

SANDRA RIBEIRO DE ALMEIDA LOPES

**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS À GRAVIDEZ E  
AO DIABETES NA ADOLESCÊNCIA**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

**São Paulo**

**2006**

**SANDRA RIBEIRO DE ALMEIDA LOPES**

**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS À GRAVIDEZ E  
AO DIABETES NA ADOLESCÊNCIA**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de  
São Paulo para obtenção do título de Doutor em  
Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Longui

São Paulo

2006

**A Deus, à vida e à minha família por tudo que têm me  
proporcionado**

**“O segredo da vida não é o que acontece com você, e sim o que  
você faz do que acontece com você”.**

Norman Vincent Peale

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram da minha trajetória profissional e me ajudaram a chegar até este momento.

Às minhas filhas Carolina e Beatriz, que me presentearam com uma das mais ricas experiências da vida: a maternidade.

Ao meu marido Wanderley, com quem divido os conflitos, as dificuldades e as alegrias da tarefa de conciliar os papéis de profissional, mãe, mulher e tantos outros que a vida nos impõe. E mais importante, por podermos compartilhar a missão de criar, educar e amar nossas crianças de maneira a prepará-las para os desafios de uma adolescência saudável.

Aos meus pais, pelo constante apoio e ajuda para a realização de meus projetos de vida.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Longui, Chefe da Pós - graduação, orientador e incentivador, que esteve sempre presente e disponível em cada uma das etapas desse trabalho.

À amiga Sandra Amorim, pela amizade e companheirismo ao longo destes 14 anos de trabalho na Santa Casa de São Paulo.

À CAPES, pelo valioso apoio financeiro.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição que possibilitou a realização deste e de tantos outros trabalhos, que só me engrandeceram do ponto de vista profissional e pessoal.

À Profa. Dra. Wilze Laura Bruscato, Chefe do Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo, pelo estímulo ao constante crescimento profissional.

À Profa. Dra. Verônica Coates, que me abriu as portas do Ambulatório de Adolescência, possibilitando o contato direto com o fascinante e desafiador mundo da adolescência.

Ao Prof. Dr. Nilson Donadio, Chefe de Clínica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Chefe da Clínica de Infertilidade Conjugal do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, por sua colaboração tão afetuosa e por suas idéias tão férteis.

Às funcionárias da Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pela eficiência e dedicação com que desempenharam seus papéis. Em especial à Ting, profissional de estatística, que com sua paciência “oriental” me fez encarar o segredo dos números e gráficos com coragem e objetividade.

À profissional Creusa Dal Bó, que finalizou o tratamento estatístico do estudo.

Às minhas auxiliares de pesquisa, Thaís, Paula, Fernanda, Meire e Roberta, por terem se aventurado junto a mim neste caminho de descoberta do universo emocional das adolescentes estudadas.

Às colegas do Serviço de Psicologia Hospitalar por terem acompanhado meus desafios diários de maneira compreensiva.

Aos colegas da Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie pelas valiosas sugestões.

Às jovens que participaram deste estudo, por terem me confiado seus segredos, suas angústias, seus sonhos, alegrias e decepções, dando ao estudo um colorido vivo e humano.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....                                | 01 |
| 1.1. Caracterização do período da adolescência.....       | 06 |
| 1.1.1. Desenvolvimento físico .....                       | 06 |
| 1.1.2. Desenvolvimento emocional e cognitivo.....         | 08 |
| 1.1.3. Sexualidade na adolescência.....                   | 12 |
| 1.1.4. A Família do adolescente.....                      | 14 |
| 1.2. Gravidez na adolescência.....                        | 19 |
| 1.3. Diabetes Melittus.....                               | 26 |
| 1.3.1. O adolescente e a doença crônica.....              | 29 |
| 1.3.2. Aspectos emocionais do paciente diabético.....     | 35 |
| 1.3.3 Repercussões emocionais do Diabetes na família..... | 38 |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....                                 | 42 |
| <b>3. CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....                       | 43 |
| 3.1. Desenho do estudo.....                               | 43 |
| 3.2. Amostra.....   | 44 |
| 3.3. Critérios de inclusão.....                           | 44 |
| 3.4. Critérios de exclusão.....                           | 44 |
| 3.5. Instrumentos.....                                    | 45 |
| 3.5.1. Ficha sócio-demográfica.....                       | 45 |
| 3.5.2. Inventário Fatorial de Personalidade.....          | 46 |
| 3.5.3 Bateria de testes –BPR-5 – Raciocínio verbal.....   | 49 |
| 3.6. Procedimentos.....                                   | 50 |
| 3.7. Análise.....   | 51 |



|  |     |
|--|-----|
| <b>4.RESULTADOS</b> .....                      | 53  |
| 4.1. Apresentação dos casos.....               | 53  |
| 4.2. Dados sócio-demográficos.....             | 57  |
| 4.3. Raciocínio Verbal.....                    | 74  |
| 4.4. Inventário Fatorial de Personalidade..... | 76  |
| <br>   |     |
| <b>5. DISCUSSÃO</b> .....                      | 85  |
| <br>   |     |
| <b>6. CONCLUSÕES</b> .....                     | 131 |
| <br>   |     |
| <b>7. ANEXOS</b> .....                         | 102 |
| <br>   |     |
| <b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....     | 122 |
| RESUMO.....                                    | 127 |
| ABSTRACT.....                                  | 128 |

## 1. INTRODUÇÃO

A concepção deste estudo partiu inicialmente do trabalho desenvolvido no Serviço de Psicologia Hospitalar, junto à Clínica da Adolescência, mais especificamente ao Pré-Natal Multiprofissional de Apoio à Gestante Adolescente do Departamento de Pediatria e Puericultura da Santa Casa de São Paulo.

O atendimento psicológico tinha início mediante uma entrevista de triagem, realizada assim que as jovens ingressavam no ambulatório. A finalidade era verificar o impacto emocional da gestação, além de identificar recursos egóicos para o enfrentamento dos desafios, condições psicossociais e rede de apoio social. A jovem passava então a ser acompanhada no grupo multiprofissional, de acordo com a proposta inicial e, dependendo dos dados da triagem, poderia ainda necessitar de seguimento psicológico individual.

O trabalho individual se dava nos moldes da psicoterapia breve de apoio, segundo propõe Penna (1992) com sessões quinzenais ou semanais, dependendo da demanda, podendo incluir nos encontros o parceiro ou os pais (avós) da jovem. Os temas mais freqüentemente abordados se referiam a sentimentos de vergonha, arrependimento, culpa, tristeza, ideação suicida, dificuldades de aceitação da condição de gestante e futura mãe, bem como a conflitos na relação com os pais e/ou com o parceiro.

Sendo assim, os objetivos de nossa atuação se concentravam na minimização do estresse emocional diante da confirmação da gestação,

restauração ou melhoria da auto-estima, da capacidade adaptativa e da função egóica, além de integrar e ampliar a rede de apoio social.

Acompanhar estas jovens ao longo de todo o processo gestacional, presenciar suas decisões, seus dilemas, suas dificuldades, procurando ajudá-las a se organizar e se estruturar melhor diante de tantas demandas, levou-nos a pensar nos motivos conscientes ou não desta escolha, e nas mudanças significativas que acabavam sendo promovidas em suas vidas, em um momento já tão repleto de transformações.

Muitas adolescentes não desejavam a gravidez, por se perceberem imaturas, por acreditarem que suas vidas passariam por sérias modificações e que teriam responsabilidades para as quais não estariam preparadas. Algumas rompiam o relacionamento com o parceiro assim que recebiam a notícia da gravidez, outras abandonavam os estudos ou já não desenvolviam nenhuma atividade ocupacional nem alimentavam qualquer plano para o futuro. Muitas delas enfrentavam sérios problemas de ordem financeira, o que acabava contribuindo para torná-las ainda mais dependentes dos pais, inseguras e frágeis.

Nossa experiência mostrou que a gravidez neste momento de vida pode desencadear quadro depressivo e ideação suicida em muitas das adolescentes, confirmando os achados de Freitas e Botega (2002). Outras situações eram igualmente preocupantes, como a das jovens que planejavam abandonar seus filhos, ou a condição das “avós-mães” que resolviam assumir a responsabilidade pelos cuidados do recém-nascido retirando de suas filhas a possibilidade de desenvolver o papel de mãe e com isto amadurecer.

Claro que felizmente pudemos também acompanhar e ajudar, através de nossa intervenção, estas jovens a olhar para a situação de uma maneira mais positiva e até mobilizadora para seu crescimento pessoal. Estas jovens foram capazes de se tornar mães cuidadosas e responsáveis por elas mesmas e por seus filhos. Adolescentes capazes de fazer planos de vida nos quais a maternidade, juntamente com os estudos, trabalho e vida afetiva puderam se harmonizar, tornando-se suas maiores prioridades.

De qualquer forma, a prevenção da gravidez na adolescência é uma questão que ainda nos intriga. Sabemos que, atualmente, uma das grandes preocupações do Ministério da Saúde é quanto a reincidência que, segundo este mesmo órgão, vem aumentando e já se encontra na faixa de 30% no primeiro ano pós-parto.

Um estudo, não publicado, realizado pela Clínica da Adolescência em 1999, mostra que a reincidência de gravidez das jovens acompanhadas pelo Pré-Natal Multiprofissional foi de 5% ao longo de 5 anos de acompanhamento, índice bem abaixo do registrado na população em geral, o que aponta para a importância do acompanhamento, da orientação e do suporte para a prevenção da gravidez precoce.

Muito se tem discutido sobre as causas para a gravidez na adolescência, como: falta de informações corretas, iniciação sexual precoce, relações sexuais sem proteção, influência dos meios de comunicação de massa, nível socioeconômico, conflitos familiares, carência afetiva e ausência de projetos de vida.

Do ponto de vista psicológico discute-se a questão da busca de identidade pessoal, típica da fase da adolescência, em contraponto a da

maternidade, os movimentos de independência e dependência das figuras parentais, os modelos de identificação com a mãe, dentre outros aspectos( Soifer, 1980; Maldonado, 1985; Khale, 1997). No nosso entender, as argumentações ainda são pouco conclusivas, tendo em vista que não se tem notícia de programas preventivos realmente eficazes. Sabemos que as escolas têm se empenhado em programas educativos, porém, devido ao seu caráter técnico e basicamente informativo, pouco tem conseguido atender às necessidades dos jovens.

Dentro deste contexto, outro aspecto relevante chama nossa atenção e reforça a idéia de se investigar as necessidades e motivações das jovens portadoras de doenças crônicas, como lúpus, cardiopatias diversas e diabetes. para a gestação.

Questionamo-nos acerca do que leva estas meninas à "escolher" a maternidade, mesmo conhecendo os riscos de vida implicados para elas e para seus bebês. Algumas precisam ficar internadas para observação e controles clínicos com relativa freqüência ao longo da gestação, interrompendo ou dificultando o curso das atividades que eventualmente venham desenvolvendo, comprometendo assim a rotina de vida. Não podemos deixar de considerar os níveis elevados de ansiedade a que são submetidas diante da constante preocupação relacionada ao estado de saúde e aos riscos de má formação fetal.

Este estudo se propôs a investigar o diabetes tipo I como referência de doença crônica, considerando todas as suas particularidades, porém

acreditamos que os resultados obtidos poderão servir de parâmetro para as demais doenças de natureza crônica.

Sabemos que o tema gravidez na adolescência já tem sido bastante estudado por profissionais de diferentes áreas, no entanto ainda pouco se tem explorado sobre as motivações para a maternidade em jovens portadoras de uma doença crônica, mais especificamente jovens diabéticas. Pensamos em identificar as condições emocionais e sociais dessas jovens e compará-las com as de jovens clinicamente saudáveis.

O enfoque do estudo será direcionado para as implicações sociais e psicológicas do fenômeno, acompanhando a formação profissional da pesquisadora.

O trabalho apresenta um levantamento bibliográfico, no qual são discutidas teorias e conceitos sobre o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social do adolescente, a questão da sexualidade na adolescência e a importância da família na formação do jovem. Abordaremos ainda a gravidez na adolescência, a questão da doença crônica e suas repercussões no estado emocional e a psicologia do paciente diabético.

## **1.1. Caracterização do período da adolescência**

### **1.1.1. Desenvolvimento físico**

O termo adolescência vem do verbo latino *adolescere* (crescer para a maturidade). De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde, 1997) compreende a faixa etária entre 10 a 19 anos. Segundo o ECA (Estatuto da criança e do adolescente, 1990) A puberdade refere-se às transformações biológicas ou corporais, enquanto a adolescência às mudanças psicossociais.

A palavra puberdade originou-se do latim *pubertate*, que significa idade viril; e do verbo *pubescere*, que tem por significado “cobrir-se de pêlos na região púbica” (Griffa e Moreno, 2001).

A puberdade envolve um conjunto significativo de mudanças, nas quais o corpo da criança vai aos poucos se aproximando do corpo do adulto.

O crescimento é processo caracterizado pelo aumento físico do corpo, por meio do aumento do número de células de todos os órgãos e sistemas, que se inicia na concepção e prossegue até a idade adulta. De acordo com Colli et al, (2003), é importante ressaltar que o crescimento, o desenvolvimento e as características pessoais dos adolescentes resultam da interação biológica, psicológica e social no contexto da família, da sociedade e do ambiente sociocultural.

Esta fase é evidenciada, na prática, pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários até o completo desenvolvimento físico.

As modificações pubertárias são observadas em praticamente todos os setores do organismo, porém as principais são:

- estirão de crescimento constituído pela aceleração e posterior desaceleração do crescimento do esqueleto e de muitos órgãos internos;
- a evolução das gônadas;
- desenvolvimento dos órgãos de reprodução e de caracteres sexuais secundários;
- mudanças de composição corporal englobando quantidade e distribuição de gordura, crescimento do esqueleto e da musculatura;
- desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório que levam, principalmente no sexo masculino, ao aumento de força e da musculatura;
- alterações hormonais, sendo as principais, as gonodotrofinas e os esteróides gonadais que têm sua secreção aumentada.

Segundo Leal e Silva (2001), nas meninas, a primeira manifestação de puberdade é, na maioria das vezes, o aparecimento do broto ou botão mamário e, no mesmo ano o aparecimento dos pêlos pubianos, sendo que isto ocorre em média aos 9 anos e 7 meses. Ao mesmo tempo, útero, trompas, vagina e vulva passam por modificações anatômicas e funcionais. Em média, aos 10 anos e 4 meses surgem os pêlos axilares e desenvolvem-se as glândulas sudoríparas. Em média, aos 12 anos e 2 meses aparece a menarca. Os dois primeiros anos pós-menarca são geralmente seguidos de irregularidade no ciclo menstrual. Após este período, estas irregularidades tendem a desaparecer em virtude do eixo neuroendócrino e maior número de ciclos ovulatórios.



De todas as modificações sofridas pelo ser humano no decorrer do seu desenvolvimento, a puberdade é sem dúvida a mais marcante.

Nesta fase, o cérebro passa por modificações significativas, da mesma forma que o corpo sofre a ação maciça dos hormônios, que em interação com os fatores psicológicos e ambientais, disparam um processo sem retorno na vida do adolescente, um processo de construção de uma nova identidade.

A adolescência, por sua vez, é um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, caracterizado por mudanças corpóreas rápidas e impetuosas, além de profundas e estruturais, que tornam o jovem desconhecido para si próprio (Ferrari, 1996). Ele não mais se reconhece como criança, mas também ainda não se vê como um adulto.

Esta é uma das etapas em que o ser humano sofre as maiores modificações no seu processo vital, do nascimento à morte.

### **1.1.2. Desenvolvimento emocional e cognitivo**

O início e o final da adolescência variam, segundo Assumpção e Kuczynsky (1999), de acordo com fatores constitucionais, psicológicos, sociais, geográficos, econômicos e culturais.

Outeiral (2003) propõe a divisão da adolescência em inicial (de 10 a 14 anos) caracterizada pelas transformações corporais e alterações psíquicas derivadas destes acontecimentos. A adolescência média ou intermediária (de 14 a 17 anos) tem como seu elemento central as questões relacionadas à sexualidade e a adolescência final (de 17 a 20 anos) têm vários elementos

importantes, entre os quais o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a questão profissional, a aceitação do “novo” corpo e dos processos psíquicos do mundo “adulto”.

O amadurecimento dos órgãos genitais e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários são fundamentais no desenvolvimento psicológico desta fase, no entanto não é possível estabelecer correspondência absoluta entre as mudanças fisiológicas e psicológicas, uma vez que há indivíduos que neste período se comportam como adolescentes sem ter ainda atingido a maturidade sexual, e outros, que embora púberes, se comportam de maneira infantilizada.

Segundo Levinsky (1998), as sociedades definem os *status* infantil e de adulto, ou seja, os critérios que marcam a progressão do adolescente para a vida adulta, embora alguns aspectos possam ser considerados universais, independentemente da cultura ou sociedade a qual o indivíduo pertence.

Ainda, segundo o mesmo autor, hoje, em nossa sociedade, as condições necessárias para a ascensão à vida adulta envolvem aspectos que ampliam as dificuldades e complexidades, tornando esta fase de transição mais prolongada e aparentemente penosa.

A identidade, segundo, Erikson (1972) é um produto único, que encontra na adolescência uma crise a ser resolvida apenas através de novas identificações com os companheiros de mesma idade e com figuras de líderes fora da família.

Para Ajuriaguerra (1985), grande parte dos problemas da adolescência está relacionada a uma desvalorização das figuras de identificação apresentadas ao jovem, não se relacionando apenas à falta de valor que o

adolescente atribui às figuras de referência, mas também à imagem desvalorizada que a família e o meio social a ele oferecem.

O grande desafio dos jovens é tornarem-se pessoas totais por meio de seus próprios esforços. Para experimentar a totalidade, Erikson (1972) afirma que o jovem deve sentir uma continuidade progressiva entre o que vem sendo durante a infância e o que promete tornar-se no futuro; entre aquilo que se concebe ser e o que percebe que os outros vêem nele e esperam dele. Libonati e Pitanguy (2002) consideram que a elaboração de novos vínculos afetivos leva o jovem para fora dos limites familiares. Desta forma, começa a perceber que a maneira de viver e os valores de sua família não são os únicos possíveis.

Aberastury e Knobel (1992) falam da adolescência como um processo de desenvolvimento com características bastante específicas, dentre elas, a busca de si mesmo e de identidade. Stengel (2000) afirma que o processo de construção da identidade se inicia na infância e continua por toda vida, mas é na adolescência que se desenvolve de forma mais expressiva.

As transformações corporais trazem ao jovem uma sensação de estranheza e incertezas. Não se reconhece mais como criança, mas ainda não se vê como adulto. O luto pelo corpo infantil é um ponto importante deste processo porque ele representa o abandono de antigos valores e relações e a conquista de novos. O luto pelo papel e identidade infantis obriga o adolescente a sair de uma condição de dependência para uma de aceitação de responsabilidades.

A tendência grupal é outra característica do adolescente, que ao se separar emocionalmente de seus pais, busca apoio e segurança na união com iguais, pessoas que estão vivendo a mesma situação.

Uma das maneiras que o jovem encontra para compensar as perdas que está vivendo é através do pensamento. De acordo com Stengel (2000), as fantasias conscientes e a intelectualização servem como mecanismos defensivos e compensatórios e têm a função de controlar os impulsos instintivos com os quais o adolescente não sabe lidar.

A deslocalização temporal, conforme denomina Knobel (2003), é outra marca do funcionamento do adolescente. Para ele, só existe o presente, o concentrar-se no agora, neutralizando emocionalmente o passado e adiando o futuro, como forma de aliviar a ansiedade e o medo das mudanças.

O jovem contesta os valores da sociedade, tenta modificá-la, muitas vezes por meio de atitudes reivindicatórias de caráter anti-social, a chamada rebeldia juvenil, de cujos exemplos a história está repleta.

Ainda segundo o autor, o adolescente apresenta constantes flutuações de humor e estado de ânimo, como características normais desta fase do desenvolvimento. O jovem reage a uma frustração com profundo sentimento de pesar e tristeza e pode no momento seguinte, frente a uma simples notícia, reagir com alegria e entusiasmo com a mesma intensidade.. Ao se referir sobre a importância desta vivência diz:

*"Assim é que se aprende a ter sentimentos humanos, sentimentos válidos com o grande valor das experiências vividas plena e intensamente, ainda que possam ser pouco duradouras" Knobel (2003. p.43).*

O aspecto cognitivo também sofre alterações e a inteligência evolui do nível concreto para o formal, caracterizado pelo pensamento hipotético-dedutivo. O jovem é capaz de raciocinar baseado em hipóteses, podendo agora estabelecer relações entre fatos e idéias, o que lhe permite adentrar-se a um novo mundo e pensar independentemente. Interessa-se por questões políticas, sociais, ideológicas e econômicas. Indaga sobre o significado da vida, do sexo e do amor, enquanto tenta encontrar sua autenticidade, autonomia e emancipação (Levinsky, 1998).

### **1.1. 3. Sexualidade na adolescência**

Dentre as mudanças sofridas pelo adolescente, a que causa maior impacto é o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pois marca o início da capacidade reprodutiva e a possibilidade do exercício pleno da sexualidade.

Durante este período, a sexualidade passa a ter novos significados e este novo contexto reflete-se diretamente no seu comportamento enquanto jovem.

A sexualidade, segundo propõe a Psicanálise, deve ser entendida dentro de um contexto mais amplo e como parte do desenvolvimento integral do ser humano, respeitando as diferentes necessidades e exigências correspondentes às etapas do crescimento. Lembrando que Freud foi um dos grandes precursores dessa temática, abordando a sexualidade de uma maneira jamais relacionada antes, identificando a associação direta entre psiquismo e sexualidade humana, que representa a base da identidade do sujeito.

Segundo Reato (2003), as etapas da adolescência, já descritas anteriormente, são acompanhada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, enquanto o momento e a velocidade em que ocorrem variam social e individualmente.

A adolescência inicial caracteriza-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela curiosidade acerca dessas mudanças corporais e pelas fantasias sexuais que são comuns e podem vir acompanhadas de sentimentos de culpa. Nesta fase, a masturbação funciona como meio de descobrir o corpo e de como este pode lhe proporcionar prazer.

Na adolescência média ou intermediária, a maturação física já se completou, há maior interesse no contato físico e a energia sexual está mais desenvolvida. Segundo a autora, neste momento o comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações são casuais e a negação das conseqüências da atividade sexual é comum. Experiências homossexuais ocasionais são freqüentes entre adolescentes e fazem parte do processo de aprendizagem dos papéis sexuais.

