passou a ser considerada um problema social. Dessa forma, a estrutura familiar e as expectativas para os membros da família impactam na ocorrência de gravidez na adolescência e na forma como ela é assimilada, podendo ser vista de forma positiva ou negativa. As relações familiares, influenciadas pelas questões socioeconômicas e políticas estatais (ou a ausência delas), podem apresentar situações de instabilidade, que predispõem a ocorrência de violência familiar, realidade ainda recorrente nas famílias brasileiras e que tem relação com a presença de gravidez entre os adolescentes. A formação e educação dos jovens, portanto, não é responsabilidade exclusiva da família, é uma responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo, pois fruto das redes de interdependências, a família é também uma construção social e histórica, podendo ser lugar de proteção ou de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, é necessário que pesquisadores, gestores e profissionais de saúde aprofundem o conhecimento sobre a adolescência e seus direitos sexuais e reprodutivos, para que as políticas públicas possam ser melhoradas e implementadas efetivamente. Como já visualizado nesta dissertação, frente ao retrocesso institucional nas políticas públicas voltadas para gravidez na adolescência e gênero no cenário brasileiro atual, pode ocorrer o aprofundamento da visão negativa do exercício da sexualidade juvenil e, conseqüentemente, o maior afastamento do jovem dos serviços de saúde e menos debate sobre sexualidade nas escolas. Ressalta-se, ainda, que as questões de gênero estão intimamente ligadas ao exercício da maternidade e paternidade juvenil, sendo imperativo avançar na redução das assimetrias de gênero, que afetam e trazem desigualdade de oportunidades entre os jovens, sendo as mulheres ainda as mais responsabilizadas pela gravidez.

A importância da discussão da redução dos índices de gravidez na adolescência, principalmente ligados a situações de vulnerabilidade social, não pode desconsiderar as trajetórias dos jovens que escolhem engravidar nessa fase da vida, devendo ser garantido respeito a essa escolha e atenção integral à saúde do adolescente nos serviços de saúde, com garantia de acessibilidade, evitando atitudes estigmatizantes.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W. et al. (Eds.). *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo, SP: Instituto Cidadania; Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- ALMEIDA, M.G.B. (Org.). *A violência na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- ANDA, R. F. et al. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, v. 107, n. 2, p. E19, fev. 2001.
- AQUINO, E.M.L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup 2, p. S377-S388, 2003.
- ARAÚJO, A.B. Notas sobre o conflito Georg Simmel e Norbert Elias. *Revista três pontos*, v. 7, n. 1, 2010.
- ARAÚJO, N.B.; MANDÚ, E.N.T. Social Construction of Meanings About Pregnancy-Motherhood Among Adolescents. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 24, n. 4, p. 1139-1147, 2015.
- ARIES, P. *História social da criança e da família*. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. [Reimpr]. Rio de Janeiro: LTC, 2018.
- ASSIS, S. G. et al. Family, school and community violence and problem behavior in childhood: Results from a longitudinal study in Brazil. *Pediatrics Today*, v.9, p.36 - , 2013.
- ASSIS, S. G. et al. *Saúde mental de crianças e adolescentes e violência: o período da adolescência num estudo longitudinal com escolares [Relatório de pesquisa]*. Claves/CNPq, 2014.
- ASSIS, S. G. et al. Socioeconomic development, family income, and psychosocial risk factors: a study of families with children in public elementary school. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, p.s209 - s221, 2011.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.
- ASSIS, S. G. et al. *A violência familiar produzindo reversos*. Problemas de comportamento em crianças escolares [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves/CNPq, 2007.
- ASSIS, S. G; AVANCI, J.Q; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva: revisitando 25 anos de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 12, 2020.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 349–361, abr. 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). *Critério Brasil 2003*. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2000 – IBOPE. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- _____. *Critério Brasil 2020*. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- BADINTER E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 370 p.
- BARBIANI, R. et al. Atenção à saúde de adolescentes no Brasil: Scoaping review. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v.18, n.3, p.1-26. 2020.