Na fase final, o comportamento sexual torna-se mais expressivo, com relações mais íntimas e constantes. Muitas vezes, o exercício da genitalidade e do amor encontra certos obstáculos impostos pelos pais ou pela sociedade aos adolescentes, dificultando uma vivência mais livre e plena deste aspecto da vida.

Para Levinsky (1998), na primeira fase da adolescência o jovem ainda não se sente preparado para uma relação sexual verdadeira. Apenas na segunda fase, quando o adolescente define sua identidade sexual, é que está

apto para vivenciar esta relação com um parceiro real, desprendendo-se das fantasias presentes da fase anterior. Será capaz de integrar o corpo, os desejos e o afeto numa mesma experiência, estando consciente de suas repercussões para sua vida.

No entanto, tem se observado que a atividade sexual na adolescência tem se iniciado cada vez mais cedo e de maneira mais despreparada, o que torna o jovem vulnerável aos riscos não apenas de uma gravidez precoce, mas às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Alguns fatores podem ter importante contribuição para este fato, dentre eles, o constante estímulo da mídia, a escassez de diálogo e orientação correta dada pela família e os precários programas de orientação sexual oferecidos nas escolas.

Sobre esta discussão, Levinsky (1998) afirma :

*“A sociedade contemporânea é profundamente contraditória. Estimula precocemente a prática sexual por meio de filmes pornográficos, propagandas insinuantes, prevalecendo à mentalidade de consumo. Ela não oferece a devida educação necessária para que o indivíduo possa aprender a se defender do que lhe é bom e do que lhe é mau. A mentalidade preventiva ainda está muito longe de ser alcançada em nossa sociedade” (p.64).*

#### **1.1.4. A família do adolescente**

Podemos entender o ciclo vital familiar como um conjunto de etapas ou fases definidas segundo alguns critérios: união do casal, chegada dos filhos,

idade dos mesmos, tempo de união do casal, entre outros. De qualquer forma, a idéia é de que não se pode entender o indivíduo separado do meio em que ele está inserido. É através desse convívio que cada membro do grupo influencia e é influenciado pelos demais, configurando assim o cotidiano familiar (Cervený e Berthoud, 2002).

Alguns teóricos vêm se dedicando ao estudo e à pesquisa do funcionamento das famílias e das formas de intervenção. Minuchin (1982) contribuiu significativamente para esse conhecimento quando, em seu trabalho, analisou as famílias em termos de estrutura, padrões de interação, hierarquias e subsistemas, bem como fronteiras e vínculos afetivos entre os membros em seus diferentes momentos.

Lidchi e Eisenstein, (2004) afirmam que a família é responsável tanto pelos aspectos do cuidado e desenvolvimento de seus membros no âmbito interno, como também pelos aspectos voltados para a adaptação à sociedade e continuidade da sua cultura. Dentre as funções essenciais da família, podemos citar: criação dos filhos, apoio e proteção a cada um de seus membros e transmissão de valores, que nortearão a vida das pessoas, num processo de adaptação das expectativas do futuro à realidade presente.

As autoras descrevem ainda uma família funcional como sendo afetuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades.

Lidchi e Eisenstein (2004) afirmam que:



*“É o equilíbrio entre a proteção e a autonomia oferecida pela família que vai desenvolver nas crianças e nos adolescentes a confiança básica indispensável à organização de seu comportamento e à integração de sua auto-estima, a valorização como pessoa, sendo um membro importante e com direito a ter saúde no seu grupo social”. (p. 222)*

Cervey e Berthoud (2002) enfatizam o conceito de família “adolescente”, não apenas como uma família com filhos adolescentes, mas um conceito que qualifica todo o sistema familiar em período adolescente. Segundo estas é o sistema que “adolesce”, uma vez que exige novos significados e novos papéis na vida e na dinâmica familiar.

Para as autoras, a família adolescente vivencia dois processos fundamentais, reconfigurando as relações pais/filhos e vivendo um novo ritmo na família, que, em linhas gerais, resumem todas as profundas modificações que ocorrem no círculo familiar nesse período.

A mudança de identidade do adolescente acarreta mudanças nas relações com seus pais. Strinshall (1999) cita que as integrações familiares sofrem alterações à medida que os adolescentes vão se tornando fisicamente mais maduros, sugerindo que as transformações físicas podem alterar as suas expectativas quanto à forma como deverão ser tratados na família, ao longo do seu desenvolvimento. O processo de independência do adolescente implica numa transformação e não numa ruptura ou deteriorização das relações familiares. Kahhale (1997) lembra que o processo de separação é dual: tanto os pais precisam desenvolver relações com o jovem que promovam sua independência, como o filho precisa buscar sua independência e neste sentido

a luta do adolescente pela independência faz parte do desenrolar natural do desenvolvimento humano.

As transformações se fazem necessárias na medida em que os padrões comportamentais e as atitudes educacionais não mais atendem às demandas do momento. Assim, de acordo com as autoras, os recursos estratégicos básicos para a família adolescente seriam: adaptando-se ao filho, compartilhando, depositando confiança, buscando orientação, dando limites e dialogando. O cuidado que os pais precisam ter é o de não priorizar as necessidades do jovem em detrimento de outras necessidades do grupo familiar, sob o risco de tornarem-se escravos do filho adolescente.

Libonati e Pitanguy (2002) dizem que a maioria dos conflitos entre pais e adolescentes diz respeito a assuntos do cotidiano, porém são naturais e previsíveis. Os pais podem ser uma influência facilitadora ou complicadora, dependendo da atitude que adotam.

Sangenis (1993) acredita que, apesar das discussões com os pais, estes são ainda as pessoas mais confiáveis para os adolescentes. Em contrapartida, eles devem sentir-se depositários da confiança dos pais .

De que modo, então, pode a família ser um fator protetor para o desenvolvimento da adolescente, questiona Fonseca (2004). Para a autora, a família deve promover a auto-estima do jovem, procurando descartar o discurso negativista, deixando que os sentimentos se expressem, permitindo que o adolescente descubra qual tipo de adulto quer ser. Completa ainda, dizendo que regras e limites claros norteiam o comportamento do jovem, além de contribuir de forma saudável com o seu desenvolvimento.

No que se refere à questão da sexualidade, é comum que os pais fiquem assustados e confusos quando seus filhos começam a expressar seus interesses sexuais. No caso das meninas, é freqüente os pais quererem proteger suas filhas dos perigos do mundo, temendo a possibilidade de exploração sexual, estupro ou uma gravidez indesejada, em parte por as considerarem incapazes de se protegerem de fatos da realidade, conforme lembram Carter e McGoldrick (1995).

Ainda segundo os autores, os pais que lidam melhor com a própria sexualidade conseguem aceitar melhor a sexualidade dos jovens, transmitindo aceitação. Da mesma forma que, em um ambiente em que a informação é abertamente compartilhada, há maiores condições de estabelecer limites realistas e sensíveis. Por outro lado, se a crescente sexualidade do adolescente é negada, ignorada ou rejeitada pelos pais, as possibilidades de desenvolvimento de um auto-conceito sexual negativo ficam maiores, o distanciamento entre pais e filhos aumenta e os riscos de uma iniciação sexual precoce, excessiva ou perigosa ficam maiores (Carter e McGoldrick, 1995).

Os terapeutas de família levantam dois objetivos de trabalho em nível de prevenção primária: ajudar a família a entrar numa nova fase do ciclo de vida e auxiliar o adolescente a realizar as tarefas da adolescência. Em termos de prevenção secundária propõem como objetivos: fazer a detecção precoce de quadros psicopatológicos e proceder a um encaminhamento e um seguimento adequados (Fonseca, 2004).

## **1.2. Gravidez na adolescência**

O aumento do número de casos de gravidez na adolescência vem sendo apontado em vários levantamentos estatísticos, além da ocorrência estar sendo constatada em meninas cada vez mais jovens.

No Brasil, o número de partos vem diminuindo, porém o nascimento de filhos de jovens entre 10 e 19 anos vem aumentando. No Estado de São Paulo, no ano de 2002, nasceram 57.525 bebês de mães entre 10 e 19 anos de idade e 247.881 bebês de mães entre 20 e 50 anos, o que significa que 23,3% desses bebês eram de mães adolescentes. Se olharmos a estatística na região do nordeste do país, mais especificamente o Estado da Bahia, podemos verificar que o percentual cresce para 34,8% (DATASUS, 2005).

Os EUA possuem a taxa de natalidade na adolescência mais elevada de todos os países desenvolvidos, apesar da atividade sexual ser semelhante a do ocidente europeu (Spitz,1996 e Moore,1995) citado por Sant'Anna e Coates, (2001).

A gravidez na adolescência é considerada pela Organização Mundial de Saúde (1995) como de alto risco, por implicar em maior índice de mortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos, natimortos, mortes perinatais, partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

De acordo com Dados do Ministério da Saúde (1996), 40% dos abortos realizados ocorrem em menores de 20 anos e um terço das mortes decorrentes de aborto ocorrem na faixa etária de 15 a 19 anos.

Monteiro et al (1998) discutem a questão da reincidência da gravidez em jovens, afirmando ser da ordem de 30%, o que torna o problema ainda mais preocupante.

Pesquisas complementares informam que embora esta ocorrência seja freqüente em todos os níveis sociais, a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda, até mesmo porque são os dados que aparecem nas estatísticas dos Serviços de Saúde Pública.

Em estudo comparativo sobre os fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, Leite et al (2004), entrevistaram 3.035 mulheres com idades entre 15 e 24 anos, sendo 1.174 na região Sudeste e 1.861 na região Nordeste. Concluíram que a região onde a adolescente reside não exerce nenhum efeito sobre a chance de uma jovem ter a primeira relação sexual na adolescência; contudo, a probabilidade de uma adolescente residente no Sudeste usar algum tipo de método anticoncepcional é duas vezes maior aquele das jovens que residem no Nordeste. No entanto, o risco de uma jovem da região Sudeste ter um filho é alto, o que levou os pesquisadores a considerar que o uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes não é contínuo.

A idade mostrou ser um fator de grande relevância, sendo observado que o risco de ter a primeira relação sexual aumenta sensivelmente entre as idades de 13 a 17 anos, apresentando um leve declínio entre as idades de 18 e 19 anos.

O nível educacional da adolescente revelou-se o fator de risco mais importante. Adolescentes com cinco ou mais anos de escolaridade são menos

propensas a de ter a primeira relação sexual na adolescência, mais propensas a usar métodos anticoncepcionais nesta relação e apresentam menores riscos de ter filhos, quando comparadas com adolescentes com menos de cinco anos de escolaridade.

Estudo realizado em um município de São Paulo (Schor e Lopez,1990) com 78 jovens puérperas confirma a importância da relação entre o nível de escolaridade e o uso de anticoncepcional e ressalta que adolescentes de 13 e 14 anos praticamente desconhecem os métodos anticoncepcionais, enquanto jovens de 19 anos demonstram maior conhecimento. Entre os métodos anticoncepcionais mais conhecidos, foram referidos, por ordem decrescente, a pílula, o método Ogino-Knauss (tabelinha) e o preservativo. A obtenção de informação referente aos métodos anticoncepcionais deu-se através de canais interpessoais: amigas (40,9%), parentes (21,6%) e parceiros (13,6%), sendo os profissionais de saúde os menos procurados.

Pesquisa mais recente sobre o tema (Belo e Silva, 2004), realizada com 156 adolescentes gestantes em cidade do Estado de São Paulo, constatou que 99,4% da amostra tinha conhecimento do condom e 98% de anticoncepcional oral, seguido pelo coito interrompido, tabelinha e diafragma. Comparativamente com estudos anteriores, podemos pensar que o aumento significativo do conhecimento do condom pode ser em parte justificado pelas campanhas de combate e prevenção às DST/AIDS, muito veiculadas nos últimos anos nos meios de comunicação.

A idade da primeira relação sexual foi 14,5 anos e, nessa primeira relação, 54,5% usaram algum método contraceptivo, sendo a camisinha o mais

utilizado. A distribuição em relação à faixa etária entre as que utilizaram algum método foi: 55,3% tinham entre 15 e 17 anos, 43,5% eram menores de 14 anos e 1,2% entre 18 e 19 anos. A idade da menarca das adolescentes gestantes foi de 12,2 anos. No momento da entrevista, 51,9% não freqüentam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 44% estavam no primeiro grau e 54,7% cursavam o segundo grau. A análise da escolaridade dos genitores das gestantes adolescentes encontrou que 48,7% dos pais e 59,6% das mães tinham apenas o primeiro grau incompleto.

No que concerne a questão da orientação sexual, a comunidade científica americana vem desenvolvendo pesquisas e estudos com o intuito de avaliar a eficácia e os limites das propostas dos programas de orientação sexual oferecidos aos jovens através das escolas. Em estudo realizado por Kirby et.al. 2004, examinou-se o impacto dos programas denominados “*safer choices*” em diferentes grupos de jovens. Os objetivos dessas intervenções são: adiar a idade da iniciação sexual, reduzir a freqüência sexual, reduzir o número de parceiros e aumentar o uso de condom e outros contraceptivos. Os efeitos têm sido demonstrados em diferentes contextos num período de um ano a um ano e meio. Entretanto, discute-se que a eficácia desses programas depende de algumas variáveis tais como: as características da população assistida, a idade, pois ao que parece eles são mais eficientes para os jovens que ainda não iniciaram vida sexual, entre outros.

Estudo comparativo de 349 gestantes, sendo 77 adolescentes e 272 adultas (Alegria et al, 1989) revelou que o grupo de adolescentes gestantes teve uma assistência pré-natal deficiente, já que a primeira consulta se deu no

segundo trimestre, tendo em média duas consultas. Verificou-se durante o pré-natal maior incidência de infecção urinária, infecções vaginais, ameaça de parto prematuro e anemias, no grupo de adolescentes gestantes em comparação com o grupo de gestantes adultas. Em relação ao tipo de parto, as adolescentes apresentaram maior proporção de partos operatórios do que as gestantes adultas.

Do ponto de vista psicológico a jovem que engravida assume uma dupla tarefa: buscar a identidade pessoal e fazê-la por meio da maternidade, o que pode significar tanto um processo de desenvolvimento e integração de sua identidade de mulher, como pode significar um aumento da dependência das figuras parentais e/ou do companheiro (Kahhale,1997).

Aguirre (1995), estudando 40 gestantes adolescentes de 12 a 16 anos que freqüentavam o Serviço de Assistência Pública no Estado de São Paulo, identificou que para 90% da população assistida a gestação era não intencional e que era vivida com intensa angústia e fortes bloqueios afetivos, não havendo maturidade psíquica para estabelecer um relacionamento de casal ou desenvolver um vínculo saudável com o bebê. De acordo com a autora, a ocorrência da gestação parece derivar de conflitos inconscientes próprios da adolescência normal, convertidos em atuações para evitar etapas dolorosas da transformação de criança em mulher adulta. Depreende uma problemática de identidade ligada a um relacionamento ambivalente e/ou simbiótico da adolescente com a própria mãe.

Soifer (1980) e Maldonado (1985) identificaram alguns motivos para uma mulher engravidar, que são: identificar-se com a mãe, comprovar a fertilidade,



presentear o pai com um bebê, reviver a infância no bebê, rivalizar com outras mulheres, reter o companheiro e necessitar de *status*. Dessas razões, as duas primeiras parecem estar mais presentes na adolescência.

Podemos pensar que a maternidade na adolescência responde às dúvidas dos jovens no que se refere à fertilidade, ao mesmo tempo criando uma ilusão de independência, já que, em muitos casos, a jovem abdica de seus projetos profissionais para assumir exclusivamente o papel de mãe.

As conseqüências sociais implicam geralmente em abandono escolar e limitação da formação profissional, dificultando o ingresso no mercado de trabalho e perpetuando o ciclo de dependência e pobreza.

Pesquisa realizada na cidade do México, onde a questão da gravidez na adolescência é tema de preocupação dos órgãos públicos, avaliou 30 jovens grávidas comparadas com 30 adultas grávidas e identificou que as primeiras não tinham uma boa vivência de suas experiências sexuais, lidando com muita angústia com as pulsões internas, precoces na maioria das vezes, sentimentos de culpa, comportamentos sexuais impulsivos, desvalorização e uma auto-estima frágil. Observaram-se ainda sinais de regressão, egocentrismo e atitudes infantis (Lartigue e Rocabert, 2004).

No caso das gestantes adolescentes portadoras de uma doença crônica, a questão se torna ainda mais complexa, uma vez que os cuidados devem ser redobrados. A literatura pouco tem abordado a questão da ocorrência da gestação em jovens portadoras de doença crônica. Em levantamento bibliográfico realizado sobre o tema foi encontrada apenas uma referência, que

será discutida a seguir, entretanto não foi localizado nenhum estudo com jovens diabéticas.

Pesquisa realizada em São Paulo (Moraes et al, 2004) com a finalidade de avaliar a incidência e evolução de gravidez entre adolescentes portadoras de febre reumática, revelou que, da amostra de 123 pacientes do sexo feminino portadoras de febre reumática, 13% já haviam engravidado pelo menos uma vez. Observou-se que a idade de início da atividade sexual variou de 13 a 18 anos (média 15,2 anos) e da primeira gestação de 14 aos 19 anos (média 16,7 anos). Identificou-se a ocorrência em 15 casos de insuficiência mitral, estando associada com insuficiência aórtica em cinco. Durante o pré-natal foram notificadas duas intercorrências: uma recidiva da febre reumática e outra infecção pelo HIV. No pós-parto, uma paciente apresentou infecção na incisão cirúrgica e outra abscesso mamário. Nenhuma paciente reativou a febre reumática no parto e pós-parto.

Considerando a complexidade dos processos envolvidos na gestação da adolescente, tenha ela algum comprometimento clínico ou não, o atendimento de saúde deve priorizar uma abordagem multiprofissional, visando uma assistência mais integrada e global, aliada ao encaminhamento de pesquisas que acrescentem novos conhecimentos a esta prática.

### **1.3. Diabetes Mellitus**

Diabetes mellitus é uma síndrome clínica heterogênea, que se caracteriza por anormalidades endócrino-metabólicas que alteram a homeostase (Manual do Diabetes do Ministério da Saúde, 1996). As anormalidades endócrinas têm como elemento fundamental uma deficiência insulínica absoluta ou relativa, que se manifesta por uma deficiente função secretora de insulina pelo pâncreas e/ou por uma ação deficiente da insulina nos tecidos-alvos. Essa incapacidade de manter a concentração de açúcar no sangue dentro dos limites normais altera o metabolismo não só dos carboidratos, mas também das gorduras e das proteínas.

O diagnóstico inicial de diabetes é feito basicamente de três maneiras, segundo preconiza a American Diabetes Association,(1993) descrito por Melo D'elia (1997).

1. o paciente apresenta sintomas clínicos evidentes (polidipsia, poliúria, perda de peso, turvação visual, candidíase genital) e uma glicemia de qualquer horário elevada, acima de 200mg/dl;
2. o paciente, referindo ou não sintomas, apresenta duas glicemias de jejum, em diferentes ocasiões, maiores ou iguais a 140mg/dl;
3. o paciente apresenta glicemia de jejum menor do que 140mg/dl, mas no teste de tolerância à glicose apresenta duas medidas de glicemia maiores do que 200mg/dl, sendo uma delas após 2 horas da ingestão dos 75g de glicose.

O diabetes atinge 3 a 5% da população, sendo que um décimo destes casos corresponde ao diabetes mellitus tipo I (Ministério da Saúde, 1994). Segundo essa mesma estimativa, metade desse total desconhece a sua condição de diabético. A frequência maior do diabetes tipo I é entre 5 e 15 anos e a prevalência da doença, de um modo geral, vem aumentando na últimas décadas.

O Guia de Vigilância Epidemiológica (2000) conforme citado por Kovacs (2001) estima que, no Brasil, existam 5 milhões de diabéticos, considerando-se todas as faixas etárias. Existe uma discreta predominância do diabetes em meninas (51,41%), em relação aos meninos (48,6%).

Os principais tipos de diabetes são:

**Tipo I ou insulino-dependente:** São pacientes dependentes do uso terapêutico de insulina devido a uma acentuada deficiência da produção insulínica. Ocorre, geralmente, no início da infância ou adolescência, podendo também aparecer em idades mais avançadas. Tem como causas fatores genéticos e/ou ambientais.

Anjos (1980) descrito por Kovacs (2001) aponta para os seguintes agentes causais ou desencadeantes do diabetes tipo I:

1. Infecções: agentes infecciosos podem precipitar o diabetes na criança, como os causadores de caxumba, hepatite, rubéola, citomegalovírus.
2. Traumas psíquicos: são considerados como precipitantes de diabetes em indivíduos predispostos geneticamente. O estresse psíquico pode ser considerado como fator desencadeador da doença.

3. Obesidade: parece contribuir para o aparecimento do diabetes por aumentar a resistência à ação da insulina.
4. Picos de crescimento: as fases de maior crescimento estão associadas a alterações endócrinas, que em crianças com predisposição genética, podem desencadear o quadro de diabetes mellitus tipo I.

**Tipo II ou não insulino-dependente:** é geralmente encontrado em adultos após os 40 anos, sendo sua incidência progressiva com o envelhecimento. Geralmente está associadas à ingestão excessiva de calorias e conseqüente obesidade com história familiar confirmada em muitos casos. É comum a doença manter-se por muitos anos assintomática, sendo o início e a progressão dos sintomas insidiosos. O aumento da prevalência de obesidade na população tem determinado a apresentação cada vez mais precoce deste tipo de diabetes, às vezes com início no período de adolescência.

**Diabetes Gestacional:** o início ou o diagnóstico ocorre durante o período gestacional. As alterações hormonais que ocorrem durante este período favorecem a diminuição da tolerância à glicose, principalmente no terceiro trimestre de gestação.

Os riscos e as complicações da doença são bastante graves e merecem ser devidamente esclarecidos ao paciente e seus familiares como forma de prevenção e controle. Em levantamento realizado pelo *Diabetes Control and Complications Trial Research Group* (1993), citado por Melo D'elia (1997), cerca de 60% dos pacientes com diabetes tipo II e quase a totalidade dos portadores de diabetes tipo I, após 20 anos de doença, apresentam algum grau de

retinopatia, sendo o diabetes a maior causa de cegueira não congênita e não secundária a trauma, a maior causa de insuficiência renal e de amputações de membro inferior, devido à alteração de sensibilidade e circulação acompanhada de dificuldade de cicatrização. Por este motivo, preconiza-se que o tratamento e o acompanhamento do paciente diabético deva ser intensivo e abrangente e que contemple um bom controle e manutenção das taxas de glicemia dentro dos limites normais, orientação quanto à dieta alimentar, necessidade de atividade física constante, uso regular e adequado de medicação, suporte psicológico ao paciente e familiares e esclarecimentos quanto à natureza da doença, cuidados e possíveis complicações.