BELLIS, M.A. et al. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Med*, p. 12-72, 2014.

BESSA, Bráulio. *Recomece*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Sextante; 2018. 80 p.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M.L. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRANDÃO E.R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, M.L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF, 2011.

_____. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 março. 2021.

_____. Instituto dos Direitos da Criança – INDICA em projeto executado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF e o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. *Gravidez na Adolescência no Brasil: vozes de Meninas e de Especialistas*. Brasília – DF, 2017.

_____. Lei nº 12.015 de 7 de agosto de 2009. *Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual*. Disponível em: < <http://planalto.gov.br> >. Acesso em: 25 julho. 2021.

_____. 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>. Acesso em: maio, 2021.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

_____. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Claves, 2010a. 29p.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. *Disque Direitos Humanos (Disque 100): Relatório 2019*. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Programa Saúde do Adolescente*. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar*. V. 2. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico 27*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. V. 49.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. SINASC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CABRAL, C. S.; BRANDÃO, E. R. *Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8. 2020.

CALAZANS, G. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para reflexão. In: ABRAMO, H.H.; BRANCO, P.P.M. (Org.). *Retratos da juventude brasileira: Análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Cidadania, 2005.

CALLIGARIS, C. *A adolescência*. São Paulo, SP: Publifolha, 2000.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMARGO, N. F. et al. Adolescentes grávidas vítimas de violência: um desafio a ser enfrentado na Atenção Básica. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, v. 17, n. 2, p. 29–36, 2017.

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I.A.F.. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. *Revista de Saúde Pública*, 2008, v. 42, n. 3, p. 402-410, 2008.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVACHO, I.E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 886-94, 2008.

CASTRO, A.S.V.P; PEREIRA, B.S. Representação social de adolescentes frente à gravidez. *Revista Psique*. v. 1, n. 1, p. 86-101, Jan/Jul.2016.

CHACHAM, A.S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 29, n. 2, p. 389–407, dez. 2012.

COELHO, S.V. Abordagens psicossociais da família. In: AUN, J.G.; VASCONCELLOS, M.J.E.; COELHO, S.V. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. 2. ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa, 2006. p. 143 – 233.

COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Eds.). *Dicionário crítico de gênero*. 2. ed. Dourados: UFGD Editora, 2019.

COSTA, T. J.N.M., HEILBORN, M.L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. *Revista*

- APS, v.9, n.1, p. 29-38, jan./jun. 2006.
- DAY, V.P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, suppl 1, pp. 9-21, 2003.
- DAVIES, H.T.; CROMBIE, I.K. Bias in cohort studies. *Hosp Med*. v. 61, n. 2, p. 133-5, Fev. 2000.
- DESLANDES, S.F. Prevenir e proteger: análise de um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ ENSP/CLAVES/OPS. Relatório final de pesquisa. 1994.
- DE MOURA, L.N.B.; GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2014.
- 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, 2006.
- 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. 2010.
- DORNELES, A. Família, conservadorismo e questão social: suas expressões na contemporaneidade. *Anais do encontro Internacional e Nacional de Política Social*. v. 1, n. 1, 2018.
- DUARTE, M.Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 9, p. 3401-3411.
- ELIAS, N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Tradução de Ruy Jungmann. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- ELIAS, N., SCOTSON, J. L. *Os Estabelecidos e os Outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- EPSTEIN, N.B.; BALDWIN, L.M.; BISHOP, D.S. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*. v.2, n.9, p. 171-80, 1983.
- ESTRADA, L. F. et al. Factors associated with desire pregnancy among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. *BJOG*, v. 125, n. 1, p. 1330-1336, 2018.
- EWERTON, M.L.A. Family structure and pregnancy in adolescence: an approach systemic. 2010. 114 f. Dissertação (Mestrado em saúde da mulher e saúde materno-infantil) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2010.
- FERRARI, W.; PERES, S.; NASCIMENTO, M. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2937-2950, 2018.
- FERREIRA, R.A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 313-323, 2012.
- FONTES, R. Criança. *Revista Presença Pedagógica*, v.11, n.61, p. 03-05, jan./fev. 2005.
- FRANÇA, E.J. O atendimento à saúde de adolescentes e jovens: um estudo dos documentos nacionais. *InterScientia*, v.3, n.1, p.4-30, jan./jun. 2015.
- FROTA, A.M.M.C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da