O tratamento exige controle e isso, segundo Burd (2004), dependerá da forma como seus portadores encaram a condição de doentes, em função de seu aprendizado e experiências anteriores dentro do seu meio sócio-cultural.

### **1.3.1.O adolescente e a doença crônica**

Diante de todas as constatações sobre a adolescência, das mudanças que serão vividas pelo adolescente, o fato dele ser acometido por uma doença crônica poderá acarretar-lhe maiores dificuldades em transitar por essa etapa de vida, especialmente no que tange às implicações médicas da doença de base e às conseqüências da falha de seu controle clínico. Desta forma, podemos nos questionar sobre as repercussões no desenvolvimento de um adolescente portador de uma doença crônica.

Os adolescentes portadores de uma doença crônica podem ter seu desenvolvimento físico e/ou emocional prejudicado, especialmente no que se refere à aquisição de habilidades sociais ou pessoais necessárias para o devido amadurecimento. Katchadourian (1980) citado por Greydanus et al (1992) destaca quatro problemas psicológicos mais recorrentes nesta população:

1. Dificuldade em obter a independência em relação aos pais. Os jovens cronicamente doentes podem encontrar dificuldades no desempenho desta tarefa e a ansiedade dos pais e deles próprios pode não permitir o desenvolvimento de um senso de responsabilidade. A experimentação é essencial para a conquista da independência, sendo vetada em certos casos, e em outros, apenas frente à garantia que precauções especiais sejam tomadas a fim de não se colocar a vida em risco.

Os pais de jovens cronicamente doentes freqüentemente reconhecem a necessidade de independência de seus filhos, no entanto não confiam em ninguém que cuide deles e os proteja. Famílias superprotetoras, em geral, não permitem que o filho participe na tomada de decisões e o jovem, por sua vez, movido pela necessidade de controle, acaba tomando certas decisões à revelia da família.

2. Recusa em sujeitar-se ao tratamento. Adolescentes acometidos por uma doença crônica não raro mudam às escondidas seu regime terapêutico, podendo se deparar com conseqüências sérias. O jovem necessita adquirir um senso de controle que lhe permita tomar decisões responsáveis sobre sua doença. Os profissionais de saúde e a família podem encorajá-lo permitindo comportamentos autoconfiantes apropriados.

3. Restrições legais. Algumas leis podem impedir o adolescente portador de uma doença crônica de realizar certas atividades ou fazer determinadas escolhas devido às limitações e/ou incapacidades decorrentes do quadro clínico.

4. Incapacidade para formar uma auto-imagem positiva. No decorrer do desenvolvimento e com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, os adolescentes passam a se preocupar com a imagem corporal e anseiam por se igualar aos seus pares. O adolescente doente crônico sofre tanto a ansiedade das mudanças corporais como das possíveis anormalidades físicas decorrentes da doença, o que irá contribuir diretamente na formação de sua identidade. Jovens com baixa auto-estima e imagem corporal desvalorizada, podem temer o contato físico, podem se sentir inseguros quanto ao seu poder de atração do outro, como podem ainda ter dúvidas quanto à sua capacidade reprodutiva.

Lidar com a doença crônica exige do portador comportamentos que diferem de uma doença aguda, uma vez que implicam em mudanças definitivas no estilo de vida, pois o tratamento do portador de doença crônica envolve, entre outras coisas, prevenção, atendimento permanente e aquisição de novas formas de se comportar (Fonseca,1996).

A doença crônica tem seu início, na maioria das vezes, insidioso e aparece em geral de forma lenta e imperceptível. Alguns sinais e sintomas podem ficar imperceptíveis por um longo período de tempo, até o surgimento de novos sintomas, mais aparentes, que podem ocorrer de forma repentina, levando o paciente a necessitar de internação hospitalar como meio de controlar o problema. O aparecimento brusco de sintomas faz com que a família pense que algo grave pode estar acontecendo e que procure ansiosamente por



uma resposta. O jovem passa a ter sua rotina de vida alterada, e é submetido neste período, a inúmeras consultas médicas, exames, podendo faltar à escola e se afastar do grupo de amigos, levando à manifestação de sentimentos de insegurança e medo.

A descoberta da doença, propriamente dita, é uma fase em que o portador sente que tudo mudou em sua vida e que esta nunca mais será a mesma. Essa nova realidade quase sempre vem associada a um alto grau de ansiedade, surgindo pensamentos temerosos no que se refere às limitações que a doença determinará.

Dados do estudo de Oliveira (1994) citado por Kovacs (2001), que investigou quatro famílias de crianças e jovens portadores de diabetes mellitus tipo I, confirmaram as limitações de caráter social nos indivíduos pesquisados que declararam deixar de realizar viagens e passeios longos devido à rotina rigorosa do tratamento. Segundo a autora do estudo, tais limitações acarretaram nos envolvidos sentimentos de angústia e tristeza, pois a vida passou a depender do tratamento, de horários e consultas médicas com os jovens, não podendo ser desfrutada de maneira mais livre.

O jovem doente crônico é geralmente excluído ou poupado das brincadeiras e jogos de seus amigos, que temem que algo de arriscado possa acontecer com ele. Sabemos da importância da interação social no processo de desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem. É através do contato com o outro que se desenvolve boa parte da auto-imagem e do auto-conceito. Para o jovem, perceber-se diferente do grupo implica numa idéia de

inferioridade, de desvalorização, levando-o a adotar atitudes e comportamentos de isolamento.

A doença crônica pode ainda levar os jovens portadores a conviverem com a idéia da morte, que aparece como uma contradição quase incompreensível nesta fase da vida em que o impulso de vida, o desejo de liberdade e de conquista estão tão presentes. Portanto, ser doente crônico pode significar conviver com a idéia de estreitamento das perspectivas de futuro, já que são diversas as possibilidades de complicações clínicas, colocando a vida, de fato, em risco.

A busca de identidade, característica da idade, leva a questionamentos de normas e padrões, podendo as atitudes de rebeldia envolver uma série de comportamentos de risco.

Muitos pacientes não seguem a dieta alimentar, sob a alegação de que vão morrer de qualquer maneira, sendo a causa deste comportamento o fato de associarem fatores de risco a restrições na qualidade de vida. Consideram que a vida não vale a pena sem certos alimentos, hábitos ou comportamentos, ou ainda, que a solução para a doença está na tecnologia, que a qualquer momento será descoberta a cura para sua doença, conforme exemplificam Stachnik et al (1983) em Guimarães (1996).

Por outro lado, características próprias da adolescência como a onipotência e a idéia de invulnerabilidade podem representar grandes riscos frente à vivência da sexualidade em portadores de doenças crônicas. A crença de que "nada acontece comigo", bem como a negação da doença, associadas

ao desejo de se igualar aos adolescentes saudáveis, favorecem a exposição a inúmeros comportamentos de risco sem avaliação das conseqüências.

Os riscos de uma gravidez nesta fase da vida são significativos e para a adolescente portadora de uma doença crônica, no caso de diabetes, a freqüência de má - formação e mortalidade perinatal é significativamente maior do que em mulheres adultas, trazendo conseqüências adicionais ao quadro.

Entretanto, pesquisa realizada por Frey et al (1997) aponta menor freqüência de comportamentos de risco (uso de álcool, cigarros e atividade sexual sem proteção) em adolescentes portadores de diabetes tipo I, quando comparados ao grupo de adolescentes da comunidade sem alteração clínica.

As atitudes e expectativas desenvolvidas na adolescência determinam em parte os padrões e a eficácia do funcionamento sexual. Os relacionamentos sociais e as normas culturais com as quais o jovem está envolvido influenciam diretamente sua vida sexual.

O adolescente está em busca de sua identidade e não raro ele se vale da atividade sexual como parte dessa busca por identidade. Segundo Greydanus et al (1992), os adolescentes podem ocupar-se com sexo, estabelecer amizades ou até casar-se esperando atingir a identidade pessoal através um do outro. Sabemos, no entanto, que a verdadeira intimidade só é possível quando a identidade do indivíduo estiver completamente estabelecida.

A doença pode gerar problemas que interferem na sexualidade normal e podem levar à disfunção sexual, alguns deles têm origem física e outros psicológica.

Greydanus et al (1992), alertam os profissionais de saúde ao afirmar que, em muitos casos, questões sexuais trazidas pelo adolescente cronicamente doente, tanto podem servir para esconder como para revelar ansiedade sobre a doença e que, de modo semelhante, dúvidas sobre a doença podem esconder uma preocupação mais profunda sobre a identidade sexual ou relacionamentos com companheiros.

### **1.3.2. Aspectos emocionais do paciente diabético**

O diabetes mellitus, como já citado anteriormente, é uma doença crônica, que exige cuidados rigorosos, podendo representar uma importante fonte de estresse, aumentando a possibilidade do paciente apresentar alterações emocionais e distúrbios psiquiátricos.

No tratamento do diabetes é necessário controle contínuo dos níveis de glicose no sangue, no entanto, mesmo com acompanhamento médico, pode haver descontroles glicêmicos graves, com repercussões físicas e psíquicas. A hipoglicemia, por exemplo, produzida por uso excessivo de insulina, excesso de atividade física ou redução da ingestão alimentar pode promover sintomas psíquicos como falta de concentração, sensação de fadiga, apreensão, redução intensa da atenção, sonolência, levando, em casos mais graves, ao coma, segundo nos descreve Melo D'elia (1997). Na hiperglicemia, os sintomas psíquicos são semelhantes, podendo aparecer em menor grau ou somente em desequilíbrios graves.

A presença de uma doença crônica e limitante, como o diabetes, aumenta o risco de aparecimento de depressão (Gavard, 1993) que, por sua vez, pode agravar a evolução da doença física.

Há muito vem sendo estudada a influência de fatores emocionais na etiopatogênia do diabetes.

Chiozza (1991) apresenta em seu trabalho um levantamento histórico de estudos acerca dos aspectos psicodinâmicos dos pacientes portadores do diabetes, o qual nos valeremos para citar alguns desses.

Estudos apontam para a freqüência de depressão e ansiedade na maioria dos diabéticos (Meninger, 1935, Daniels, 1936), enquanto outros afirmam que os pacientes diabéticos se descompensam após um período de longas tensões e esforços e arrastam desde a infância dificuldades tais como a indecisão e a insegurança, oscilando entre a dependência e a independência (Bunbar et al, 1936). No que se refere ao estresse, estudos confirmam que ele é um mecanismo desencadeante da doença num indivíduo predisposto por fatores constitucionais (Mirsky, 1939). Para outros autores, os diabéticos são pessoas com necessidades exageradas de afeto, nunca satisfeitas, cujos sentimentos de frustração se traduzem em reações de hostilidade. Seriam pessoas reservadas, inibidas, desconfiadas, indecisas, inclinadas à auto-acusação e a atitudes infantis (Mayer et al, 1945). Outras pesquisas indicam que a doença é produto de uma deficiência de adaptação devida à insegurança física e emocional, ocorrida na infância, provavelmente por uma rejeição dos pais, pelo nascimento de um irmão ou perda da mãe (Hinkle, Wolf, 1966).

Para Mello Filho os diabetes podem provocar nos pacientes insegurança e perda da auto-estima, passividade e dependência, desajuste sexual, masoquismo e auto-agressões, rebeldia, ansiedade e depressão.

Em um estudo investigando a relação entre estilos de relacionamento e controle glicêmico em adolescentes diabéticos, Delamater et al. (1987) citados por Stoudemire (2000), encontraram que aqueles que tinham um pior controle da glicemia utilizavam significativamente mais pensamento mágico e comportamento de fuga do que aqueles com um controle melhor.

Entretanto, para outros autores, como Debray (1995), acreditam que não exista uma estrutura de personalidade típica do portador de diabetes, uma vez que não explica a peculiaridade dos distúrbios diabéticos, já que ela se apresenta em pessoas que não são diabéticas ou que têm outras doenças. Segundo a autora, quanto melhor for o funcionamento mental, mais a doença se apresentará circunscrita e assumida e, se o funcionamento mental estiver alterado, menos a doença poderá ser tratada, mais se tornará invasora e de difícil controle.

Ainda que estudos retrospectivos sugiram uma relação entre os eventos de vida estressantes e o curso do diabete mellitus, nada muito conclusivo foi ainda apresentado, o que indica a necessidade da realização de novos estudos.

Trabalho recente realizado por Farrell, et al. (2004) que teve como objetivo investigar a importância das distorções cognitivas e a relação entre adesão ao tratamento, estresse especificamente relacionado ao diabetes, estresse geral e controle metabólico, concluiu que maiores níveis de distorções

cognitivas negativas estavam associadas com maiores índices de estresse, tanto geral quanto específico, e que maiores níveis de estresse geral levavam a comportamentos de menor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a controles metabólicos mais precários. Desta forma, os achados do estudo indicaram um papel indireto das distorções cognitivas negativas sobre o controle metabólico.

### **1.3.3. Repercussões emocionais do diabetes na família**

O diagnóstico de uma doença crônica, como o diabetes mellitus tipo I tem um impacto muito grande na vida do indivíduo e de sua família (Melino, 1997).

McDaniel et al (1994), definem o diagnóstico de uma doença crônica como sendo uma crise vital, significativa para o portador e a família. O paciente e a família geralmente não estão preparados para as mudanças físicas, períodos alternados de estabilidade e crise e incertezas do futuro. A doença crônica exige novos modos de enfrentamento, mudanças nas autodefinições do paciente e da família e períodos extensos de adaptações.

Os terapeutas de família apontam para algumas características familiares que afetam a doença, como a superproteção, que segundo McDaniel et. al (1994), trata-se de uma característica negativa que pode levar a menor autonomia pessoal, agravamento da doença ou maior incapacitação do paciente. Oliveira (1994) citada por Kovacs (2001) constatou em seu estudo que a família do doente crônico tenta compensar o sofrimento do jovem e as restrições

impostas pela doença, com presentes, excesso de afeto e atitudes de superproteção, o que segundo a autora, reforça ainda mais a idéia de "diferença", propiciando sentimentos de inferioridade e incapacidade. Entretanto, sabemos que algum nível de proteção se faz necessário para o devido cuidado com o familiar.

Para outros teóricos (Boss et al, 1988) em McDaniel et al (1994), a tolerância à incerteza ou ambigüidade sobre o curso da doença é uma característica importante para a adaptação bem sucedida à doença crônica.

O momento em que a doença se manifesta em muito contribui com a maneira pela qual o doente e sua família vão reagir, como por exemplo, se o diabetes tipo 1 ocorrer na infância, a doença se dará simultaneamente à construção da identidade do indivíduo e os pais podem tender à superproteção, impedindo o bom desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo. Segundo Burd (2004), a criança pode assumir uma postura de dependência passiva diante de um comportamento superprotetor, levando à elaboração de uma imagem fragilizada de si mesma.

É comum os pais de jovens portadores de doença crônica desejarem saber porque a doença ocorreu e quem é o culpado e experimentam ainda sentimentos de culpa pelo fato de serem saudáveis e sentimentos conflitantes em relação ao filho doente. No caso do diabetes, por ser uma doença hereditária, os pais podem se sentir culpados ou culpar um ao outro. Esse sentimento pode se manifestar também pela rejeição do filho doente descuidando-se das tarefas necessárias à manutenção do bom controle. Os pais se sentem culpados e sua permissividade poderá aliviar a culpa.



Se a doença tiver seu início na adolescência, o movimento de independência desse jovem pode ser dificultado, a independência progressiva dos pais, por vezes não se faz ou é retardada, aumentando a interface do conflito (Amado e Leal, 2001).

O período da adolescência é considerado crítico para o controle do diabetes, uma vez que se trata de uma fase de contestação de valores e normas, da definição da identidade, do aflorar da sexualidade, da vinculação a grupos e do “gosto pelo risco” movido pelo sentimento de imortalidade.

Burlar a dieta, não querer fazer os exames, deixar de controlar a glicemia, são algumas das transgressões ao tratamento que se repetidas freqüentemente podem levar a internações hospitalares que podem ser consideradas como tentativas inconscientes de suicídio.

De acordo com Burd (2004), a maioria dos problemas de relacionamento ou de comportamento do diabético, já existia antes do aparecimento da doença. Em muitos casos, os pais reclamam da agressividade do filho diabético, condição essa já existente que passou a ser percebida após o diagnóstico da enfermidade.

No que concerne à sexualidade, os pais do adolescente limitado pela doença crônica, por sua vez, se vêm confusos e angustiados sem saber como lidar com os comportamentos e atitudes manifestas adotam, por vezes uma postura superprotetora insistindo em mantê-los numa posição infantil e quase assexuada, criando uma dependência ainda maior que a gerada pela própria doença, o que contribui para intensificar o isolamento social.

É consenso que a família é peça chave para a aceitação da doença e dos demais conflitos típicos deste momento do desenvolvimento. Sabe-se que o paciente tende a aceitar melhor sua condição, se sente o mesmo por parte da família, se encontra conforto, participação, segurança e tranqüilidade.

## **2. OBJETIVOS**

Geral:

Identificar os fatores psicossociais associados ao diabetes que possam predispor à gestação na adolescência.

Específico:

Analisar as repercussões emocionais da gestação em jovens diabéticas comparadas às adolescentes não diabéticas.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1. Desenho do Estudo

Estudo transversal

#### 3.2. Sujeitos

O estudo contou com 55 colaboradoras, estando estas distribuídas em quatro grupos: jovens diabéticas e não diabéticas, gestantes e não gestantes, avaliadas no período de junho de 2004 a setembro de 2005.

**Grupo 1** – 16 - Adolescentes diabéticas (acompanhadas no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica)

**Grupo 2** - 3 - Adolescentes diabéticas gestantes (acompanhadas nos Ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica e de Pré-natal de alto risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia)

**Grupo 3** – 16 - Adolescentes não diabéticas (encaminhadas ao Ambulatório de Psicologia Hospitalar para avaliação específica após ter sido descartada patologia de natureza orgânica pela equipe médica)

**Grupo 4**- 20 – Adolescentes não diabéticas gestantes (avaliadas em primeira consulta de triagem no Ambulatório da Clínica de Adolescência no programa de Pré-natal Multiprofissional de apoio à gestante adolescente)

Vale ressaltar que, não foi possível ampliar o número de colaboradoras adolescentes diabéticas gestantes (grupo 2), em primeiro lugar por trata-se de uma população reduzida e em segundo lugar por termos encontrado dificuldade

para localizá-las, já que algumas delas haviam mudado de endereço e mesmo de cidade.

Sendo assim, optamos por proceder à descrição dos casos na íntegra a fim de compor um quadro de informações mais completo, que nos permitiu identificar semelhanças e diferenças em relação aos demais grupos.

#### 3.2.1. Critérios de inclusão:

1. Idade entre 11 e 19 anos (no caso das gestantes, em que a concepção tenha ocorrido neste período)
2. Sexo feminino, diabéticas e não diabéticas
3. Gestantes, primigestas a partir do segundo trimestre, diabéticas e não diabéticas

#### 3.2.2. Critérios de exclusão

1. Antecedentes psiquiátricos
2. Quadro de deficiência mental
3. Não concordância em participar do estudo, por qualquer motivo
4. Sujeitos que apresentaram escore superior a 32 na escala de validade no Inventário Fatorial de Personalidade

### 3.3. Instrumentos

3.3.1 Questionário sócio-demográfico – especialmente elaborado para fins desta pesquisa, englobando dados que, segundo a literatura da área, podem representar variáveis intervenientes na ocorrência da gestação (explicitados nos anexos da página 102)

#### 3.3.2. Inventário Fatorial de Personalidade - IFP

Está fundamentado no “Edwards Personal Preference Schedule” (EPPS) desenvolvido por Allen Edwards em 1953 e revisto em 1959. O IFP representa uma adaptação modificada do EPPS e foi realizada pela equipe do Laboratório de Pesquisas em Avaliação e Medida, pertencente ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a coordenação do Prof. Luiz Pasquali, em 1997, sendo editado pela Casa do Psicólogo no mesmo ano.

Objetivando a validação e normatização do IFP, os autores do teste procederam à coleta dos dados por meio do envio do material a 30 universidades do País, o que resultou em 4.308 questionários respondidos. Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS. Foram realizadas análise fatorial heurística e análise fatorial confirmatória, que concluíram pela validade e confiabilidade do instrumento. Detalhes sobre os estudos e análise do material encontram-se descritos no manual.

Este é um inventário de personalidade objetivo, de natureza verbal, baseado na teoria das necessidades básicas formuladas por Henry Murray em

1938. Visa avaliar o indivíduo em 15 necessidades ou motivos psicológicos, a saber: Assistência, Dominância, Ordem, Denegação, Intracepção, Desempenho, Exibição, Heterossexualidade, Afago, Mudança, Persistência, Agressão, Deferência, Autonomia e Afiliação.

As 15 necessidades avaliadas pelo teste são assim definidas: Assistência – representa os desejos e os sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos quais o sujeito deseja dar simpatia e gratificar as necessidades do outro, defendê-lo no perigo, dar-lhe suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.

Dominância – indica sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento deles através de sugestão, sedução, persuasão ou comando.

Ordem – representa a tendência de pôr as coisas em ordem, manter limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

Denegação – se refere à resignação, abulia. Tendência ou desejo de se submeter passivamente à força externa, aceitar desaforo, castigo e culpa, resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso.

Intracepção – expressa a tendência de se deixar conduzir por sentimentos e inclinações difusas, pela procura de felicidade, pela fantasia e imaginação. O sujeito intraceptivo é definido por adjetivos do tipo: subjetivo, imaginativo, pessoal nos julgamentos, pouco prático, sensitivo e intuitivo.

Desempenho – representa ambição e empenho na realização de algo difícil, como dominar, manipular organizar objetos, pessoas e idéias. Desejo de

fazer coisas independentemente e com maior rapidez possível, sobressair e vencer obstáculos.

Exibição – representa o desejo de impressionar, ser ouvido e visto, necessidade de fascinar as pessoas e mesmo chocá-las.

Heterossexualidade – fala do desejo de manter relações, desde românticas até sexuais com o sexo oposto.

Afago – trata-se da busca de apoio e proteção, o sujeito deseja ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga, deseja ser afagado, apoiado, protegido, amado, perdoado e consolado. Precisa de alguém que o entenda e o proteja.

Mudança – significa o desejo de desligar-se de tudo que é rotineiro e fixo, gosto por novidades, aventura e mudanças de hábitos.

Persistência – expressa tendência de levar a cabo qualquer trabalho iniciado por mais difícil que possa parecer.

Agressão – expressa o desejo de superar com vigor e violência a oposição.

Deferência – respeito, admiração e reverência a um superior.

Autonomia – desejo em sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição, desafio às convenções.

Afiliação – caracteriza o desejo de dar e receber afeto de amigos, apego e lealdade a eles.

O teste inclui uma escala de validade, composta por 8 itens, cuja finalidade é analisar o grau de veracidade das respostas apresentadas pelo sujeito. Verifica se o examinando respondeu adequadamente ao inventário, ou



seja se ele entendeu a tarefa ou se respondeu sem a menor atenção ou se simplesmente mentiu. O sujeito que obtiver um escore acima de 32, terá seu protocolo invalidado.

Existe ainda a escala de desejabilidade social, composta por 12 itens cuja finalidade é a de indicar quanto à pessoa tenta se apresentar de uma maneira que os outros gostariam que ela fosse vista, procura atender às expectativas das outras pessoas não seguindo suas próprias necessidades. Se o percentil for elevado, a interpretação deve ser feita com cautela, pois a pessoa pode ter usado a mesma técnica ao responder o questionário.

Sendo assim , o teste contém 155 itens: 135 correspondentes às quinze necessidades e 20 às escalas de validade e desejabilidade social.

O teste consiste em afirmações as quais o sujeito deve pontuar de acordo com suas características pessoais dentro de uma escala composta de 7 pontos. Os pontos da escala correspondem progressivamente de 1, que significa nada característico, até 7, que significa totalmente característico.

A apuração é feita por computador, obtendo-se o escore bruto em cada um dos 17 fatores. Descoberto o escore bruto, este será convertido em percentil a partir das tabelas de normas descritas no manual do teste. As tabelas são divididas por sexo.

O perfil da personalidade do sujeito é expresso por aquelas necessidades cujos percentuais se situam **abaixo de 30 e acima de 70**. Os percentuais entre 40 e 30, bem como os entre 60 e 70, também representam necessidades salientes do sujeito, mas menos acentuadas. Os percentuais

abaixo de 40, representam necessidades fracas e os acima de 60 necessidades fortes.

A análise dos componentes principais mostrou a presença de 4 grupos bastante fortes no conjunto dos itens do IFP, após a análise fatorial dos eixos principais para os quatro fatores, observou-se que as necessidades medidas pelo inventário se agrupavam da seguinte maneira (Pasquali et al, 1997):

- grupo 1 : afago, assistência, afiliação, intracepção e deferência
  - grupo 2: dominância, exibição, agressão, denegação e desempenho
  - grupo 3: ordem e persistência
  - grupo 4: autonomia e mudança,
- ficando a heterossexualidade independente.

Desta forma, os grupos passam a representar determinadas áreas da personalidade, assim o grupo 1 refere-se à área dos sentimentos e afetos, o grupo 2 caracteriza-se pela ação, o grupo 3 reporta-se ao metódico e o grupo 4 à independência.

### 3.3.3. BPR-5 – Bateria de Provas de Raciocínio.

Trata-se de uma bateria multidimensional padronizada de avaliação das habilidades cognitivas que oferece estimativas tanto do funcionamento cognitivo geral quanto das forças e fraquezas em 5 áreas mais específicas: raciocínio abstrato, verbal, visual-espacial, numérico e mecânico. Originou-se da Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial, construída por Almeida (1986,1988,2000). O uso da bateria é amplamente utilizado em Portugal desde a década de 80 a partir de vários estudos que evidenciaram sua validade e precisão. A adaptação dessa

bateria para uso no Brasil iniciou-se em 1996 (Primi, Almeida & Lucarelli), tendo sido realizados inúmeros estudos com amostras brasileiras e portuguesas. Seu último estudo se deu em 1999, sendo publicada pela Casa do Psicólogo em 2000.

Para efeito deste estudo utilizamos apenas a prova de raciocínio verbal, uma vez que nosso intuito era avaliar o nível de compreensão das informações e orientações recebidas pelas colaboradoras.

A prova que é composta por 25 itens envolvendo analogia entre palavras, avaliando a extensão do vocabulário e a capacidade de estabelecer relações abstratas entre os conceitos verbais. O tempo máximo de execução do teste é de 10 minutos.

A correção da BPR-5 inclui a soma dos acertos em cada item da prova e a transformação do número de acertos para o Escore-Padrão Normalizado e para percentil. O percentil é uma escala de 1 a 100 que indica a porcentagem de pessoas, no grupo de referência, ou seja de mesma faixa etária e nível de escolaridade, que tiveram nota igual ou menor àquela que o sujeito obteve.

Existem duas formas do instrumento: a forma A, que deve ser aplicada em estudantes da 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries do ensino fundamental e a forma B, aplicada em estudantes da 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> séries do ensino médio.

### 3.4. Procedimentos

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Santa Casa de São Paulo.

Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa o fizeram espontaneamente após seus responsáveis e eles próprios terem assinado o Termo de Consentimento Informado, elaborado de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

A coleta de dados foi realizada através do preenchimento individualizado dos instrumentos pelas colaboradoras, após leitura em voz alta das instruções dos testes pela pesquisadora certificando-se que as mesmas haviam compreendido o que era para ser feito. O exame se deu em sala apropriada no Ambulatório de Psicologia do Departamento de Pediatria e no Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo, ocorreu em um primeiro e único contato com a pesquisadora, e teve duração aproximada de uma hora e meia.

A escolha da amostra foi aleatória, desde que respeitados os critérios de inclusão e exclusão

#### 3.4. Análise estatística

Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS. Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias e desvios-padrão (Dp) e medianas. Para as variáveis qualitativas calculou-se freqüências absolutas e relativas.

Para a análise da hipótese de igualdade entre os três grupos utilizou-se a Análise de Variância a um fator. Quando a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada utilizamos o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Rosner,1986)

Para se testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (que é indicado quando ocorrerem frequências esperadas menores do que 5) (Rosner,1986).

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

## 5. RESULTADOS

### Caso nº1

Paciente com 17 anos de idade, solteira, gestante de 5 meses, reside com os pais e dois irmãos (25 e 21 anos), concluiu o ensino médio, atualmente faz cursinho pré -vestibular e trabalha com o pai num pequeno comércio. A renda da família é de R\$ 4.000,00 mensais. Os pais são casados e ambos estão com 51 anos de idade.

Quanto ao relacionamento familiar, afirma que com a mãe a relação é regular, segundo ela não chegam a ter muitos problemas, porém a maneira de pensar e encarar os fatos é muito diferente, “*a gente tem muitas divergências no jeito de pensar*” (sic) . Com o pai o relacionamento é bom, “*tranquilo*” (sic), apesar de conversarem pouco. Quanto aos irmãos, segundo ela com o mais novo a relação é de muita amizade, com o outro é uma relação mais distante.

Foi informada do diagnóstico de diabetes aos 3 anos de idade, conta que a mãe havia observado que ela sentia muita sede, fome e que estava perdendo peso, além de estar muito nervosa. Refere que por ser ainda pequena, foi mais fácil aceitar a doença e que a mãe sempre ajudou muito. Informa que outras pessoas da família têm doença crônica, como diabetes, hipertensão e bronquite

Afirma que por vezes fica difícil manter a dieta e ter que tomar diariamente a insulina, mas procura fazer porque gosta de cuidar da própria saúde. Realiza o controle sozinha, porém nesses últimos meses, por conta da gestação, precisou ficar internada duas vezes para controle.

Teme que possa acontecer algo com o bebê, sabe que o fato da mãe ser diabética o bebê pode ter alguma má-formação, por isso aceitou ficar internada e cuidar da saúde.

Quanto à gravidez, diz que não esperava que fosse acontecer, apesar de saber que fosse possível. Iniciou a vida sexual aos 16 anos, com o atual namorado, pai do bebê. Havia tido outro namorado aos 15 anos. Nunca fez uso de contraceptivos, embora afirme conhecê-los. A menarca ocorreu aos 13 anos e quanto à orientação sexual diz que recebeu na escola, com os professores.

No que se refere à maternidade, pensa que vai ser difícil no começo, muito trabalho e responsabilidades, mas que depois tudo se acerta.

Com relação aos planos futuros, deseja estudar, trabalhar e cuidar do filho.

## **Caso nº2**

Paciente com 18 anos de idade, casada, gestante de 6 meses, estudante, reside com o marido no quintal da casa dos pais. O marido trabalha e a renda mensal do casal é de R\$400,00.

Os pais são casados, a mãe tem 45 anos e o pai 53 anos. Tem três irmãos (30,28,22 anos). Segundo ela, o relacionamento com a família é bom.

Soube do diagnóstico do diabetes aos 5 anos de idade, porque sentia muita sede e ia ao banheiro com frequência, foi então à consulta médica, fez exames e confirmou o diagnóstico. Afirma não ter se importado muito com a doença, porque a mãe sempre cuidou bem dela, "*passou a fazer só comida diet*" (sic). O controle glicêmico sempre foi feito por ela e também pela mãe, segundo a paciente porque sempre foi "*meio relaxada*" (sic). Afirma que agora, por conta da gravidez, ficou

mais responsável e passou a controlar melhor, muito provavelmente porque ficou com medo que o bebê pudesse ser anormal. Informa que a avó também é diabética.

Iniciou a vida sexual aos 14 anos e teve dois parceiros. A menarca ocorreu aos 13 de idade. Recebeu orientação na escola, com professores.

Fazia uso de pílula anticoncepcional para tratamento de um cisto tendo que parar por recomendação médica, quando engravidou. Acreditava que não pudesse engravidar devido o cisto. Sentiu medo quando teve a confirmação da gestação, temendo por sua saúde e a do bebê.

Acredita que a maternidade vá lhe trazer mais responsabilidades e preocupações, julgando-se preparada para enfrentá-las.

Inclui nos seus planos futuros a criação do filho.

### **Caso nº3**

Paciente com 20 anos, solteira, gestante de 5 meses, reside com o namorado, concluiu o ensino médio e no momento apenas cuida do lar. A renda do casal de R\$ 450,00 provém do trabalho do parceiro como estoquista.

Afirma que seu relacionamento com a mãe é ruim, pois quando se encontram só brigam. Mãe tem 48 anos, trabalha como diarista e tem 2º grau completo, o pai é desconhecido e não tem irmãos.

Conta que foi criada por uma tia, porque segundo informações, a mãe não tinha condições financeiras para sustentá-la. Aos 4 anos de idade essa tia faleceu, tendo que ir morar com pessoas estranhas, que a mal trataram, chegando a ser espancada. Aos 7 anos foi morar com tios que não tinham filhos. Alguns anos



depois o tio veio a falecer, passando a viver sozinha com a tia. Começou a manter contato com a mãe a partir dos 12 anos de idade.

Soube do diagnóstico de diabetes aos 6 anos de idade, quando precisou ser internada. A doença lhe causou um impacto "*horrível*" (sic), não aceitava fazer dieta, nem tomar insulina. Aos poucos, através do convívio com outras crianças diabéticas e com as orientações médicas, passou a aceitar melhor. Quanto ao controle, diz que o faz sozinha desde os 9 anos de idade, tendo já necessitado de diversas internações por descompensação, porém não no último ano. Outras pessoas da família são portadoras de diabetes e doenças cardíacas e vasculares.

Com relação à gravidez, afirma que desde os 15 anos de idade procurava o parceiro certo para ter a gestação. A paciente afirma que sempre quis ser mãe jovem, ouvia as pessoas falarem que por causa da doença ela não poderia ser mãe, tinha medo que isso fosse verdade, ao mesmo tempo não tinha coragem de perguntar aos médicos, temia o impacto. Conta que se preocupa em piorar da doença, do diabetes trazer outras complicações clínicas, de perder o controle sobre a própria saúde, "*enquanto a gente é jovem é mais fácil se cuidar*" (sic). Refere ainda, que ao contrário de sua mãe, deseja poder criar o filho e dar tudo aquilo que ela mesma não teve.

Sobre a maternidade, acredita que vai ser obrigada a ter mais responsabilidades, mais autoridade e maior cuidado com a criança e consigo mesma, "*é como se fosse um motivo a mais para você se cuidar e viver*" (sic).

A menarca ocorreu aos 11 anos de idade, iniciou a vida sexual aos 15, tendo 4 parceiros, fez uso de pílula e camisinha e recebeu orientação sexual nas consultas médicas.

Esta é a primeira gravidez, nunca fez aborto e seus planos para o futuro são cuidar do filho e trabalhar.

Passaremos a apresentar os resultados comparativos entre os grupos e uma descrição dos resultados dos casos das gestantes diabéticas.

#### 4.2 Resultados quanto aos dados sócio-demográficos

##### Comparação dos grupos

##### Variáveis que caracterizam as adolescentes

**Tabela I:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo da idade das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável | Grupo                    | N  | Média | dp   | Mediana | Mínimo | Máximo | P*    |
|----------|--------------------------|----|-------|------|---------|--------|--------|-------|
| Idade    | Diabéticas               | 16 | 15,06 | 1,77 | 15,00   | 12,00  | 18,00  | 0,324 |
|          | Não Diabéticas           | 16 | 15,06 | 1,53 | 15,50   | 13,00  | 17,00  |       |
|          | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 15,75 | 1,48 | 15,50   | 13,00  | 18,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade da ANOVA

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à idade, sendo 15 anos a média de idade das adolescentes estudadas. As idades das gestantes diabéticas são: 17,18 e 20 anos, sendo 18,3 a média de idade do desse grupo.

**Tabela II:** Frequências absolutas e relativas ao nível de escolaridade das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Curso       | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|             | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|             | n          | %     | N              | %     | n                        | %     |       |
| Fundamental | 7          | 43,8  | 8              | 50,0  | 7                        | 35,0  | 0,657 |
| Médio       | 9          | 56,3  | 8              | 50,0  | 13                       | 65,0  |       |
| Total       | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à escolaridade, estando, pelo menos metade da amostra de cada grupo, cursando o ensino médio. As gestantes diabéticas estão cursando ou já concluíram o ensino médio.

**Tabela III:** Frequências absolutas e relativas da série do curso das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Série | Grupo      |       |                |       |                          |       | P*    |
|-------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|       | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|       | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| 1ª.   | 4          | 25,0  | 4              | 25,0  | 7                        | 35,0  | 0,897 |
| 2ª.   | 1          | 6,3   | 2              | 12,5  | 4                        | 20,0  |       |
| 3ª.   | 4          | 25,0  | 2              | 12,5  | 2                        | 10,0  |       |
| 6ª.   | 2          | 12,5  | 2              | 12,5  | 1                        | 5,0   |       |
| 7ª.   | 4          | 25,0  | 3              | 18,8  | 3                        | 15,0  |       |
| 8ª.   | 1          | 6,3   | 3              | 18,8  | 3                        | 15,0  |       |
| Total | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à série em curso. Podemos afirmar que todas as adolescentes têm pelo cinco anos de escolaridade, enquanto as gestantes

diabéticas estão cursando ou já concluíram a 3ª.série do ensino médio, o que corresponde a 11 anos de escolaridade.

**Tabela IV:** Freqüências absolutas e relativas do estado civil das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Estado Civil    | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-----------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                 | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                 | N          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Solteira        | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 18                       | 90,0  | 0,324 |
| Casada/Amasiada | 0          | 0,0   | 0              | 0,0   | 2                        | 10,0  |       |
| Total           | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao estado civil, o que nos permite dizer que nossa amostra é composta eminentemente de jovens solteiras, exceção feita às duas jovens gestantes que são casadas ou amasiadas. No caso das gestantes diabéticas uma é solteira e as outras duas são casadas/amasiadas.

**Tabela V:** Freqüências absolutas e relativas da ocupação das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Ocupação          | Grupo      |       |                |       |                          |       | P*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                   | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Estuda            | 14         | 87,5  | 16             | 100,0 | 13                       | 65,0  | 0,004 |
| Trabalha          | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 1                        | 5,0   |       |
| Estuda e trabalha | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 0                        | 0,0   |       |
| Sem atividade     | 0          | 0,0   | 0              | 0,0   | 6                        | 30,0  |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação à ocupação. Nos grupos de diabéticas e não diabéticas, o estudo é a ocupação predominante. Nesses grupos não temos adolescentes sem

atividade, no entanto no grupo de gestantes não diabéticas, 30% das jovens estão nesta classificação de ocupação. Para as gestantes diabéticas, uma estuda, a outra cuida do lar e a outra estuda e trabalha.

**Tabela VI:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo da idade da menarca das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável         | Grupo                        | N  | Média | dp   | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|------------------|------------------------------|----|-------|------|---------|--------|--------|-------|
| Idade da Menarca | Diabéticas                   | 14 | 12,71 | 1,68 | 12,50   | 10,00  | 15,00  | 0,241 |
|                  | Não Diabéticas Gestantes Não | 15 | 12,13 | 1,60 | 12,00   | 10,00  | 15,00  |       |
|                  | Diabéticas                   | 20 | 11,85 | 1,14 | 12,00   | 9,00   | 13,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade da ANOVA

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à idade da menarca, uma vez que essa se deu por volta dos 12 anos para os três grupos. Duas adolescentes do grupo de diabéticas e uma do grupo das não diabéticas referiram ainda não terem menstruado. Duas gestantes diabéticas tiveram a menarca aos 13 anos de idade e uma aos 11 anos.

#### Variáveis da Vida sexual das adolescentes

**Tabela VII:** Freqüências absolutas e relativas do namoro das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Namoro | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|--------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|        | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|        | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Sim    | 12         | 75,0  | 9              | 56,2  | 20                       | 100,0 | 0,002 |
| Não    | 4          | 25,0  | 7              | 43,8  | 0                        | 0,0   |       |
| Total  | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação ao namoro. Observamos que o grupo das adolescentes

não diabética apresenta uma porcentagem menor de namoro que a do grupo de diabéticas e que a do grupo das gestantes não diabéticas. As três gestantes diabéticas relataram já terem namorado.

**Tabela VIII:** Frequências absolutas e relativas da atividade sexual das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Atividade Sexual | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                  | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                  | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Não              | 11         | 68,8  | 12             | 75,0  | 0                        | 0,0   | 0,001 |
| Sim              | 5          | 31,3  | 4              | 25,0  | 20                       | 100,0 |       |
| Total            | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação à atividade sexual. Observamos que as diabéticas apresentam maior nível de atividade sexual do que as não diabéticas. Embora 75% do grupo das diabéticas e 56,2% do grupo de não diabéticas afirmem já ter namorado, a porcentagem de atividade sexual é relativamente baixa.

**Tabela IX:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo da idade de início da atividade sexual e do número de parceiros das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável                       | Grupo         | N  | Média | dp   | Mediana | Mínimo | Máximo | P*    |
|--------------------------------|---------------|----|-------|------|---------|--------|--------|-------|
| Idade de Início da Vida sexual | Diabéticas    | 5  | 15,60 | 1,14 | 16,00   | 14,00  | 17,00  | 0,176 |
|                                | Não Gestantes | 4  | 14,25 | 1,50 | 14,00   | 13,00  | 16,00  |       |
|                                | Diabéticas    | 20 | 14,40 | 1,47 | 14,00   | 12,00  | 18,00  |       |
| Número De Parceiros            | Diabéticas    | 5  | 1,20  | 0,45 | 1,00    | 1,00   | 2,00   | 0,235 |
|                                | Não Gestantes | 4  | 1,00  | 0,00 | 1,00    | 1,00   | 1,00   |       |
|                                | Diabéticas    | 20 | 2,15  | 2,25 | 1,00    | 1,00   | 10,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à idade de início da vida sexual e ao número de parceiros. Podemos afirmar que, a média de idade do início da vida sexual da amostra dos três grupos é de 14,7 anos. Nove adolescentes do grupo de diabéticas e onze do grupo de não diabéticas ainda não são sexualmente ativas. As gestantes diabéticas iniciaram a vida sexual com 14, 15 e 16 anos, com média de 15 anos, tiveram respectivamente 1, 2 e 4 parceiros.

**Tabela X:** Freqüências absolutas e relativas da orientação sexual das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Orientação Sexual              | Grupo      |              |                |              |                          |              | p*    |
|--------------------------------|------------|--------------|----------------|--------------|--------------------------|--------------|-------|
|                                | Diabéticas |              | Não Diabéticas |              | Gestantes Não Diabéticas |              |       |
|                                | n          | %            | n              | %            | N                        | %            |       |
| Não / ninguém                  | 7          | 43,8         | 4              | 25,0         | 15                       | 75,0         | 0,005 |
| Em casa com a família          | 0          | 0,0          | 3              | 18,8         | 1                        | 5,0          |       |
| Com amigas                     | 8          | 50,0         | 7              | 43,8         | 2                        | 10,0         |       |
| Na escola (professores)        | 1          | 6,3          | 2              | 12,5         | 0                        | 0,0          |       |
| Médicos/profissionais da saúde | 0          | 0,0          | 0              | 0,0          | 1                        | 5,0          |       |
| Sozinha (livros / revistas)    | 0          | 0,0          | 0              | 0,0          | 1                        | 5,0          |       |
| <b>Total</b>                   | <b>16</b>  | <b>100,0</b> | <b>16</b>      | <b>100,0</b> | <b>20</b>                | <b>100,0</b> |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação à orientação sexual. No grupo de gestantes a maior porcentagem não recebeu orientação sexual, enquanto no grupo das diabéticas e das não diabéticas a orientação sexual que tiveram foi através de amigas. Da mesma forma duas gestantes diabéticas também receberam orientação de amigas e uma delas recebeu dos médicos.

**Tabela XI:** Freqüências absolutas e relativas do uso de contraceptivo das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Uso de Contraceptivo | Grupo      |              |                |              |                          |              | P*    |
|----------------------|------------|--------------|----------------|--------------|--------------------------|--------------|-------|
|                      | Diabéticas |              | Não Diabéticas |              | Gestantes Não Diabéticas |              |       |
|                      | N          | %            | N              | %            | N                        | %            |       |
| Sim                  | 3          | 60,0         | 4              | 100,0        | 9                        | 45,0         | 0,133 |
| Não                  | 2          | 40,0         | 0              | 0,0          | 11                       | 55,0         |       |
| <b>Total</b>         | <b>5</b>   | <b>100,0</b> | <b>4</b>       | <b>100,0</b> | <b>20</b>                | <b>100,0</b> |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher



Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao uso de contraceptivo. Dentre as jovens que iniciaram vida sexual, 40% das diabéticas e 55% das gestantes nunca fizeram uso de qualquer contraceptivo. No caso das gestantes diabéticas, duas fizeram uso irregular, enquanto uma não usou.