- historicidade para sua construção. *Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.7, n.1, 2007.
- GABATZ, R. I. B., et al. (2010). Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar, *Rev. Gaucha Enferm.* v. 31, n. 4, Dez. 2010.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: amor & erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora Unesp. 1993.
- GONÇALVES, B.M.B.M. A influência do desenvolvimento do bebê nas representações das mães adolescentes acerca das suas relações com as figuras parentais de infância. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - 2012. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- GUEDES, M. C.; ARAUJO, C. Desigualdades de gênero, família e trabalho: mudanças e permanências no cenário brasileiro. *Revista Gênero*, v. 12, n. 1. 2011.
- HARDING T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*, 1980.
- HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1083-1093, Aug. 2003.
- HAUK, W.W.E.; DONNER, A. Wald's test as applied to hypothesis in logistic analysis. *Journal of the American Statistical Association*, n.72, p.851-853. 1977.
- HEILBORN, M. L. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Garamond, 2006.
- HEILBORN, M.L. et al. Aproximações Socioantropomórficas sobre a Gravidez na Adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, p. 13-45, jun. 2002.
- _____. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psicologia Clínica*, v. 24, n. 1, p. 57-68. 2012.
- HENRIQUES, C.M..P.E.; VASCONCELOS, W. *Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil*. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 99, pp. 25-44, 2020.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, n.7, p.323-335. 1998.
- HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 280-286, 2008.
- 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 Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151-157, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 – PeNSE 2015*. Rio de Janeiro: IBGE. 2016.
- _____. *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_
- _____. *Censo 2010: nupcialidade, fecundidade e migração – Resultados da amostra*. 2010.

- _____. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua*. PNAD. 2019.
- _____. *Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060*. 2018 Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- _____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- _____. *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf>. Acesso em: maio. 2021.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (IPEA). *Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: jun. de 2021.
- JAGER, M.E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014.
- KRUG, E.G. et al. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002
- LAURITSEN, J.M.; BRUUS, M.; MYATT, M.A. Programa para criar banco de dados. EpiData Association, Odense Denmark. v. 3.0. 2002. [Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad].
- LEITE, V. Sexualidade Adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Eduerj, 2013. [Coleção Sexualidade, gênero e sociedade].
- LIKERT, R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, n.140, p. 1-55. 1932.
- MADIGAN, S. et al. Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *J Adolesc Health*, v.55, p.151-9. 2014.
- MARANHÃO, T.A.; VIEIRA, T.S.; MONTEIRO, C.F.S. Violência contra adolescentes grávidas: uma revisão integrativa. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 41-49, jan/jun, 2012.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, n.148, p.23–26, 1986.
- MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- MELO, M. C. P. et al. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 3, p. 731–740, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. (Eds.). *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2011.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Org). *Novas e Velhas faces da Violência no século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