**Tabela XII:** Freqüências absolutas e relativas do tipo de contraceptivo das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Tipo de Contraceptivo     | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|---------------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                           | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                           | n          | %     | N              | %     | n                        | %     |       |
| Nenhum                    | 2          | 40,0  | 0              | 0,0   | 11                       | 55,0  | 0,248 |
| Camisinha/con<br>don      | 3          | 60,0  | 4              | 100,0 | 6                        | 30,0  |       |
| Pílula                    | 0          | 0,0   | 0              | 0,0   | 2                        | 10,0  |       |
| Pílula do dia<br>Seguinte | 0          | 0,0   | 0              | 0,0   | 1                        | 5,0   |       |
| Total                     | 5          | 100,0 | 4              | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao tipo de contraceptivo utilizado. A camisinha/condom é o método anticoncepcional mais conhecido e utilizado pelas jovens diabéticas e não diabéticas. Por outro lado, as gestantes não diabéticas, em sua maioria, não haviam feito uso de nenhum anticoncepcional.

Duas gestantes diabéticas fizeram uso de pílula e camisinha. Uma delas interrompeu por orientação médica o uso da pílula que vinha fazendo, por conta de um tratamento de cisto ovariano, e devido a este problema acreditava que não

engravida. A outra usava pílula e camisinha nas relações, porém interrompeu o uso intencionalmente para engravidar. A terceira nunca usou qualquer método contraceptivo.

### **Variáveis referentes ao controle glicêmico**

As adolescentes diabéticas foram questionadas com relação ao controle glicêmico, se eram elas próprias que o realizavam ou se contavam com ajuda de outra pessoa, no caso as mães. Foi investigado também se o diabetes estava compensado ou não, utilizando como parâmetro a necessidade de internação no último ano.

Observamos que das 16 adolescentes diabéticas, 12 (75,0%) não necessitaram de internação no último ano enquanto 4 (25,0%) necessitaram. As duas gestantes diabéticas, necessitaram de pelo menos uma internação no último ano. A outra afirmou estar compensada, não tendo necessitado de internação no último ano.

Em relação ao controle do diabetes, das 16 diabéticas, 6 (37,5%) fazem o controle sozinhas, 4 (25,0%) as mães que realizam o controle e em 6 (37,5%) o controle é realizado conjuntamente mãe e adolescente. As duas gestantes diabéticas realizam sozinhas o controle, enquanto a outra, a mãe e a adolescente o realizam juntas.

### Variáveis da vida familiar e social

**Tabela XIII:** Freqüências absolutas e relativas do Histórico de doença crônica na família das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| H do CR           | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                   | N          | %     | N              | %     | n                        | %     |       |
| Sim               | 14         | 87,5  | 12             | 75,0  | 8                        | 40,0  | 0,005 |
| Não               | 2          | 12,5  | 3              | 18,8  | 12                       | 60,0  |       |
| Não sabe informar | 0          | 0,0   | 1              | 6,3   | 0                        | 0,0   |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação ao histórico de doença crônica na família. A maior porcentagem das gestantes não apresenta e, nos grupos de diabéticas e não diabéticas, a maior parte apresenta histórico de doença crônica, como cardiopatias, hipertensão e diabetes. As três gestantes diabéticas apresentam histórico de doença crônica na família, em sua maioria diabetes.

**Tabela XIV:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo da idade da progenitora na 1ª. gravidez e o número de irmãos das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável                             | Grupo                                   | N  | Média | dp   | Mediana | Mínimo | Máximo | p*                   |
|--------------------------------------|---|----|-------|------|---------|--------|--------|----------------------|
| Idade da Progenitora na 1ª. gravidez | Diabéticas                              | 16 | 21,31 | 5,82 | 19,00   | 15,00  | 33,00  | 0,678 <sup>(1)</sup> |
|                                      | Não Diabéticas Gestantes Não Diabéticas | 16 | 23,00 | 6,22 | 21,50   | 16,00  | 36,00  |                      |
| Número De Irmãos                     | Diabéticas                              | 20 | 22,65 | 5,25 | 22,00   | 16,00  | 39,00  | 0,431 <sup>(2)</sup> |
|                                      | Não Diabéticas Gestantes Não Diabéticas | 16 | 1,81  | 1,17 | 2,00    | 0,00   | 5,00   |                      |
|                                      | Diabéticas                              | 16 | 2,94  | 2,67 | 2,50    | 0,00   | 11,00  |                      |
|                                      | Diabéticas                              | 20 | 2,20  | 1,44 | 2,00    | 0,00   | 6,00   |                      |

(1): nível descritivo de probabilidade da ANOVA

(2): nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à idade da progenitora na 1ª. gravidez ou em relação ao número de irmãos. As gestantes diabéticas apresentam valores de idades 15, 26 e 38 anos e nenhum irmão, 2 e 3 irmãos.

**Tabela XV:** Frequências absolutas e relativas da situação conjugal dos pais das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Situação conjugal   | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|---------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                     | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                     | n          | %     | N              | %     | n                        | %     |       |
| Dos pais            |            |       |                |       |                          |       |       |
| Casados (amasiados) | 10         | 62,5  | 6              | 37,5  | 8                        | 40,0  | 0,642 |
| Separados           | 5          | 31,3  | 7              | 43,8  | 9                        | 45,0  |       |
| Pai falecido        | 1          | 6,3   | 3              | 18,8  | 3                        | 15,0  |       |
| Total               | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à situação conjugal dos pais. Os pais de duas gestantes diabéticas são casados (amasiados) e da outra o pai é desconhecido.

**Tabela XVI:** Frequências absolutas e relativas da renda familiar das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Renda familiar     | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|--------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                    | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                    | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Não soube informar | 1          | 6,3   | 1              | 6,3   | 7                        | 35,0  | 0,090 |
| até 1 SM           | 2          | 12,5  | 1              | 6,3   | 0                        | 0,0   |       |
| > 1 até 2 SM       | 5          | 31,3  | 9              | 56,3  | 5                        | 25,0  |       |
| > 2 ATÉ 5 SM       | 6          | 37,5  | 5              | 31,3  | 8                        | 40,0  |       |
| > 5 até 10 SM      | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 0                        | 0,0   |       |
| >10 até 30 SM      | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 0                        | 0,0   |       |
| Total              | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à renda familiar. No caso das gestantes diabéticas duas delas apresentam renda familiar de >1 até 2 SM e a outra de > 10 até 30 SM. Nossa amostra é caracteristicamente pertencente à classe sócio-econômica média-baixa, cuja renda majoritariamente não ultrapassa 5 salários mínimos, sendo as famílias constituídas de pelo menos 5 pessoas.

**Tabela XVII** Frequências absolutas e relativas da posição das adolescentes na família, segundo o grupo de estudo

| Posição na família | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|--------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                    | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                    | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Filha única        | 1          | 6,3   | 1              | 6,3   | 1                        | 5,0   | 0,166 |
| Mais velha         | 6          | 37,5  | 1              | 6,3   | 8                        | 40,0  |       |
| Intermediária      | 2          | 12,5  | 7              | 43,8  | 5                        | 25,0  |       |
| Mais Nova          | 7          | 43,8  | 7              | 43,8  | 6                        | 30,0  |       |
| Total              | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à posição na família. Podemos perceber que 43,8% das diabéticas são filhas mais novas da prole, que 43,8% das jovens não diabéticas são mais novas e igualmente 43,8% ocupam a posição intermediária, enquanto que na amostra das gestantes não diabéticas, 40% são filhas mais velhas. Duas gestantes diabéticas são as mais novas da família e a outra jovem estudada é filha única.

**Tabela XVIII:** Frequências absolutas e relativas da relação das adolescentes com a mãe, segundo o grupo de estudo

| Relação com a mãe | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                   | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Bom               | 11         | 68,8  | 9              | 56,3  | 15                       | 75,0  | 0,546 |
| Regular           | 3          | 18,8  | 5              | 31,3  | 2                        | 10,0  |       |
| Ruim              | 2          | 12,5  | 1              | 6,3   | 3                        | 15,0  |       |
| Não tem contato   | 0          | 0,0   | 1              | 6,3   | 0                        | 0,0   |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao relacionamento com a mãe, classificando-o como bom. Para uma das gestantes diabéticas o relacionamento com a mãe é bom, para a outra o relacionamento é regular, enquanto que para terceira é ruim.

**Tabela XIX:** Freqüências absolutas e relativas da escolaridade da mãe das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Escolaridade da mãe    | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|------------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                        | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                        | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Não soube informar     | 9          | 56,3  | 9              | 56,3  | 2                        | 10,0  | 0,003 |
| Fundamental incompleto | 3          | 18,8  | 3              | 18,8  | 13                       | 65,0  |       |
| Fundamental            | 1          | 6,3   | 2              | 12,5  | 4                        | 20,0  |       |
| Médio incompleto       | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 0                        | 0,0   |       |
| Médio                  | 2          | 12,5  | 1              | 6,3   | 0                        | 0,0   |       |
| Superior incompleto    | 0          | 0,0   | 1              | 6,3   | 1                        | 5,0   |       |
| Total                  | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação à escolaridade da mãe. No grupo das gestantes a maior porcentagem corresponde à mãe que tem escolaridade fundamental incompleto e nos outros dois grupos não souberam informar. Para as gestantes diabéticas, uma não soube informar, a outra a mãe tem escolaridade fundamental incompleto e a mãe da terceira concluiu o ensino médio.

**Tabela XX:** Frequências absolutas e relativas da relação das adolescentes com o pai, segundo o grupo de estudo

| Relação com o pai | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                   | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Bom               | 10         | 62,5  | 6              | 37,5  | 7                        | 35,0  | 0,603 |
| Regular           | 1          | 6,3   | 3              | 18,8  | 3                        | 15,0  |       |
| Ruim              | 0          | 0,0   | 2              | 12,5  | 3                        | 15,0  |       |
| Não tem contato   | 4          | 25,0  | 2              | 12,5  | 4                        | 20,0  |       |
| Falecido          | 1          | 6,3   | 3              | 18,8  | 3                        | 15,0  |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao relacionamento com o pai. Duas gestantes diabéticas têm um relacionamento bom com o pai, enquanto a outra não tem qualquer conhecimento a seu respeito.

**Tabela XXI:** Frequências absolutas e relativas da escolaridade do pai das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Escolaridade do pai    | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|------------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                        | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                        | n          | %     | n              | %     | n                        | %     |       |
| Não soube informar     | 12         | 75,0  | 9              | 56,3  | 6                        | 30,0  | 0,268 |
| Fundamental incompleto | 2          | 12,5  | 3              | 18,8  | 6                        | 30,0  |       |
| Fundamental            | 1          | 6,3   | 2              | 12,5  | 3                        | 15,0  |       |
| Médio incompleto       | 0          | 0,0   | 2              | 12,5  | 1                        | 5,0   |       |
| Médio                  | 1          | 6,3   | 0              | 0,0   | 3                        | 15,0  |       |
| Superior incompleto    | 0          | 0,0   | 0              | 0,0   | 1                        | 5,0   |       |
| Total                  | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à escolaridade do pai. Para duas gestantes



diabéticas o pai tem escolaridade desconhecida, para outra o pai tem nível médio de escolaridade.

**Tabela XXII:** Freqüências absolutas e relativas da relação das adolescentes com os irmãos, segundo o grupo de estudo.

| Relação com os Irmãos | Grupo      |              |                |              |                          |              | p*    |
|-----------------------|------------|--------------|----------------|--------------|--------------------------|--------------|-------|
|                       | Diabéticas |              | Não Diabéticas |              | Gestantes Não Diabéticas |              |       |
|                       | N          | %            | N              | %            | N                        | %            |       |
| Não tem irmãos        | 1          | 6,3          | 1              | 6,3          | 1                        | 5,0          | 0,627 |
| Bom                   | 12         | 75,0         | 11             | 68,8         | 17                       | 85,0         |       |
| Regular               | 2          | 12,5         | 1              | 6,3          | 0                        | 0,0          |       |
| Ruim                  | 0          | 0,0          | 2              | 12,5         | 2                        | 10,0         |       |
| Não tem contato       | 1          | 6,3          | 1              | 6,3          | 0                        | 0,0          |       |
| <b>Total</b>          | <b>16</b>  | <b>100,0</b> | <b>16</b>      | <b>100,0</b> | <b>20</b>                | <b>100,0</b> |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao relacionamento com os irmãos, que segundo a maioria é bom. Para as gestantes diabéticas uma delas o relacionamento é bom, a outra é regular, e a outra não tem irmãos.

### Variável planos para o futuro

**Tabela XXIII** Freqüências absolutas e relativas dos planos para o futuro das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Planos para o futuro                   | Grupo      |              |                |              |                          |              | p*      |
|--|------------|--------------|----------------|--------------|--------------------------|--------------|---------|
|  | Diabéticas |              | Não Diabéticas |              | Gestantes Não Diabéticas |              |         |
|  | n          | %            | n              | %            | n                        | %            |         |
| Estudar                                | 7          | 43,8         | 8              | 50,0         | 2                        | 10,0         |         |
| Trabalhar                              | 1          | 6,3          | 1              | 6,3          | 3                        | 15,0         |         |
| Estudar e trabalhar                    | 1          | 6,3          | 3              | 18,8         | 2                        | 10,0         |         |
| Casar e / ou cuidar dos filhos         | 0          | 0,0          | 0              | 0,0          | 6                        | 30,0         | < 0,001 |
| Estudar, trabalhar, casar e Ter filhos | 2          | 12,5         | 3              | 18,8         | 1                        | 5,0          |         |
| Estudar, casar e ter filhos            | 5          | 31,3         | 1              | 6,3          | 0                        | 0,0          |         |
| Sem planos                             | 0          | 0,0          | 0              | 0,0          | 2                        | 10,0         |         |
| Estudar, trabalhar e cuidar do filho   | 0          | 0,0          | 0              | 0,0          | 4                        | 20,0         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>16</b>  | <b>100,0</b> | <b>16</b>      | <b>100,0</b> | <b>20</b>                | <b>100,0</b> |         |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação aos planos para o futuro. Os grupos diabéticas e sem alteração clínica apresentam a maior porcentagem em “estudar” e no grupo gestantes temos a maior porcentagem em “casar e / ou cuidar dos filhos”.

Uma das duas gestantes diabéticas respondeu “cuidar dos filhos” a outra “estudar, trabalhar e cuidar do filho” e a terceira “cuidar do filho e trabalhar”.

### Variável Raciocínio Verbal

**Tabela XXIV:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo do escore do raciocínio verbal das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável   | Grupo                    | n  | Média | Dp   | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|------------|--------------------------|----|-------|------|---------|--------|--------|-------|
| Raciocínio | Diabéticas               | 16 | 0,37  | 0,28 | 0,31    | 0,04   | 0,93   | 0,875 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 0,43  | 0,32 | 0,37    | 0,03   | 0,88   |       |
| Verbal     | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 0,42  | 0,32 | 0,32    | 0,03   | 0,99   |       |
|            | Diabéticas               |    |       |      |         |        |        |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao raciocínio verbal. Os resultados das gestantes diabéticas apresentam os seguintes valores: 0,47, 0,55 e 0,27.

**Tabela XXV:** Frequências absolutas e relativas do escore do raciocínio verbal das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Raciocínio Verbal | Grupo      |       |                |       |                      |       | p*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|----------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Diabéticas |       |       |
|                   | n          | %     | N              | %     | N                    | %     |       |
| 0  ---- 25%       | 6          | 37,5  | 7              | 43,8  | 9                    | 45,0  | 0,736 |
| 25%  ----50%      | 6          | 37,5  | 2              | 12,5  | 3                    | 15,0  |       |
| 50%  ---75%       | 2          | 12,5  | 4              | 25,0  | 5                    | 25,0  |       |
| >= 75%            | 2          | 12,5  | 3              | 18,8  | 3                    | 15,0  |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                   | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao raciocínio verbal. As duas gestantes diabéticas apresentam valores entre 25 e 50% e a outra entre 50 a 75%.

**Tabela XXV a:** Frequências absolutas e relativas do escore do raciocínio verbal das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Raciocínio Verbal | Grupo      |       |                |       |                          |       | p*    |
|-------------------|------------|-------|----------------|-------|--------------------------|-------|-------|
|                   | Diabéticas |       | Não Diabéticas |       | Gestantes Não Diabéticas |       |       |
|                   | n          | %     | N              | %     | N                        | %     |       |
| 0  ---- 50%       | 12         | 75,0  | 9              | 56,3  | 12                       | 60,0  | 0,501 |
| >= 50%            | 4          | 25,0  | 7              | 43,7  | 8                        | 40,0  |       |
| Total             | 16         | 100,0 | 16             | 100,0 | 20                       | 100,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação ao raciocínio verbal. Duas gestantes diabéticas apresentam valores abaixo de 50% e outra acima de 50%.

#### 4.4 Inventário Fatorial de Personalidade

##### Área: afeto e sentimentos

**Tabela XXVI:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores de afeto e sentimentos das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável    | Grupo                    | n  | Média | Dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|-------------|--------------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Assistência | Diabéticas               | 16 | 61,31 | 35,81 | 67,50   | 5,00   | 99,00  | 0,314 |
|             | Não Diabéticas           | 16 | 59,38 | 33,21 | 72,50   | 5,00   | 95,00  |       |
|             | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 47,45 | 33,89 | 45,00   | 5,00   | 99,00  |       |
| Intracepção | Diabéticas               | 16 | 49,44 | 31,83 | 52,50   | 1,00   | 90,00  | 0,457 |
|             | Não Diabéticas           | 16 | 57,25 | 26,94 | 65,00   | 1,00   | 95,00  |       |
|             | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 42,80 | 35,24 | 32,50   | 1,00   | 99,00  |       |
| Afago       | Diabéticas               | 16 | 51,94 | 33,66 | 60,00   | 1,00   | 95,00  | 0,082 |
|             | Não Diabéticas           | 16 | 56,56 | 31,24 | 60,00   | 1,00   | 99,00  |       |
|             | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 33,45 | 32,12 | 22,50   | 1,00   | 95,00  |       |
| Deferência  | Diabéticas               | 16 | 54,25 | 32,47 | 57,50   | 10,00  | 99,00  | 0,343 |
|             | Não Diabéticas           | 16 | 68,63 | 23,74 | 75,00   | 30,00  | 99,00  |       |
|             | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 53,30 | 35,51 | 55,00   | 1,00   | 99,00  |       |
| Afiliação   | Diabéticas               | 16 | 71,00 | 27,93 | 75,00   | 10,00  | 99,00  | 0,280 |
|             | Não Diabéticas           | 16 | 65,50 | 29,79 | 77,50   | 10,00  | 99,00  |       |
|             | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 52,35 | 37,17 | 50,00   | 1,00   | 99,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam afeto e sentimentos.

**Tabela XXVI.a:** Frequências absolutas e relativas dos escores de afeto e sentimentos das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável    |           | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|-------------|-----------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|             |           | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|             |           | n          | %    | N              | %    | N                        | %    |       |
| Assistência | < 30%     | 3          | 18,8 | 4              | 25,0 | 8                        | 40,0 | 0,614 |
|             | 30% - 70% | 5          | 31,3 | 4              | 25,0 | 6                        | 30,0 |       |
|             | > 70%     | 8          | 50,0 | 8              | 50,0 | 6                        | 30,0 |       |
| Intracção   | < 30%     | 7          | 43,8 | 3              | 18,8 | 9                        | 45,0 | 0,163 |
|             | 30% - 70% | 2          | 12,5 | 8              | 50,0 | 6                        | 30,0 |       |
|             | > 70%     | 7          | 43,8 | 5              | 31,3 | 5                        | 25,0 |       |
| Afago       | < 30%     | 5          | 31,3 | 4              | 25,0 | 11                       | 55,0 | 0,333 |
|             | 30% - 70% | 4          | 25,0 | 6              | 37,5 | 5                        | 25,0 |       |
|             | > 70%     | 7          | 43,8 | 6              | 37,5 | 4                        | 20,0 |       |
| Deferência  | < 30%     | 4          | 25,0 | 0              | 0,0  | 6                        | 30,0 | 0,126 |
|             | 30% - 70% | 6          | 37,5 | 8              | 50,0 | 5                        | 25,0 |       |
|             | > 70%     | 6          | 37,5 | 8              | 50,0 | 9                        | 45,0 |       |
| Afiliação   | < 30%     | 1          | 6,3  | 2              | 12,5 | 6                        | 30,0 | 0,397 |
|             | 30% - 70% | 7          | 43,8 | 5              | 31,3 | 7                        | 35,0 |       |
|             | > 70%     | 8          | 50,0 | 9              | 56,3 | 7                        | 35,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam afeto e sentimentos.

No grupo das diabéticas as características mais marcantes são: assistência (50% - >70%) e afiliação (50% - >70%). No grupo das jovens não diabéticas as características mais marcantes são: assistência (50% - >70%), deferência (50% - >70%) e afiliação (56,3% - >70%), enquanto no grupo das gestantes não diabéticas a característica mais marcante é o afago (55% - < 30%)

Nestas variáveis obtivemos os seguintes valores para as três gestantes diabéticas:

| Variável    | A1     | A2     | A3     |
|-------------|--------|--------|--------|
| Assistência | < 30%  | 30-70% | >70%   |
| Intracção   | 30-70% | > 70%  | 30-70% |
| Afago       | 30-70% | > 70%  | <30%   |
| Deferência  | 30-70% | 30-70% | <30%   |
| Afiliação   | < 30%  | < 30%  | >70%   |

As variáveis que mais caracterizam a gestante diabética 1 são: assistência (<30%) e afiliação (<30%). Para a gestante diabética 2 são: intracção (>70%), afago (>70%) e afiliação (<30%) e para gestante diabética 3: são assistência (>70%), afago (<30%), deferência (<30%) e afiliação (>70%).