- MIOTO, R.C.T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: _____. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano 18, n. 55, 1997.
- MONTEIRO et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. *Rev. Assoc Med Bras*, v.9, n. 65, p. 1209-1215. 2019.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr. 2007.
- NUNES, A.J.; SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.
- OIT. *ILO Monitor: COVID-19 and the world of work*. 4.ed. 27 May 2020. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.
- _____. *ILO Monitor: COVID-19 and the world of work*. 7. ed. 25 January 2021. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.
- OLIVEIRA, P. I. Governo lança campanha para reduzir gravidez na adolescência: Tudo Tem seu Tempo. *Agência Brasil*, Brasília, 03 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/governo-lanca-campanha-para-reduzir-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 09 Junho de 2021.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.) OMS, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. OMS/WHO: [S.l.], 2014.
- OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 (Supl.), p.s25-s32, 1998.
- OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006.
- PARIZ, J.; CELITO, F. M.; GIANA, B. F. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. *Saúde soc.*, v. 21, n.3, 2012.
- PATIAS, N.D. et al. O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: reflexões sobre relações de gênero. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 45-62, dez. 2014.
- PATIAS, N.D.; GABRIEL, M.R.; DIAS, A.C.G. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e Maternidade na adolescência. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 586-610, ago. 2013.
- PESSOA, D.G.C.; NASCIMENTO SILVA, P.L.; DUARTE, R.P.N. Análise estatística de dados de pesquisas por amostragem: problemas no uso de pacotes padrões. *Revista Brasileira de Estatística*. v.58, n.210, p. 53-75. 1997.
- PINTO, L.W.; ASSIS, S.G. Violência familiar e comunitária em escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013, v. 16, n. 2 [Acessado 14 Dezembro 2021], pp. 288-300.

- PIRES, T.O.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J.Q. Cross-Cultural adaptation of the General Functioning Scale of the Family. *Revista de Saúde Pública*, v.50, p.32, 2016.
- POSSATO, M.; PARADA, C. M.G.L. TONETE, V. L. P. Representation of pregnant smokers on cigarette use: a study carried out at a hospital in the interior of the state of São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007
- QUEIROS, O. S. Determinantes sociais da gravidez na adolescência em um município de porte no nordeste do Brasil : um estudo prospectivo. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- QUINLIVAN, J. A.; CONDON, J. Anxiety and depression in fathers in teenage pregnancy. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, v. 39, n. 10, p. 915–920, 2005.
- R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 14 Dez. 2019.
- RANGEL, L.H. Da infância ao amadurecimento: uma reflexão sobre rituais de iniciação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, n. 5, p. 147-152, 1999.
- REIS, A. O. A.; OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbanas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.17, n.2, p. 54-63. 2007.
- RIBEIRO, C.R.; GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, v. 20, n. 11, p. 3589-3598.
- RICHARDSON, D. Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights. *Critical Social Policy*, v. 20 n.1, p.105–135, 2000.
- ROCHA, P.C.X.; MORAES, C.L. Violência familiar contra a criança e perspectiva de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3285-96, 2011.
- ROSEN, D. “I just let him have his way”- Partner violence in the lives of low-income, teenage mothers. *Violence against women*, v. 10, n. 1, p. 6–28, jan. 2004.
- RUBIN, G. *O tráfico de mulheres: Notas sobre a Economia Política do Sexo*. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Ubu Editora. 2017.
- SANT'ANNA, A.L. *As consequências da revolução sexual: uma reflexão sobre as transformações da vida íntima em tempos de modernidade líquida*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) 20f. Juiz de Fora, Universidade Estadual de Juiz de Fora, 2016.
- SANTOS, B.R. et al. *Gravidez na adolescência no Brasil: vozes de meninas e de especialistas*. Brasília: Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente (INDICA); 2017.
- SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública*, v.25, n.1, p. 214-22. 2009.
- SANTOS, S. M. M.; OLIVEIRA, S. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. *Rev. Katál*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-19 jan./jun. 2010.
- SAVAGE, J. *A criação da juventude: como o conceito de teenage revolucionou o século XX*. Tradução de Talita M. Rodrigues. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2009.

SCHAEFER R. et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.9, p.2849-58. 2018.

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES-RJ). *Sistema de Informações sobre Nascido Vivos – SINASC*. 2020. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinasc/sinasc_gravidez_adolescencia.def>. Acesso em: 14 Maio. 2021.

SHEK, D.T.L. Perceptions of family functioning among Chinese parents and their adolescent children. *American Journal of Family Therapy*, 27, p. 303–314. 1999a.

_____. Perceptions of happy families among Chinese adolescents and their parents: Implications for family therapy. *Manuscript submitted for publication*, 1999b.

SIMMEL, G. *Sociologia: Estudios sobre las formas de socialización*. Buenos Aires: Compalíia Editora Espasa-Calpe Argentina, 1939.

SIMMEL, Georg. *Sociologia*. São Paulo: Editora Ática. 1983.

STRAUS, M. A. et al. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, n.22, p.249-270. 1998.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, n.41, p.75-88, 1979.

STRAUS, M. A.; GELLES, J. R. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. NewBrunswick: Transaction Publishers, 1995.

SULLCA, T. F.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno-Peru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 578-585, jul./aug. 2006.

TEIXEIRA, S.C.R.; SILVA, L.W.S.; TEIXEIRA, M.A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. *Adolesc Saude*. v.10, n.1, p.37-44. 2013.

TOLEDO, C. *Gênero & Classe*. São Paulo: Sundermann, 2018.

TOLEDO, L. F. *Governo Bolsonaro cancelou estudo de R\$ 1,5 mi sobre gravidez na adolescência*. CNN Brasil. São Paulo, 19 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/08/19/governo-bolsonaro-cancelou-estudo-de-r-1-5-mi-sobre-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 09 de junho de 2021.

TRAEBERT, E. et al. Preliminary stages of cross-cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of McMaster Family Assessment Device. *J Bras Psiq*. v.65, n.3, p.201-8. 2016.

VICTORA, C.G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*, v.26, n.1, p.224-7. 1997.

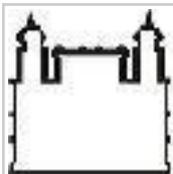
VICTORIA, C. G. et al. (Org). *Epidemiologia da desigualdade: quatro décadas de coortes de nascimentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP. 2019.

VICTORA, C. G. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, p. 34-45, 1996.

WANG, C. S.; CHOU, P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *Journal of Adolescent Health*, v. 28, n. 6, p. 509–512, Jun. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent friendly health services - An agenda for change, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006.

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, VIOLÊNCIA FAMILIAR E NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS: ESTUDO LONGITUDINAL COM ESCOLARES DE SÃO.

Pesquisador: CAMILLA MOURA AGUIAR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35314120.7.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.195.333

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado do Programa de pós-graduação de Saúde Pública, de Camilla Moura Aguiar, sob o título "Gravidez na Adolescência, Violência Familiar e nas Relações Afetivo-sexuais: Estudo Longitudinal com Escolares de São Gonçálves/RJ" orientado por Simone Gonçalves de Assis e co-orientado por Fernanda Serpeloni Henning, qualificado em 18/05/2020 e financiamento próprio no valor de R\$ 265,00.

Resumo:

"... A violência familiar e nas relações afetivo-sexuais tem sido relacionada à gravidez na adolescência, entretanto há uma priorização na investigação da violência que ocorre durante a gestação. A violência familiar contra crianças e adolescentes é realidade recorrente e tem ainda ampla aceitação pela sociedade por ser considerada norma educativa.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o risco associado à vivência de violência familiar nas relações afetivo-sexuais ao longo da trajetória de vida e a ocorrência de gravidez na adolescência, analisada sob a perspectiva de gênero. A pesquisa que permite esta análise é baseada em um estudo longitudinal que seguiu 500 crianças do segundo ano da rede pública de ensino fundamental do município de São Gonçalo/RJ desde 2005 a 2013. Os dados de interesse foram coletados no campo de pesquisa em quatro ocasiões: 2005, 2006, 2008, 2012/2013. Uma

equipe de pesquisadores treinada foi responsável pela aplicação de instrumentos com perguntas fechadas e foi utilizada para análise da violência familiar principalmente a Escala Tática de Conflitos (CTS- 1). A análise será realizada comparando ambos os gêneros divididos em dois grupos: um grupo de adolescentes com história de gravidez (pessoal ou parceira) e outro grupo de jovens que não engravidaram (pessoal ou parceira). Será feita inicialmente uma análise exploratória de dados e depois testes de inferência estatística, como taxas de prevalência e incidência."