#### Área: Ação

**Tabela XXVII:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores de ação das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável   | Grupo                    | n  | Média | Dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|------------|--------------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Dominância | Diabéticas               | 16 | 35,94 | 27,76 | 30,00   | 5,00   | 90,00  | 0,086 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 57,19 | 24,70 | 57,50   | 20,00  | 95,00  |       |
|            | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 40,35 | 35,81 | 30,00   | 1,00   | 99,00  |       |
| Denegação  | Diabéticas               | 16 | 65,75 | 31,58 | 75,00   | 10,00  | 99,00  | 0,708 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 66,56 | 29,59 | 77,50   | 10,00  | 95,00  |       |
|            | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 60,20 | 29,20 | 60,00   | 1,00   | 99,00  |       |
| Desempenho | Diabéticas               | 16 | 53,75 | 30,25 | 55,00   | 5,00   | 95,00  | 0,507 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 62,19 | 29,16 | 62,50   | 1,00   | 99,00  |       |
|            | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 47,85 | 36,41 | 47,50   | 1,00   | 95,00  |       |
| Exibição   | Diabéticas               | 16 | 49,38 | 31,83 | 45,00   | 1,00   | 99,00  | 0,724 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 52,94 | 32,42 | 45,00   | 5,00   | 99,00  |       |
|            | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 46,15 | 34,74 | 37,50   | 1,00   | 99,00  |       |
| Agressão   | Diabéticas               | 16 | 45,63 | 25,02 | 47,50   | 5,00   | 90,00  | 0,972 |
|            | Não Diabéticas           | 16 | 48,38 | 31,07 | 50,00   | 5,00   | 99,00  |       |
|            | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 47,90 | 37,30 | 52,50   | 1,00   | 95,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam a ação.

**Tabela XXVIa:** Frequências absolutas e relativas dos escores de ação das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável   |           | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|------------|-----------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|            |           | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|            |           | n          | %    | N              | %    | n                        | %    |       |
| Dominância | < 30%     | 6          | 12,5 | 2              | 12,5 | 9                        | 45,0 | 0,247 |
|            | 30% - 70% | 7          | 62,5 | 10             | 62,5 | 6                        | 30,0 |       |
|            | > 70%     | 3          | 25,0 | 4              | 25,0 | 5                        | 25,0 |       |
| Denegação  | < 30%     | 4          | 18,8 | 3              | 18,8 | 3                        | 15,0 | 0,344 |
|            | 30% - 70% | 3          | 25,0 | 4              | 25,0 | 10                       | 50,0 |       |
|            | > 70%     | 9          | 56,3 | 9              | 56,3 | 7                        | 35,0 |       |
| Desempenho | < 30%     | 4          | 12,5 | 2              | 12,5 | 8                        | 40,0 | 0,415 |
|            | 30% - 70% | 7          | 43,8 | 7              | 43,8 | 5                        | 25,0 |       |
|            | > 70%     | 5          | 43,8 | 7              | 43,8 | 7                        | 35,0 |       |
| Exibição   | < 30%     | 4          | 18,8 | 3              | 18,8 | 9                        | 45,0 | 0,467 |
|            | 30% - 70% | 7          | 50,0 | 8              | 50,0 | 5                        | 25,0 |       |
|            | > 70%     | 5          | 31,3 | 5              | 31,3 | 6                        | 30,0 |       |
| Agressão   | < 30%     | 4          | 31,3 | 5              | 31,3 | 8                        | 40,0 | 0,191 |
|            | 30% - 70% | 11         | 43,8 | 7              | 43,8 | 6                        | 30,0 |       |
|            | > 70%     | 1          | 25,0 | 4              | 25,0 | 6                        | 30,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam ação.

A característica mais representativa tanto para o grupo das diabéticas quanto para o das não diabéticas é a denegação (56,3% - > 70%). O grupo das gestantes não diabéticas não apresentou nenhuma característica representativa.



Nestas variáveis obtivemos os seguintes valores para as três gestantes diabéticas:

|            | A1     | A2     | A3     |
|------------|--------|--------|--------|
| Dominância | > 70%  | > 70%  | 30-70% |
| Denegação  | 30-70% | > 70%  | 30-70% |
| Desempenho | > 70%  | > 70%  | >70%   |
| Exibição   | > 70%  | > 70%  | 30-70% |
| Agressão   | 30-70% | 30-70% | 30-70% |

No caso da gestante diabética 1, as variáveis que mais a caracterizam são: dominância (>70%), desempenho (>70%) e exibição (> 70%). Para a gestante diabética 2, são: dominância (>70%), denegação (>70%), desempenho (>70%) e exibição (>70%), enquanto que para a gestante diabética 3 é o desempenho.

### Área: Metódico

**Tabela XXVIII:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores de metódico das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável     | Grupo                    | n  | Média | dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|--------------|--------------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Ordem        | Diabéticas               | 16 | 61,50 | 35,51 | 75,00   | 1,00   | 99,00  | 0,127 |
|              | Não Diabéticas           | 16 | 72,38 | 24,82 | 80,00   | 20,00  | 99,00  |       |
|              | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 49,50 | 33,32 | 47,50   | 1,00   | 99,00  |       |
| Persistência | Diabéticas               | 16 | 60,75 | 36,04 | 67,50   | 5,00   | 99,00  | 0,217 |
|              | Não Diabéticas           | 16 | 65,13 | 32,47 | 75,00   | 10,00  | 99,00  |       |
|              | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 48,30 | 33,22 | 47,50   | 1,00   | 95,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

**Tabela XXVIII a:** Frequências absolutas e relativas dos escores de metódico das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável |           | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|----------|-----------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|          |           | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|          |           | N          | %    | N              | %    | N                        | %    |       |
| Ordem    | < 30%     | 3          | 18,8 | 1              | 6,3  | 7                        | 35,0 | 0,301 |
|          | 30% - 70% | 5          | 31,3 | 5              | 31,3 | 6                        | 30,0 |       |
|          | > 70%     | 8          | 50,0 | 10             | 62,5 | 7                        | 35,0 |       |
| Persist. | < 30%     | 5          | 31,3 | 4              | 25,0 | 7                        | 35,0 | 0,858 |
|          | 30% - 70% | 3          | 18,8 | 4              | 25,0 | 6                        | 30,0 |       |
|          | > 70%     | 8          | 50,0 | 8              | 50,0 | 7                        | 35,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam área metódico.

As variáveis ordem (50% - >70%) e persistência (50% - >70%) são as que mais caracterizam o grupo das diabéticas e o das não diabéticas.

Nestas variáveis obtivemos os seguintes valores para as três gestantes diabéticas:

| Variável     | A1   | A2   | A3   |
|--------------|------|------|------|
| Ordem        | >70% | >70% | >70% |
| Persistência | >70% | >70% | >70% |

Para as três gestantes diabéticas as características de ordem e persistência são significativas.

## Área: Independência

**Tabela XXIX:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores de independência das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável  | Grupo                    | N  | Média | dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|-----------|--------------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Mudança   | Diabéticas               | 16 | 55,25 | 34,39 | 55,00   | 5,00   | 99,00  | 0,260 |
|           | Não Diabéticas           | 16 | 42,88 | 21,93 | 45,00   | 1,00   | 75,00  |       |
|           | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 38,05 | 32,64 | 32,50   | 1,00   | 99,00  |       |
| Autonomia | Diabéticas               | 16 | 58,63 | 29,51 | 52,50   | 5,00   | 99,00  | 0,841 |
|           | Não Diabéticas           | 16 | 52,25 | 30,33 | 62,50   | 1,00   | 90,00  |       |
|           | Gestantes Não Diabéticas | 20 | 53,00 | 33,14 | 62,50   | 1,00   | 99,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação às variáveis que representam a independência.

**Tabela XXIX.a:** Frequências absolutas e relativas dos escores de independência das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Variável  |           | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|-----------|-----------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|           |           | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|           |           | n          | %    | N              | %    | n                        | %    |       |
| Mudança   | < 30%     | 4          | 25,0 | 4              | 25,0 | 9                        | 45,0 | 0,122 |
|           | 30% - 70% | 6          | 37,5 | 11             | 68,8 | 7                        | 35,0 |       |
|           | > 70%     | 6          | 37,5 | 1              | 6,3  | 4                        | 20,0 |       |
| Autonomia | < 30%     | 3          | 18,8 | 4              | 25,0 | 6                        | 30,0 | 0,755 |
|           | 30% - 70% | 7          | 43,8 | 8              | 50,0 | 6                        | 30,0 |       |
|           | > 70%     | 6          | 37,5 | 4              | 25,0 | 8                        | 40,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação as variáveis que representam a independência.

Nesse item não houve um número de respostas que correspondesse a uma porcentagem representativa dos grupos.

Nestas variáveis obtivemos os seguintes valores para as três gestantes diabéticas:

| Variável  | A1     | A2     | A3    |
|-----------|--------|--------|-------|
| Mudança   | < 30%  | 30-70% | < 30% |
| Autonomia | 30-70% | > 70%  | >70%  |

No caso da gestante diabética 1, mudança foi à característica mais representativa (<30%), enquanto para gestante diabética 2, foi a autonomia (>70%), e no caso da 3, as características de mudança (<30%) e autonomia (>70%) foram mais representativas.

### Área: Heterossexualidade

**Tabela XXX:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo do escore de heterossexualidade das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Grupo                    | N  | Média | Dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|--------------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Diabéticas               | 16 | 30,81 | 28,88 | 20,00   | 1,00   | 90,00  | 0,705 |
| Não Diabéticas           | 16 | 23,31 | 20,75 | 20,00   | 1,00   | 70,00  |       |
| Gestantes Não Diabéticas | 20 | 34,95 | 32,56 | 27,50   | 1,00   | 90,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

**Tabela XXX.a:** Frequências absolutas e relativas do escore de heterossexualidade das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Heterossexualidade | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|--------------------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|                    | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|                    | n          | %    | N              | %    | n                        | %    |       |
| < 30%              | 9          | 56,3 | 10             | 62,5 | 10                       | 50,0 | 0,325 |
| 30% - 70%          | 5          | 31,3 | 6              | 37,5 | 5                        | 25,0 |       |
| > 70%              | 2          | 12,5 | 0              | 0,0  | 5                        | 25,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à variável de heterossexualidade. Nos três grupos encontramos percentual <30%.

Para as duas gestantes diabéticas os valores obtidos foram <30, enquanto para terceira foi entre 30-70%.

### Área: Desejabilidade social

**Tabela XXXI:** Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo do escore de desejabilidade social das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Grupo                | N  | Média | Dp    | Mediana | Mínimo | Máximo | p*    |
|----------------------|----|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| Diabéticas           | 16 | 60,69 | 29,07 | 67,50   | 1,00   | 95,00  |       |
| Não Diabéticas       | 16 | 59,31 | 33,43 | 67,50   | 1,00   | 99,00  | 0,981 |
| Gestantes Diabéticas | 20 | 60,00 | 30,22 | 72,50   | 5,00   | 95,00  |       |

\*: nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

**Tabela XXXI.a:** Frequências absolutas e relativas do escore de desejabilidade social das adolescentes, segundo o grupo de estudo

| Desejabilidade Social | Grupo      |      |                |      |                          |      | p*    |
|-----------------------|------------|------|----------------|------|--------------------------|------|-------|
|                       | Diabéticas |      | Não Diabéticas |      | Gestantes Não Diabéticas |      |       |
|                       | n          | %    | N              | %    | N                        | %    |       |
| < 30%                 | 3          | 18,8 | 4              | 25,0 | 4                        | 20,0 |       |
| 30% - 70%             | 8          | 50,0 | 6              | 37,5 | 6                        | 30,0 | 0,766 |
| > 70%                 | 5          | 31,3 | 6              | 37,5 | 10                       | 50,0 |       |

(\*): nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Através da tabela acima observamos que os grupos não apresentam diferença significativa em relação à variável de desejabilidade social. Apenas no grupo das gestantes não diabéticas encontramos valores representativos (50% - >70%).

No caso das gestantes diabéticas obtivemos os seguintes valores: uma entre 30% e 70% e as outras duas > 70% neste item.

## 6. DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização da população estudada, observamos que a média de idade dos grupos de jovens diabéticas, não diabéticas e gestantes não diabéticas é de 15 anos. Tal fato reflete uma certa homogeneidade nestes grupos, uma vez que características da fase da adolescência intermediária (14 -17), como aumento dos conflitos internos e interpessoais, como também aumento do interesse no contato físico, comportamento sexual de natureza exploratória e relações casuais acompanhadas da negação de suas conseqüências, tenderiam a predominar. O grupo de gestantes diabéticas, por sua vez, tem a média de idade situada na fase final da adolescência (18,3 anos), fase na qual um certo assentamento dos conflitos acompanhado por um maior grau de maturidade, maior envolvimento com as questões relativas ao mundo adulto, sendo as relações afetivas mais íntimas e constantes.

Quanto ao nível de escolaridade das adolescentes estudadas, notamos que a maioria delas, ou estão cursando ou já concluíram o ensino médio, o que corresponde ao esperado para a faixa etária, não havendo registro de reprovações ou interrupções no processo educacional. No entanto, vale ressaltar que por pertencer a uma faixa etária mais avançada, as gestantes diabéticas apresentam maior nível de escolaridade, pressupondo maior tempo de exposição às informações e maior capacidade de administrar as escolhas.

No que concerne ao estado civil das jovens, nota-se que das 20 gestantes não diabéticas estudadas, apenas duas residem com seus parceiros, enquanto

das três gestantes diabéticas só uma não reside. Apesar da casuística ser pequena e não permitir uma análise comparativa, cogitamos a respeito da qualidade desses relacionamentos, o grau de envolvimento e compromisso em relação à chegada de um filho. Estar com o parceiro implica assumir uma relação de casal, desprendendo-se dos próprios pais e do vínculo de dependência destes, assumindo o papel de futuros pais, que incorre necessariamente tanto em independência pessoal e econômica, quanto em maior grau de responsabilidade, o que parece mais característico no grupo de gestantes diabéticas.

Podemos também considerar o fato de algumas delas terem optado por morar junto com o parceiro para atender as eventuais pressões sociais que tenham sofrido e não necessariamente por terem desejado.

Associados a esse fato temos a questão da ocupação atual e dos planos para o futuro, uma vez que boa parte das gestantes não diabéticas não trabalha nem estuda e tem no casamento e no cuidado com o filho suas únicas metas, diferentemente das adolescentes dos demais grupos, incluindo aqui as gestantes diabéticas, em que o estudo e o trabalho fazem parte de suas vidas atuais e de seus planos futuros, condições estas favoráveis para uma maior independência.

No que diz respeito ao aspecto da idade da menarca identificamos que a média de idade para todas as adolescentes avaliadas foi de 12 anos, o que confirma os dados de literatura. Interessante notar que o tempo transcorrido entre a data da menarca e a gravidez é superior no caso das gestantes diabéticas em comparação as não diabéticas, o que fala a favor de um maior amadurecimento e preparo físico e emocional para a gestação e para a maternidade.

Quanto à sexualidade, observamos que mais da metade das jovens diabéticas e não diabéticas estudadas já teve alguma experiência de namoro, embora uma pequena parcela tenha iniciado a vida sexual. No que se refere ao início da atividade sexual, foi possível identificar que a média de idade para os grupos de diabéticas, não diabéticas e gestantes foi de 14,7 anos, enquanto para as gestantes diabéticas foi de 15 anos, muito próximo do achado da literatura, que é de 14,5 anos. Não podemos deixar de considerar o fato de ser esta uma idade ainda bastante precoce, se levarmos em conta aspectos referentes ao desenvolvimento emocional e a capacidade de realizar escolhas.

Realizar escolhas conscientes implica, entre outros fatores, estar de posse de informações consistentes e realistas, o que parece não ter ocorrido com as jovens do estudo, uma vez que a maioria ou não recebeu nenhum tipo de orientação ou recebeu alguma orientação de amigas, exceção feita às gestantes diabéticas, em que todas afirmaram ter sido orientadas.

No entanto, podemos discutir a natureza desta orientação, haja vista que a maioria foi orientada por amigas, secundariamente por pessoas da família, professores e por último por profissionais de saúde. Dias e Gomes (2000) em estudo sobre as conversas em família sobre sexualidade, perceberam que a informação que as jovens gestantes recebiam eram parcial e incompleta, que a comunicação esteve comprometida por falta de confiança no interlocutor preferencial (mãe) e que a rede de apoio constituída por tias e amigas não trouxe os esclarecimentos necessários.

As famílias parecem persistir na dificuldade de abordar o assunto em casa, os meios de comunicação que atravessam o assunto sem o menor



comprometimento e os programas de orientação sexual que falham tanto no que se refere ao nível quanto à qualidade da orientação. Não podemos deixar de falar das jovens que raramente recebem orientação por parte de médicos especialistas que a acompanham, muitas vezes por anos, devido a uma doença de base

Faz-se importante apontar o fato de que a exposição ao risco de gravidez tanto no grupo de jovens diabéticas quanto no grupo de gestantes diabéticas e não diabéticas é ou foi bastante significativo, se levarmos em conta que boa parte delas iniciou a vida sexual sem fazer uso de qualquer método contraceptivo. Outros estudos, já mencionados anteriormente neste trabalho, sobre o uso de contraceptivos pela população jovem, afirmam que pelo menos 55% das que iniciam vida sexual utiliza algum método contraceptivo desde a primeira relação, e que a camisinha é o método mais conhecido e usado pela população jovem, até mesmo porque está associado à função de prevenir contra às DST/AIDS.

Interessante notar que uma das gestantes afirmou ter usado a pílula do dia seguinte como método contraceptivo, recurso este indicado apenas em casos especiais e mediante orientação e prescrição médica, o que é pouco provável que isto tenha ocorrido. Apesar de ter sido informado este fato por apenas uma jovem de nosso estudo, muito nos preocupa estar sendo esta uma prática difundida entre as adolescentes.

Vale a pena discutir o exemplo da gestante diabética (caso 2), que interrompeu, por orientação médica, o uso de pílula anticoncepcional que fazia, por conta de um cisto ovariano, acreditando que não engravidaria. Podemos pensar a respeito do grau de desconhecimento da paciente sobre a possibilidade de engravidar, associado à inabilidade da orientação médica que apenas

privilegiou o tratamento clínico desconsiderando a possibilidade de gravidez com a interrupção da pílula, uma vez que a jovem tinha vida sexual ativa.

Na questão sobre aborto, nenhuma das jovens entrevistadas afirmou ter pensado ou realizado aborto.

No que se refere especificamente aos grupos de diabéticas, notamos que, em sua maioria, elas ainda contam com suas mães para realizar o controle da doença, o que denota uma relação de dependência com estas mães no tocante aos cuidados com a própria saúde, além de uma necessidade de cuidado e proteção materna, decorrentes de sentimentos de insegurança de o fazerem sozinhas e ou de uma necessidade de manterem-se ligadas às suas mães através de um vínculo de dependência. Lembrando que, quando o diabetes ocorre na infância, os pais tendem a superproteção e a criança, segundo Burd (2004), pode assumir uma postura de dependência passiva, podendo desenvolver uma imagem fragilizada de si mesma.

Encontramos aqui sentimentos ambivalentes: ao mesmo tempo em que desejam ter independência e responsabilidades, desejam também se manter dependentes da figura materna, numa atitude primitiva de garantia da sobrevivência, ameaçada pela doença e por uma estrutura psíquica ainda em formação. Compartilhamos do princípio descrito por Celia (2004) de que qualquer gestação não é totalmente aceita nem desejada e o não desejado nem sempre é rejeitado. Tratam-se de vivências opostas e normais, que se tornam mais fortes no momento particular da gravidez.

Vale enfatizar que, o tempo para as jovens diabéticas adquire um caráter de urgência, uma vez que a doença crônica pode levar a limitações físicas ou

apresentar complicações clínicas que comprometam seriamente a qualidade de vida futura das mesmas, assim, a necessidade de realizar planos e projetos a curto e médio prazo se faz imperiosa.

Abordando o item da idade da progenitora, verificamos que, em sua maioria, as mães das jovens de nossa amostra não se tornaram mães na adolescência, fato este discutido na literatura como uma ocorrência freqüente nos casos de gravidez na adolescência, uma vez que a própria mãe serviria como modelo de identificação para a filha. No caso de uma das gestantes diabéticas, a idade da progenitora foi de 15 anos, ou seja, ambas deram à luz ainda na adolescência.

Falando a respeito do relacionamento das jovens com suas mães, a maioria delas afirma ter bom relacionamento com suas mães, no entanto, no que se refere à questão da orientação sexual, elas não se valeram deste vínculo como fonte de esclarecimento de questões referentes à sexualidade, conforme já citado anteriormente. Steinberg (1999), fala da ocorrência de uma associação entre o aparecimento de características físicas pubertárias e um distanciamento progressivo entre os pais e filhos, podendo ser intensificados alguns conflitos, especialmente com a figura materna. A experiência da sexualidade é um dos aspectos mais importantes e problemáticos do diálogo entre os adolescentes e seus pais.

A questão da escolaridade da mãe, pode também ser um fator relevante para esta discussão, uma vez que em sua maioria as jovens desconhecem a escolaridade das mães, o que demonstra um certo desinteresse quanto à vida pessoal dessas, apesar de terem referido bom relacionamento. Outro fato que

deve ser apontado é o baixo nível de escolaridade das mães (fundamental incompleto), o que nos leva a pensar sobre a importância desse fator na quantidade e qualidade das informações transmitidas.

Quanto à situação conjugal dos pais, se compararmos o grupo de diabéticas com o grupo de não diabéticas, verificamos que no primeiro grupo predominam pais casados em relação ao segundo em que a situação conjugal é predominantemente de pais separados. Merece destaque o fato, ainda que não significativo do ponto de vista estatístico, que salvo o grupo de diabéticas, em que os pais, em sua maioria, são casados/amasiados, no grupo das adolescentes não diabéticas e no grupo de gestantes, a soma da condição de pais separados com a de pai falecido/desconhecido é superior à condição de casados/amasiados, o que nos permite pensar num contato distante ou mesmo ausente com a figura paterna, trazendo repercussões importantes para o desenvolvimento psicológico da jovem.

O item referente à qualidade do relacionamento com o pai confirma estes dados, uma vez que, à exceção do grupo de diabéticas, se considerarmos o somatório das respostas ruim, não tem contato e pai falecido, o resultado superará o número de respostas referentes a um bom relacionamento, o que implica dizer que o vínculo dessas jovens com a figura paterna parece ser precário da mesma maneira que a representação de sua função. Tais resultados corroboram os de outros estudos (Taquette,1992, Raine et al,1999,Karosfsky et,2000 citados por Taquette et al,2004), que revelam que a ausência do pai, especialmente do ponto de vista afetivo, é um fator de risco à sexualidade precoce. Jovens que não receberam carinho e cuidado familiar, cedo se engajam em relacionamento sexual desprotegido, talvez para suprir uma carência emocional. Os autores identificaram

ainda que, o grupo de jovens virgens apresentou maior índice de diálogo com seus pais, existindo uma forte associação entre virgindade e família estruturada.

A exemplo das mães, as jovens parecem, em sua maioria, desconhecer o nível de escolaridade dos pais, neste caso, muito provavelmente em decorrência de um relacionamento distante.