Metodologia Proposta:

"Este projeto de pesquisa é parte de um estudo longitudinal com amostra inicial de 500 crianças do segundo ano da rede pública de ensino fundamental do município de São Gonçalo/RJ, acompanhadas entre 2005 e 2013. Em 2005 foi realizado plano amostral baseado em cadastro de escolas, turmas e número médio de alunos por turma da 1ª série, fornecido pela Secretaria de Educação do Município de São Gonçalo no Rio de Janeiro. Naquele ano, existiam 6.589 alunos matriculados no primeiro ano do ensino fundamental. Realizou-se a seleção da amostra por conglomerado simples em três estágios de seleção: escolas (proporcional ao tamanho), duas turmas de 2º ano em cada escola (naquele momento identificadas como 1ª série) (amostra aleatória simples) e alunos (sorteio aleatório de 10 alunos por turmas). Com este desenho, obteve-se 500 alunos para integrarem o estudo longitudinal. Serão utilizadas algumas perguntas das entrevistas de todos os ciclos da pesquisa: os questionários respondidos pelas mães/responsáveis nos anos de 2005, 2006 e 2008, os questionários respondidos pelas crianças em 2008 e pelos adolescentes em 2012. Nos questionários trabalharemos com três escalas: o Critério Brasil, a Escala Tática de Conflitos (CTS-1) e Violência na escola e comunidade: ILANUD/ONU15. Neste estudo, vamos analisar comparativamente ambos os sexos divididos em dois grupos: um grupo de adolescentes com história de gravidez (pessoal nas meninas ou da parceira entre meninos) e outro grupo de jovens que não engravidaram (pessoal ou parceira), com o objetivo de analisar suas trajetórias de vida e o desfecho gestação."

Metodologia de Análise:

"A análise de dados longitudinais inicialmente será realizada um estudo descritivo da população em estudo, através da análise das medidas de tendência central, de dispersão e distribuição de frequência para a categoria de exposição e desfecho, além de outras variáveis relevantes quantitativas. Para a análise de dados, será utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences- SPSS versão 16 e o software livre R, utilizando-se, sempre que indicado, o peso amostral para a análise. Na fase de análise estatística será verificada a associação das variáveis estrato social, idade, escolaridade dos pais, raça, religião, estrutura familiar, ocupação com a variável desfecho de modo a investigar possíveis efeitos mediadores. A definição de testes estatísticos paramétricos ou não-paramétricos será feita a partir das distribuições das variáveis. Planeja-se realizar a análise das associações entre as violências vividas, comportamento sexual e a variável desfecho gravidez na adolescência por meio de uma análise multivariada com regressão logística. Análises utilizando-se modelagem estatística serão empregadas, de acordo com o tipo de dado existente. Será dado especial enfoque à associação entre violência familiar e violência nas relações afetivo-sexuais, potencializando a ocorrência de gravidez na adolescência."

Tamanho da Amostra:

500

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

Primário:

"Compreender o risco associado à vivência de violência familiar e nas relações afetivo-sexuais ao longo da trajetória de vida e a ocorrência de gravidez na adolescência, analisada sob a perspectiva de gênero."

Objetivos Secundários:

- Investigar o perfil sociodemográfico dos adolescentes com história de gestação.
- Analisar o comportamento sexual e a presença da gravidez na adolescência.
- Investigar a relação entre violência familiar sofrida na infância e na adolescência e a maternidade na adolescência.
- Analisar a relação da violência nas relações afetivo-sexuais com a gravidez na adolescência.
- Verificar a associação entre violência familiar e nas relações afetivo-sexuais sobre a maternidade na adolescência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relaciona os riscos das pesquisas referências que ela utilizará para este estudo:

"Como nesta pesquisa estamos solicitando acesso ao banco de dados das pesquisas já realizadas anteriormente, não vamos ter acesso ao banco de dados nominal, ou seja, não teremos acesso à identificação dos entrevistados e todos os participantes estão codificados. Dessa forma, não teremos como identificar as pessoas e nem fazer devolutiva individual."

"Por abordar temas difíceis vivenciados durante a vida, pode ser que o participante tenha sentido desconforto durante ou após a entrevista ou que sejam identificados casos que envolvam risco à saúde física e/ou psicológica do respondente, especialmente relacionados a situações de violência e transtornos mentais.

No processo de elaboração do questionário, um dos principais pontos avaliados pela equipe de pesquisadores foi o impacto emocional das questões investigadas. Os seguintes cuidados foram tomados para evitar os riscos advindos da pesquisa: todo o trabalho de campo foi coordenado por pesquisadores do CLAVES/ENSP (Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli) com larga experiência na abordagem de temas sensíveis, como a violência; as entrevistas serão conduzidas por psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários experientes do grupo de pesquisa e todos foram treinados para ter uma escuta qualificada durante a entrevista."

Benefícios:

Os resultados serão apenas comunicados em publicações, conferências científicas e em relatório a fim de oferecer subsídios para dar suporte ao desenvolvimento de programas de intervenção visando o aumento da qualidade de vida da população. Os participantes não receberam nenhum pagamento em virtude da participação do estudo.

A participação não trará nenhum benefício direto, entretanto, o participante estará contribuindo para a investigação e o conhecimento de temas relacionados à saúde da criança e da adolescência e violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Formulário da Plataforma Brasil analisado para esta versão está nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1560435.pdf, com data de 17/07/2020;

Foram também apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil nomeada folha_de_rosto_final.pdf, postado em 13/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado projeto_dissertacao_CEP.docx., postado em 08/07/2020;

- Formulário de Encaminhamento nomeado form_encaminhamento_Camilla.pdf, postado em 17/07/2020;

- Cronograma, nomeado cronograma.pdf, postado em 08/07/2020;

- Planilha de orçamento, nomeado orcamento.pdf, postado em 08/07/2020;

- TCUD assinado pelo pesquisador responsável, nomeado ensp.pdf, postado em 06/07/2020; Pasta "Outros" na PB.

- Termo de autorização assinado e datado para fornecimento de banco de dados para uso na pesquisa em questão; nomeado _autorizacao.pdf, postado em 07/07/2020; Pasta "Outros" na PB.

- Justificativa para não uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado justificativa_ausencia_TCLE.pdf, postado em 08/07/2020.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de

relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP ANTES de efetuar a/s modificação/ões na pesquisa.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO
RELACIONADOS:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto r	Situaçã o
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_ DO P	17/07/2020		Aceito
Básicas do Projeto	ETO_1560435.pdf	21:11:10		Aceito
Outros	form_encaminhamento_Camilla.pdf	17/07/2020 21:09:46	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_final.pdf	13/07/2020 16:05:52	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausencia_TCLE.pdf	08/07/2020 23:11:41	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigad or	projeto_dissertacao_CEP.docx	08/07/2020 22:54:40	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/07/2020 22:50:29	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/07/2020 22:48:51	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIA DO CEP.pdf	07/07/2020 17:13:41	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito

Parecer Anterior	Parecer_estudo_longitudinal_2011_2012.pdf	07/07/2020 17:11:23	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_APROVADO_2008.pdf	07/07/2020 17:06:21	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_APROVADO_estudo2005_2006.pdf	07/07/2020 17:02:50	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	termo_autorizacao.pdf	07/07/2020 16:41:41	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Outros	termo_ensp.pdf	06/07/2020 16:52:43	CAMILLA MOURA AGUIAR	Aceito
Outros	aut_ENSP.pdf	05/08/2020 20:53:19	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de agosto
de 2020

Assinado por:

Jennifer Braathen Salgueiro
Coordenador(a)