Quanto aos resultados obtidos no teste de raciocínio verbal podemos afirmar que houve uma certa homogeneidade nos três grupos, indicando capacidade abaixo da média em estabelecer relações abstratas entre conceitos verbais e conhecimento vocabular estando, portanto, abaixo da expectativa para pessoas de mesma idade e mesmo de nível escolaridade. A avaliação realizada não nos permite falar em termos de nível mental, mas de habilidade cognitiva específica. O que nos faz pensar num baixo nível de compreensão destas jovens acerca das informações e orientações recebidas.

Passaremos a discutir os resultados referentes aos perfis de personalidade. por grupos .

Grupo de jovens diabéticas:

Podemos afirmar que o grupo de jovens diabéticas apresenta forte desejo de prestar ajuda ao outro, de gratificar as necessidades de uma outra pessoa em situação de desvantagem, de dar suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios. Tem como característica a necessidade de vincular-se a um grupo, dar e receber afeto de pessoas conhecidas, em geral são pessoas leais, de confiança e de boa vontade. Apresenta ainda, uma tendência de se submeter

passivamente à força externa, aceitar desaforo, castigo e culpa, resignar-se ao destino, admitir erros e fracassos se colocando numa posição de inferioridade. O grupo demonstra ter tendência a colocar as coisas em ordem, manter a limpeza, organização, equilíbrio e precisão, bem como de levar a cabo qualquer trabalho ou atividade iniciada por mais difícil que possa parecer. Pode viver obcecado por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando em queixas de cansaço e preocupações. Demonstra pouco interesse por questões de natureza sexual.

#### Grupo de jovens não diabéticas

O grupo tem como características marcantes, um forte desejo de prestar ajuda e gratificar às necessidades do outro, além de buscar unir-se a outras pessoas com as quais possa ter uma amizade sincera e leal. As jovens desse grupo apresentam uma relação de admiração e obediência frente às figuras de autoridade. O grupo demonstra ter tendência a colocar as coisas em ordem, manter a limpeza, organização, equilíbrio e precisão, bem como de levar a cabo qualquer trabalho ou atividade iniciada por mais difícil que possa parecer. Pode viver obcecado por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando em queixas de cansaço e preocupações. Interesse e desejo limitados em manter relações românticas e sexuais com pessoas do sexo oposto.

### Grupo de gestantes:

O que mais caracteriza o grupo das gestantes é a recusa em buscar e receber apoio e proteção das pessoas e a pouca tolerância em aguardar que seus desejos sejam satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga. Apresenta preocupação em agradar, atender às expectativas de outras pessoas, ou responder àquilo que consideram que os outros gostariam de ouvir.

### Gestantes diabéticas:

A adolescente 1, é uma jovem que pouco se interessa em prestar ajuda ao outro, bem como estabelecer vínculos de amizade. Trata-se de uma jovem que apresenta sentimentos de autoconfiança e desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento das pessoas através de sugestão, sedução, persuasão ou comando. É ambiciosa, gosta de fazer coisas independentemente e com rapidez a fim de se sobressair, vencer obstáculos e manter altos padrões de realização. Associa-se a isso a vaidade, expressa pelo desejo de impressionar, ser ouvida e vista. Gosta de fascinar as pessoas, e até mesmo chocá-las, tendendo a uma certa dramatização. A jovem não demonstra desejo em mudar seus hábitos, nem experimentar coisas novas, ao contrário, prefere o que é rotineiro, fixo e sem aventura .

No caso da adolescente 2, pode-se dizer que é uma jovem que se deixa conduzir por sentimentos e inclinações difusas, é dominada pela procura da felicidade por meio da fantasia e imaginação. É subjetiva em suas atitudes e decisões, pouco prática, intuitiva, algo egocêntrica e idealista. Busca, entretanto, apoio e proteção de pessoas que a entendam. Deseja ser apoiada, consolada e

orientada No entanto, essa busca não se dá através da amizade, já que não demonstra necessidade de vinculação aos amigos. Apresenta ainda, tendência à resignação e à passividade, o que muito provavelmente atua como um impeditivo na concretização de seus planos e ideais. A jovem manifesta forte desejo de sentir-se livre, não gosta de executar tarefas impostas por alguma autoridade, desafia qualquer convenção, gosta de agir livremente e independentemente, seguindo seus próprios impulsos, no entanto procura corresponder às expectativas dos outros.

É característico da jovem 3 o desejo de ajudar o outro e a busca de apoio, proteção e satisfação de seus desejos por meio de alguém que a entenda ou através de um grupo de amigos Demonstra ter pouca admiração e respeito pelas figuras de autoridade. Recusa em buscar e receber apoio e ajuda das pessoas e pouca tolerância em aguardar que seus desejos sejam satisfeitos por alguma pessoa querida e amada. Observa-se que a ambição e o empenho em realizar são aspectos que lhe são difíceis, por outro lado, manipular, dominar e organizar objetos, pessoas e idéias são as características que mais a definem. A jovem não deseja mudar seus hábitos de vida, no entanto deseja ter mais autonomia, se sentir livre para tomar suas próprias decisões. O interesse e o desejo em manter relações românticas e sexuais com pessoas do sexo oposto, ocorrem dentro do que pode ser considerado como esperado. Procura ainda, corresponder às expectativas de outras pessoas.

No que se refere aos perfis de personalidade identificados para cada grupo, podemos identificar fortes semelhanças entre os grupos de jovens diabéticas e o das jovens não diabéticas. Ambos demonstram interesse em prestar ajuda ao



outro e desejo de estar entre amigos, características típicas do período da adolescência, em que o grupo serve como referência de valores e atitudes. No caso das diabéticas, podemos pensar que existe também uma tendência a aproximação de outros jovens, também portadores da doença, como meio de troca de experiências e de ajuda. Têm ordem no que fazem e são disciplinadas, o que no caso das diabéticas é característica imprescindível para uma boa adesão ao tratamento. Demonstram ainda pouco interesse por questões sexuais e não se preocupam em fazer ou dizer coisas para agradar o outro, sendo fiéis aos seus desejos e necessidades. Entretanto, apresentam certa resignação e passividade diante das situações de vida. Para as diabéticas interpretamos como sendo uma forma encontrada para poder explicar o surgimento da doença e poder assim dar conta de todas as exigências e limitações que dela decorrem. No caso das jovens não diabéticas, aparece ainda uma relação de respeito e admiração por pessoas de autoridade, porém com um caráter de submissão.

Para o grupo de gestantes, como poucas características foram fortemente evidenciadas, optamos em fazer uma análise das tendências do grupo, ficando marcada a recusa em receber e buscar apoio e proteção das pessoas e uma tendência do grupo em não se preocupar em ajudar o outro, como se estivessem voltadas apenas para si mesmas e para suas próprias necessidades. O grupo tende a ser mais pragmático e objetivo em suas avaliações e decisões. Respeitam autoridade, beirando um certo grau de submissão. Parece não terem interesse em mudar seus hábitos de vida, mas anseiam ter autonomia, desejam sentir-se livres, seguirem os próprios impulsos, desafiar convenções.

Tal constatação nos faz pensar que talvez seja por esse motivo que um número significativo de adolescentes que engravidam continuam a morar com os pais, mantendo as mesmas condições de vida que mantinham antes da gestação. Reportando-nos a Lartigue e Rocabert (2004), quando descrevem a condição vivida pela jovem gestante associada à crise da adolescência: *"existe uma tendência a abrigar-se em certas etapas evolutivas anteriores à fase da autonomia, aumentando a dependência e dificultando consideravelmente a possibilidade de evolução longe da família de origem"* (pag. 191).

O que há em comum no grupo de gestantes diabéticas estudadas diz respeito ao desejo de unirem-se ao grupo de amigos, havendo uma valorização da amizade. São jovens ambiciosas e têm o desejo de fazer as coisas independentemente com empenho e rapidez, vencem obstáculos e mantêm elevados padrões de realização. Executam suas atividades com ordem e são disciplinadas no exercício de suas atribuições. Tendem a manter suas rotinas de vida sem grandes modificações, porém desejam tomar atitudes e decisões livremente baseadas em seus próprios impulsos.

Vale lembrar que, diferente do que se acredita, as jovens gestantes de nossa amostra a exemplo das jovens dos demais grupos, não apresentaram elevado interesse por relacionamentos amorosos e sexuais, pelo contrário, o interesse mostrou estar abaixo do considerado esperado. No caso das diabéticas, podemos entender a questão baseando-se nas considerações feitas por Katchadourian (1980) citado por Greydanus et al (1992), quando afirma que os jovens doentes crônicos podem desenvolver baixa auto-estima e imagem corporal desvalorizada, podem temer o contato físico, podem se sentir inseguros

quanto ao seu poder de atração do outro, como podem ter dúvidas quanto à sua capacidade reprodutiva.

Podemos ainda nos valer da releitura feita por Dias e Gomes (2000) de Foucault (1993) sobre a sexualidade, que sugere que as jovens, ao exercerem sua sexualidade, estão também buscando o prazer de conhecer a si mesmas, e não apenas o prazer sexual. A verdade sobre a sexualidade estaria para estas jovens comprometida pelas contradições informativas sobre prazer e riscos e pela ambigüidade comunicativa de seus interlocutores. As jovens acabam por descobrir que sexo e prazer só podem ser conhecidos na própria experiência que as levará ao conhecimento de si mesmas.

A doença interfere no desenvolvimento da sexualidade podendo ser um fator de risco. As restrições impostas pela doença e tratamento, a forma como a família e o grupo de amigos lidam com a jovem diabética podem dificultar o processo adolescente. Segundo Mores et al (2004), entre as jovens com doenças crônicas, o desejo de gravidez, mesmo que inconsciente, pode surgir como forma de provar a capacidade de gerar vida, carregando-a dentro de si, ou como tentativa de resgate da própria vida. O que muito bem exemplifica a jovem do caso 3, quando nos diz: *"é como se fosse um motivo a mais para se cuidar e viver"*.

Podemos afirmar que a gravidez estaria representando tanto um passo em direção ao crescimento, amadurecimento e individuação, quanto um retorno à condição de dependência da figura materna, como forma de reativar o vínculo simbiótico. Para a jovem diabética a urgência do tempo associada a um maior grau de consciência e maturidade, uma vez que a doença pode trazer

complicações clínicas que comprometam seriamente a qualidade de vida futura das mesmas, tornam a necessidade de realização de planos e projetos a curto e médio prazo imperiosa.

Tais informações acentuam nossa percepção de que as jovens diabéticas “decidem” pela gestação com propriedade e desejosas de com isto poder conseguir liberdade, amadurecimento e um sentido de vida.

Ainda assim, podemos considerar que a gravidez para as jovens diabéticas não ocorreu de maneira tão ocasional e imprevista, mas de uma forma “desejada”, num nível mais ou menos consciente. Ao nosso ver a gravidez aqui teria uma função organizadora do ponto de vista psíquico, uma vez que ela traria a exigência de uma maior auto-proteção, por meio de cuidados mais rigorosos e disciplinados com sua saúde, em prol de seu bem estar e de seu bebê, o que para muitos casos não vinha acontecendo.

Parece-nos que estas jovens “buscam” a gravidez com forma de amadurecimento. A gestação aqui estaria a serviço da promoção do crescimento, do aumento das responsabilidades e da autonomia, inversamente ao que é esperado.

Consideramos de fundamental importância a criação de programas institucionais voltados para a saúde do adolescente que contemplem, além de discussões e informações claras e objetivas sobre sexualidade e contracepção, a inclusão de pais ou responsáveis com o objetivo de fortalecer a relação, diminuir as distancias, minimizar os conflitos através do reconhecimento e expressão de dúvidas e sentimentos.

Desta forma acreditamos ser possível reduzir o número de gestações na adolescência, postergando-a para um momento de vida em que estas jovens se percebam mais preparadas e maduras.

## 7. Conclusões

Concluimos que fatores como a idade, o nível de escolaridade, a ocupação atual, os planos para o futuro e a orientação sexual podem predispor à gravidez. As gestantes diabéticas caracterizam-se por pertencer a uma faixa etária superior, com maior grau de escolaridade, tendo como ocupação o estudo e ou trabalho, planos para o futuro e por ter recebido mais orientações sexuais do que as jovens dos demais grupos estudados. A doença crônica, o diabetes, parece ser um fator igualmente relevante na decisão pela gravidez.

Outros fatores como idade de início da vida sexual, uso regular de algum método contraceptivo e qualidade do relacionamento familiar são significativos para a ocorrência de uma gravidez na adolescência, sendo estes similares nas populações de jovens diabéticas e não diabéticas.

O desejo de independência associado a uma resistência à mudança caracteriza o perfil das gestantes tanto diabéticas quanto não diabéticas, entretanto, a ambição, o empenho em vencer obstáculos, bem como a ordem e a disciplina na concretização de suas metas diferenciam as gestantes diabéticas, tornando-as mais conscientes de suas escolhas.

## 7. ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São Paulo, ..... de ..... de 2004.

Eu, Sandra Ribeiro de Almeida Lopes, estou realizando uma pesquisa com o título: **“Estudo comparativo dos fatores predisponentes à gravidez em adolescentes diabéticas e não diabéticas”** que tem por objetivo identificar e analisar os fatores que levam a gravidez em jovens com diabetes e sem diabetes.

A pesquisa em questão está sendo desenvolvida sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Longui, no programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas Da Santa Casa de São Paulo.

Ao aceitar participar deste estudo, você responderá a três questionários, este material tem por finalidade conhecê-la melhor.

Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem que esta decisão venha prejudicar seu tratamento, atual ou futuro neste hospital

As informações oferecidas serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só será realizada pelo autor que conduz o estudo. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas sua identidade será preservada.

---

Assinatura do Pesquisado/ Responsável

---

Assinatura da Pesquisadora

*Sandra Ribeiro de Almeida Lopes*

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO**

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR**

**FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome da paciente: \_\_\_\_\_
2. Reg.: \_\_\_\_\_
3. Data da Entrevista: \_\_\_\_\_
4. Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cep: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_
5. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
6. Idade: \_\_\_\_\_
7. Naturalidade: \_\_\_\_\_
8. Estado Civil: \_\_\_\_\_
9. Escolaridade: \_\_\_\_\_
10. Situação ocupacional atual: \_\_\_\_\_

**Constituição Familiar**

11. Com quem reside: \_\_\_\_\_
12. Renda familiar: \_\_\_\_\_
- 13 Situação conjugal dos pais: \_\_\_\_\_
14. Idade dos pais: \_\_\_\_\_
15. Idade dos irmãos: \_\_\_\_\_
- 16 Relacionamento com familiares  
mãe: \_\_\_\_\_  
pai: \_\_\_\_\_  
irmãos: \_\_\_\_\_



17. Histórico de doenças na família: \_\_\_\_\_

História Pessoal:

18 **Para as diabéticas:**

a. Como e quando soube do diagnóstico? \_\_\_\_\_

b. Reação emocional diante do diagnóstico? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. Como vem enfrentando as restrições impostas pelo diabetes: \_\_\_\_\_

d. Tem conseguido controlar o diabetes? Quem realiza o controle? \_\_\_\_\_

19. **Para as gestantes:**

a. Como e quando obteve a confirmação da informação da gestação?  
\_\_\_\_\_

b. Reação emocional diante da gravidez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. Reação da família e/ou companheiro: \_\_\_\_\_

**Para todas as jovens:**

20- Histórico de doenças: \_\_\_\_\_

21- Uso de medicação: \_\_\_\_\_

22- Data da menarca: \_\_\_\_\_

23- Namoro: \_\_\_\_\_

24- Orientação sexual: \_\_\_\_\_

25- Início da vida sexual: \_\_\_\_\_

26. Número de parceiros: \_\_\_\_\_

27. Se faz/ fez uso de algum anticoncepcional: \_\_\_\_\_

28 Se já ficou grávida alguma vez: \_\_\_\_\_

29. Se já fez algum aborto: \_\_\_\_\_

30. Planos futuros: \_\_\_\_\_

**BPR – 5**  
Leandro S. Almeida  
Ricardo Primi

**Forma A**

***RV – Raciocínio Verbal***

**Casa do Psicólogo**

**INSTRUÇÕES**

Esta prova é constituída por frases onde falta a última palavra. É necessário encontrar essa palavra de modo a completar a frase. Veja este exemplo:

**EX. A**

**Dia** está para **Noite** como **Claro** está para

A. **Luz**   B. **Energia**   C. **Escuro**   D. **Claridade**   E. **Nuvem**

A frase estaria certa ao escolhermos a palavra “escuro”. Na folha de respostas, na linha correspondente ao Exemplo A na coluna da **Prova RV**, foi assinalado a letra **C**, exemplificando a forma como você irá responder.

Analise agora os exemplos seguintes e assinale, na sua folha de respostas, a letra correspondente à sua escolha.

**EX.B**

**Calçado** está para **Couro** como **Vestuário** está para

A. **Tecido**   B. **Camisola**   C. **Têxtil**   D. **Roupa**   E. **Algodão**

**EX. C**

**Almoço** está para **Refeição** como **Automóvel** está para

A. **Auto-estrada**   B. **Motor**   C. **Piloto**   D. **Veículo**   E. **Viagem**

**No exemplo B a resposta certa é “A”; no exemplo C a resposta certa é “D”.  
Verifique se as suas respostas coincidem.**

Certifique-se de que compreendeu o tipo de exercícios que você irá resolver assim como a forma de responder. Trabalhe sem perder tempo. Em caso de dificuldade passe ao exercício seguinte; no final se quiser pode voltar atrás e tentar resolver os exercícios em falta.

**Não escreva nada neste caderno. Tenha cuidado para não trocar a ordem das respostas.**

**1. Tapete está para Chão como Quadro está para**

**A. Muro B. Parede C. Museu D. Sala E. Frente**

**2. Quartel está para Soldado como Fábrica está para**

**A. Trabalho B. Indústria C. Esforço D. Material E. Operário**

**3. Hora está para Dia como Mês está para**

**A. Semana B. Tempo C. Calendário D. Ano E. Século**

**4. Anel está para Dedo como Gravata está para**

**A. Pescoço B. Festa C. Camisa D. Cerimônia E. Paletó**

**5. Alto está para Baixo como Estreito está para**

**A. Apertado B. Grande C. Largo D. Fundo E. Alto**

**6. Médico está para Doente como Vendedor está para**

**A. Feirante B. Cobrador C. Imposto D. Cliente E. Comerciante**

7. **Nunca** está para **Jamais** como **Sempre** está para

A. **Futuro** B. **Hoje** C. **Eterno** D. **Logo** E. **Prazo**

8. **Lenda** está para **Realidade** como **Dúvida** está para

A. **Certeza** B. **Tradição** C. **História** D. **Possível** E. **Imaginação**

9. **Bússola** está para **Navegador** como **Semáforo** está para

A. **Polícia** B. **Motorista** C. **Carro** D. **Sinaleiro** E. **Código**

10. **Rosto** está para **Face** como **Topo** está para

A. **Baixo** B. **Base** C. **Corpo** D. **Lado** E. **Cume**

11. **Asa** está para **Ar** como **Roda** está para

A. **Pneu** B. **Carro** C. **Eixo** D. **Estrada** E. **Velocidade**

12. **Importar** está para **Comprar** como **Exportar** está para

A. **Adquirir** B. **Trocar** C. **Comercializar** D. **Enviar** E. **Vender**

13. **Minoria** está para **Maioria** como **Poucos** está para

A. **Alguns** B. **Vários** C. **Muitos** D. **Todos** E. **Bastante**

14. **Moldura** está para **Quadro** como **Fronteira** está para

A. **Arredores** B. **Contorno** C. **Terra** D. **País** E. **Alfândega**

15. **Piano** está para **Música** como **Voz** está para

A. **Cantor** B. **Canto** C. **Disco** D. **Melodia** E. **Rádio**

16. **Muito** está para **Nada** como **Sempre** está para

A. Agora B. Todos C. Freqüente D. Às vezes E. Nunca

17. **Esperança** está para **Futuro** como **Arrependimento** está para

A. Posterior B. Hoje C. Passado D. Correção E. Culpa

18. **Revista** está para **Leitura** como **Bola** está para

A. Desporto B. Atleta C. Futebol D. Ginástica E. Descanso

19. **Escultura** está para **Arte** como **Poesia** está para

A. Poema B. Literatura C. Livro D. Canção E. Escritor

20. **Aprovar** está para **Contradizer** como **Avançar** está para

A. Correr B. Parar C. Impedir D. Mudar E. Retroceder

21. **Antecedente** está para **Conseqüente** como **Presente** está para

A. Futuro B. Agora C. Hoje D. Desenvolvimento E. Atualidade

22. **Permanente** está para **Constante** como **Habitual** está para

A. Sempre B. Inconstante C. Freqüente D. Repetitivo E. Escasso

23. **Tarde** está para **Cedo** como **Tardio** está para

A. Passado B. Nunca C. Pontual D. Precoce E. Rápido

24. **Nascente** está para **Rio** como **Partida** está para

A. Percurso B. Começo C. Poente D. Início E. Final

25. **Meditar** está para **Concentração** como **Julgar** está para

A. Afirmação B. Ponderação C. Atenção D. Justiça E. Julgamento

**BPR – 5**  
Leandro S. Almeida  
Ricardo Primi

**Forma B**

***RV – Raciocínio Verbal***

Casa do Psicólogo

**INSTRUÇÕES**

Esta prova é constituída por frases onde falta a última palavra. É necessário encontrar essa palavra de modo a completar a frase. Veja este exemplo:

**EX. A**

**Dia** está para **Noite** como **Claro** está para

A. **Luz** B. **Energia** C. **Escuro** D. **Clareza** E. **Nuvem**

A frase estaria certa ao escolhermos a palavra “escuro”. Na folha de respostas, na linha correspondente ao Exemplo A na coluna da **Prova RV**, foi assinalado a letra **C**, exemplificando a forma como você irá responder.

Analise agora os exemplos seguintes e assinale, na sua folha de respostas, a letra correspondente à sua escolha.

**EX.B**

**Calçado** está para **Couro** como **Vestuário** está para

A. **Tecido** B. **Camisola** C. **Têxtil** D. **Roupa** E. **Algodão**

**EX. C**

**Almoço** está para **Refeição** como **Automóvel** está para

A. **Auto-estrada** B. **Motor** C. **Piloto** D. **Veículo** E. **Viagem**

**No exemplo B a resposta certa é “A”; no exemplo C a resposta certa é “D”.  
Verifique se as suas respostas coincidem.**

Certifique-se de que compreendeu o tipo de exercícios que você irá resolver assim como a forma de responder. Trabalhe sem perder tempo. Em caso de dificuldade passe ao exercício seguinte; no final se quiser pode voltar atrás e tentar resolver os exercícios em falta.

**Não escreva nada neste caderno. Tenha cuidado para não trocar a ordem das respostas.**

**1. Tapete está para Chão como Quadro está para**

**A. Muro B. Museu C. Parede D. Sala E. Frente**

**2. Quartel está para Soldado como Fábrica está para**

**A. Trabalho B. Indústria C. Esforço D. Material E. Operário**

**3. Hora está para Dia como Mês está para**

**A. Semana B. Tempo C. Calendário D. Ano E. Século**

**4. Anel está para Dedo como Gravata está para**

**A. Pescoço B. Festa C. Camisa D. Cerimônia E. Paletó**

**5. Passado está para Presente como Ontem está para**

**A. Futuro B. Hoje C. Após D. Amanhã E. Dia**

**6. Médico está para Doente como Vendedor está para**

**A. Feirante B. Cobrador C. Imposto D. Cliente E. Comerciante**



7. **Nunca** está para **Jamais** como **Sempre** está para

A. **Futuro** B. **Hoje** C. **Eterno** D. **Logo** E. **Prazo**

8. **Piano** está para **Música** como **Voz** está para

A. **Cantor** B. **Canto** C. **Disco** D. **Melodia** E. **Rádio**

9. **Bússola** está para **Navegador** como **Semáforo** está para

A. **Motorista** B. **Polícia** C. **Carro** D. **Sinaleiro** E. **Código**

10. **Porta** está para **Casa** como **Título** está para

A. **Entrada** B. **Livro** C. **Capítulo** D. **Prefácio** E. **Sumário**

11. **Exceder** está para **Ultrapassar** como **Medir** está para

A. **Distinguir** B. **Observar** C. **Analisar** D. **Ordenar** E. **Avaliar**

12. **Praia** está para **Mar** como **Margem** está para

A. **Baía** B. **Terra** C. **Rio** D. **Porto** E. **Leito**

13. **Experimentar** está para **Ensaia** como **Persistir** está para

A. **Permanecer** B. **Agüentar** C. **Incentivar** D. **Progredir** E. **Analisar**

14. **Moldura** está para **Quadro** como **Fronteira** está para

A. **Arredores** B. **Contorno** C. **Terra** D. **País** E. **Alfândega**

15. **Sinônimo** está para **Antônimo** como **Igual** está para

A. **Diferente** B. **Parecido** C. **Contrário** D. **Inverso** E. **Idêntico**

16. **Muito** está para **Nada** como **Sempre** está para

A. Agora B. Todos C. Freqüente D. Às vezes E. Nunca

17. **Esperança** está para **Futuro** como **Arrependimento** está para

A. Posterior B. Hoje C. Passado D. Correção E. Culpa

18. **Revista** está para **Leitura** como **Bola** está para

A. Atleta B. Descanso C. Futebol D. Ginástica E. Desporto

19. **Escultura** está para **Arte** como **Poesia** está para

A. Poema B. Literatura C. Livro D. Canção E. Escritor

20. **Aprovar** está para **Contradizer** como **Avançar** está para

A. Correr B. Parar C. Impedir D. Mudar E. Retroceder

21. **Antecedente** está para **Conseqüente** como **Presente** está para

A. Futuro B. Agora C. Hoje D. Desenvolvimento E. Atualidade

22. **Permanente** está para **Constante** como **Habitual** está para

A. Sempre B. Inconstante C. Freqüente D. Repetitivo E. Escasso

23. **Tarde** está para **Cedo** como **Tardio** está para

A. Passado B. Nunca C. Pontual D. Precoce E. Rápido

24. **Ouvido** está para **Música** como **Olfato** está para

A. Gosto B. Perfume C. Ar D. Cheiro E. Ritmo

25. **Meditar** está para **Concentração** como **Julgar** está para

A. Afirmação B. Justiça C. Atenção D. Ponderação E. Julgamento

# IFP – Inventário Fatorial de Personalidade

Luiz Pasquali / Maria Mazzarello Azevedo / Ivânia Ghesti  
Instituto de Psicologia, UnB

## Instruções

**Este questionário constitui-se de 155 afirmações sobre coisas que você pode gostar ou não, sobre sentimentos que você pode experimentar ou não e jeitos de ser que você pode ter ou não.**

Você deve ler atentamente cada afirmação e dizer quanto do que ela afirma caracteriza você. Para tanto, escreva na FOLHA DE RESPOSTAS um número de 1 a 7 para cada afirmação identificada pelo número de ordem correspondente, conforme a seguinte escala:

- 7= Totalmente característico
- 6= Muito característico
- 5= Característico
- 4= Indiferente
- 3= Pouco característico
- 2= Muito pouco característico
- 1= Nada característico.

*Exemplo:*

1. Gosto de falar de mim mesmo
2. Detesto trabalhar à noite
3. (...)

### QUADRO DE RESPOSTAS

|          |   |   |     |     |
|----------|---|---|-----|-----|
| QUESTÃO  | 1 | 2 | 3   | ... |
| RESPOSTA | 6 | 3 | ... |     |

Nesse exemplo, o respondente escreveu “6” para a questão 1 (“Gosto de falar de mim mesmo”) porque achou que ela afirma algo muito característico dele; ao passo que escreveu “3” para a questão 2 (“Detesto trabalhar à noite” porque achou que ela afirmava algo pouco característico dele.

Este não é um teste ou uma prova. Não há respostas certas ou erradas. A resposta simplesmente descreve como você se sente, o que

**pensa ou o que gosta. Suas escolhas, portanto, devem ser feitas em função de seus gostos, preferências e sentimentos, pessoais e atuais; e não em função do passado ou das impressões que os outros têm de você.**

**Procure responder seqüencialmente a todas as questões.**

Casa do Psicólogo  
Livraria e Editora Ltda.

- 01- Gosto que meus amigos me apóiem quando fracasso.
- 02- Gosto de fazer coisas que outras pessoas consideram fora do comum.
- 03- Gostaria de realizar um grande feito ou grande obra na minha vida.
- 04- Gosto de experimentar novidades e mudanças em meu dia-a-dia.
- 05- Gosto de sair com pessoas atraentes do sexo oposto.
- 06- Se me pedissem para levantar um peso de 10 toneladas, eu o faria.
- 07- Parece-me mais importante avaliar as pessoas por suas intenções que por suas ações.
- 08- Não gosto de situações em que se exige que eu me comporte de determinada maneira.
- 09- Sinto-me deprimido(a) diante de minha incapacidade em lidar com várias situações.
- 10- Se eu tiver que viajar, gosto de ter as coisas planejadas com antecedência.
- 11- Minha moral está acima de qualquer crítica.
- 12- Prefiro arranjar trabalhos novos e diferentes a continuar fazendo sempre a mesma coisa.
- 13- Gosto de dizer o que penso a respeito das coisas.
- 14- Gosto de saber o que grandes personalidades disseram sobre os problemas pelos quais eu me interesso.
- 15- Gosto de ser capaz de fazer as coisas melhor do que as outras pessoas.
- 16- Gosto de concluir qualquer trabalho ou tarefa que tenha começado.
- 17- Gosto de ajudar meus amigos quando eles estão com problemas.

- 18- Não costumo abandonar um quebra-cabeça ou problema antes que consiga resolvê-lo.
- 19- Gosto de dizer aos outros como fazer seus trabalhos.
- 20- Gostaria de ser considerado(a) uma autoridade em algum trabalho, profissão ou campo de especialização.
- 21- Gosto que meus amigos sintam pena de mim quando estou doente.
- 22- Gosto de experimentar e provar coisas novas.
- 23- Já fiz coisas de natureza sexual que a sociedade não aprova.
- 24- Quando acordo de manhã, meu coração está batendo.
- 25- Quando tenho alguma tarefa para fazer, gosto de começar logo e permanecer trabalhando até completá-la.
- 26- Aceito com prazer a liderança das pessoas que admiro.
- 27- Acho que o sofrimento me faz mais bem do que mal.
- 28- Gosto de ficar sexualmente excitado.
- 29- Gosto de trabalhar horas a fio sem ser interrompido(a).
- 30- Gosto que meus amigos me dêem muita atenção quando estou sofrendo ou doente.
- 31- Costumo analisar minhas intenções e sentimentos.
- 32- Sinto-me melhor quando desisto e evito uma briga do que quando tento fazer as coisas de minha maneira.
- 33- Gosto de fazer com carinho pequenos favores a meus amigos.
- 34- Sinto-me inferior aos outros na maioria dos aspectos.
- 35- Minhas maneiras à mesa quando estou em casa exatamente as mesmas quando sou convidado(a) para jantar fora.
- 36- Gosto de ficar acordado(a) até tarde para terminar um trabalho.
- 37- Não tenho medo de dizer às pessoas que não gosto delas.
- 38- Gosto de andar pelo país e viver em lugares diferentes.
- 39- Gosto de analisar os sentimentos e intenções dos outros.
- 40- Gosto de atacar pontos de vista contrários aos meus.
- 41- Gosto de fazer gozação com pessoas que fazem coisas que eu considero estúpidas.

- 42- Se o mundo fosse acabar amanhã, continuaria vivendo como vivi até agora.
- 43- Tenho vontade de me vingar quando alguém me insulta.
- 44- Gosto de pensar sobre o caráter dos meus amigos e tentar descobrir o que os faz serem como são.
- 45- Sou leal aos meus amigos.
- 46- Gosto de levar um trabalho ou tarefa até o fim antes de começar outro.
- 47- Como demais.
- 48- Gosto de dizer aos meus superiores que eles fizeram um bom trabalho, quando acredito nisso.
- 49- Gosto de me colocar no lugar de alguém e imaginar como eu me sentiria na mesma situação.
- 50- Gosto que meus amigos sejam solidários comigo e me animem quando estou deprimida.
- 51- Antes de começar um trabalho, gosto de organizá-lo e planejá-lo.
- 52- Não gosto de ser interrompido enquanto trabalho.
- 53- Gosto que meus amigos demonstrem muito afeto por mim.
- 54- Gosto de realizar tarefas que, na opinião dos outros, exigem habilidade e esforço.
- 55- Gosto de ser chamado(a) para resolver brigas e disputas entre outras pessoas.
- 56- Gosto de ser bem-sucedido nas coisas que faço.
- 57- Gosto de fazer amizades.
- 58- Gosto de ser considerado(a) um(a) líder pelos outros.
- 59- Dou todo o dinheiro que posso para a caridade.
- 60- Gosto de realizar com afinco (sem descanso) qualquer trabalho que faço.
- 61- Vez por outra em minha vida, eu senti medo.
- 62- Gosto de participar de grupos cujos membros se tratem com afeto e amizade.
- 63- Sinto-me satisfeito(a) quando realizo bem um trabalho difícil.

- 64- Tenho vontade de mandar os outros calarem a boca quando discordo deles.
- 65- Gosto de fazer coisas do meu jeito sem me importar com o que os outros possam pensar.
- 66- Gosto de ser considerado(a) fisicamente atraente pelas pessoas do sexo oposto.
- 67- Gosto de viajar e conhecer o país.
- 68- Não admito que meu ponto de vista seja atacado pelos outros.
- 69- Gosto de me fixar em um trabalho ou problema mesmo quando a solução pareça extremamente difícil.
- 70- Gosto de participar de discussões sobre sexo e atividades sexuais.
- 71- Uma vez ou outra em minha vida, roubei alguma coisa.
- 72- Gosto de ouvir ou contar piadas em que o sexo é o assunto principal.
- 73- Gosto de conhecer novas pessoas.
- 74- Gosto de dividir coisas com os outros.
- 75- Sinto-me satisfeito(a) quando consigo convencer e influenciar os outros.
- 76- Gosto de demonstrar muita afeição por meus amigos.
- 77- Gosto de prestar favores aos outros.
- 78- Gosto de seguir instruções e fazer o que é esperado de mim.
- 79- Acredito que meu corpo viverá para sempre.
- 80- Gosto de elogiar alguém que admito.
- 81- Quando planejo alguma coisa, procuro sugestões de pessoas que respeito.
- 82- Gosto de manter minhas coisas limpas e ordenadas em minha escrivaninha ou em meu local de trabalho.
- 83- Se a ficha de um telefone público é devolvida depois de eu ter falado, eu a reponho no telefone.
- 84- Perco a confiança em mim mesmo(a) na presença de pessoas que considero meus superiores.
- 85- Gosto de manter fortes laços de amizade.
- 86- Gosto que meus amigos me ajudem quando estou com problema.

- 87- Gosto que meus amigos mostrem boa vontade em me prestar pequenos favores,
- 88- Sinto-me culpado quando faço alguma coisa que sei que está errada.
- 89- Gosto de estar apaixonado por alguém do sexo oposto.
- 90- Gosto de manter minhas cartas, contas e outros papéis bem arrumados e arquivados de acordo com algum sistema.
- 91- Gosto que meus amigos sejam solidários e compreensivos quando tenho problemas.
- 92- Gosto de participar de atividades sociais com pessoas do sexo oposto.
- 93- Prefiro fazer coisas com meus amigos a fazer sozinho.
- 94- Gosto de tratar outras pessoas com bondade e compaixão.
- 95- Gosto de comer em restaurantes novos e exóticos.
- 96- Minto se for conveniente para mim.
- 97- Procuro entender como meus amigos se sentem a respeito de problemas que eles enfrentam.
- 98- Gosto de ser o centro das atenções em um grupo.
- 99- Existem coisas que eu não entendo.
- 100 Gosto de ser um dos líderes nas organizações e grupos aos quais pertencço.
- 101 Gosto de ser independente dos outros para decidir o que quero fazer.
- 102 Gosto de me manter em contato com meus amigos.
- 103 Se faço alguma coisa errada, sinto que deveria ser punido.
- 104 Quando participo de uma comissão (reunião), gosto de ser indicado ou eleito presidente.
- 105 Gosto de fazer tantos amigos quanto possível.
- 106 Gosto de observar como uma outra pessoa se sente numa determinada situação.
- 107 Gosto de acompanhar a modo e estilos novos.
- 108 Quando estou em um grupo, aceito com prazer a liderança de outra pessoa para decidir o que o grupo fará.
- 109 Não gosto de me sentir pressionado(a) por responsabilidades e deveres.



- 110 Na escolha de meus amigos, ignoro coisas como raça, religião e convicções políticas.
- 111 Às vezes, fico tão irritado(a) que sinto vontade de jogar e quebrar coisas.
- 112 Gosto de fazer perguntas que ninguém será capaz de responder.
- 113 Gosto de ter minha vida arrumada de tal modo que ela passe tranqüilamente sem muitas mudanças em meus planos.
- 114 Às vezes, gosto de fazer coisas simplesmente para ver o efeito que terão sobre os outros.
- 115 Sou solidário com meus amigos quando machucados ou doentes.
- 116 Não tenho medo de criticar pessoas que ocupam posições de autoridade.
- 117 Gosto de fiscalizar e dirigir os atos dos outros sempre que posso.
- 118 Acredito ser a única pessoa da terra com quem Deus falou pessoalmente.
- 119 Culpo os outros quando as coisas dão errado comigo.
- 120 Gosto que as pessoas me façam confidências e me contem seus problemas.
- 121 Gosto de ajudar pessoas que têm menos sorte do que eu.
- 122 Gosto de planejar e organizar, em todos os detalhes, qualquer trabalho que eu faço.
- 123 Na escola coleí algumas vezes.
- 124 Gosto de fazer coisas novas e diferentes.
- 125 Gosto de ler livros e assistir peças em que o sexo seja o tema principal.
- 126 Gostaria de realizar com sucesso alguma coisa de grande importância.
- 127 Quando estou com um grupo de pessoas, gosto de decidir sobre o que vamos fazer.
- 128 Interesse-me em conhecer a vida de grandes personalidades.
- 129 Procuo me adaptar ao modo de ser das pessoas que admiro.
- 130 Quando as coisas dão erradas comigo, sinto-me mais responsável do que os outros por isso.
- 131 Gosto de resolver quebra-cabeças e problemas com os quais outras pessoas têm dificuldades.
- 132 Gosto de falar sobre os meus sucessos.

- 133 Gosto de beijar pessoas atraentes do sexo oposto.
- 134 Gosto de dar o melhor de mim em tudo que faço.
- 135 Gosto de estudar e analisar o comportamento dos outros.
- 136 Em tudo que faço, tento realmente fazer o melhor possível.
- 137 Gosto de contar aos outros aventuras e coisas estranhas que acontecem comigo.
- 138 Existe algumas pessoas no mundo que não conheço pessoalmente.
- 139 Sinto que devo confessar que faço e considero erradas.
- 140 Perdão as pessoas que às vezes possam me magoar.
- 141 Gosto de prever(entender) como meus amigos irão agir em diferentes situações.
- 142 Não tenho medo de criticar alguém em publico quando ele merece.
- 143 Gosto de me sentir livre para fazer o que quero.
- 144 Gosto de me sentir livre para ir e vir quando quiser.
- 145 Gosto de usar palavras cujo significado as outras pessoas desconhecem.
- 146 Gosto de planejar antes de iniciar algo difícil.
- 147 Qualquer trabalho escrito que faço, gosto que seja preciso, limpo e bem-organizado.
- 148 Gosto que as pessoas notem e comentem a minha aparência quando estou em público.
- 149 Gosto de ler ou assistir manchetes sobre assassinatos ou outras formas de violência.
- 150 Agi covardemente em certos momentos de minha vida.
- 151 Gosto que meus amigos me tratem com delicadeza.
- 152 Gosto de ser generoso(a) com os outros.
- 153 Gosto de ter minhas refeições organizadas e um horário definido para comer.
- 154 Gosto de contar estórias e piadas engraçadas em festas.
- 155 Gosto de dizer coisas que os outros consideram engraçadas e inteligentes.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal e patológica. Buenos Aires: Paidós;1992
- Aguirre AM. Aspectos psicodinâmicos de adolescentes grávidas - entrevistas clínicas e Rorschach no contexto hospitalar. Tese (Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1995
- Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1985
- Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev Saúde Pública. São Paulo; 23 (6):1-10,1989 [citado em 01/07/05] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0034-8910198000600005&In>
- Almeida I, Primi R. Manual Técnico do BPR-5: Bateria de provas de raciocínio. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000
- Amado C, Leal MM. O adolescente portador de patologia crônica. In Saito, MI, Silva, LEV. Adolescência : prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001
- Assumpção, FBJ, Kuczynsky E (eds.). Adolescência normal e patológica. São Paulo: Lemos editorial;1999.
- Belo, MAV, Silva,JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública. São Paulo; 38 (4):1-12, 2004[ citado em 01/07/05] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0034-910200400004000001&In>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de diabetes. 2.ed. Brasília;1996
- Burd M. Diabetes Mellitus e família. In Burd M, Mello Filho J (orgs.) Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004
- Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo vital de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 2ºed.1995
- Celia S. Parentalidade e pobreza: uma experiência brasileira. In: Silva MCP; Solis-Ponton L. Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio .São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004

Cervevy CMO, Berthoud CME. Visitando a família ao longo do ciclo vital. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002

Chiozza LA Afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléia e acidentes cerebrovasculares. São Paulo: Casa do Psicólogo;1991.

Colli AS, Coates V, Guimarães BEM. Monitorização do crescimento e desenvolvimento físico. In Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier; 2003

DATASUS – Ministério da Saúde. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). {Citado em 06/06/05} Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.rxe?sinasc/cnv/nusp.def>

Debray R. O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo;1995

Dias ACG, Gomes WB. Conversas em família sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre 13 (1) 22-36, 2000 [Citado em 04/07/05] Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO102-7972200000013&IN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-7972200000013&IN)

ECA – Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069/ 13/07/1990. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/Lo8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Lo8069.htm)

Erikson EH. Identidade, Juventude e Crise. Rio de Janeiro: Zahar editores;1972

Farrel SP, Hains AA, Davies H, Smith P, Parton E; Mac PNP. The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. J Adolescent Health, vol.34 nº6, 461-467,2004

Ferrari AB. Adolescência: o segundo desafio- considerações psicanalíticas. São Paulo: Casa do Psicólogo;1996

Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev.Associação Médica Brasileira, 26(3). São Paulo; 2002

Frey MA, Guthrie B, Loveland-Cherry C. Risky behavior and risk in adolescents with IDDM. J Adolescent Health; 20 (1): 38-45, 1997, Jan

Fonseca H. Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias. Adolescência e Saúde Rev Oficial do Núcleo de Estudos do Adolescente: Rio de Janeiro, 1(3) : 2004

Guimarães FF. Adesão ao tratamento em doenças crônicas: verbalizações de diabéticos, hipertensos e cardíacos. Tese (Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1996.

Greydanys DE, Gunther MS, Demarest D, Sears J. Sexualidade do adolescente cronicamente doente. In Sugar M. Adolescência atípica e sexualidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992

Griffa MC, Moreno JE. Chaves para a psicologia do desenvolvimento. São Paulo: Paulinas; 2001

Kirby DB, Baumler E, Coyle KK, Basen-Engquist K, Parcel GS, Harrist R, et al. The "safer choice" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 34(6): 442-452, 2004

Khhale EMP. Mecanismos Psíquicos da grávida adolescente. In Zugaib M, Tedesco JA, Quayle J. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu; 1997

Knobel M. Visão psicológica da adolescência normal. In Coates V, Beznos G.W; Françoso LA *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier; 2003.

Kovacs ACFB. Trabalhando as necessidades especiais de crianças e jovens diabéticos. Tese (Mestrado) Universidade de São Carlos; 2001

Lartigue T, Rocabert JV. A maternidade das adolescentes e os avatares do vínculo mãe- bebê. In: Silva MCP, Solis-Ponton I. *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004

Leal MM, Silva LEVS. Crescimento e desenvolvimento puberal. In Saito MI, Silva LEV (orgs). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001

Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 20(2):2-14, 2004. [Citado em 04/07/05] Disponível em <http://www.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=So102-311X200400002000015&1>

Levinsky DL. *Adolescência - Reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998

Libonati M, Pitanguy V.. *Adolescência: pontos e contrapontos*. *Pediatria Atual*, 4.(15), 24-25. 2002

Lidchi V, Eisenstein E. Adolescentes e família no contexto médico. In Mello Filho J, Burd M (orgs). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004

MacDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Terapia Familiar Médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis: Vozes;1985.

MeloD'elia FLG. Diabetes Mellitus: aspectos clínicos In: Fraguas R; Meleiro AMAS, Marchetti RL; Henrique SG. Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: integrando especialidades. São Paulo: Lemos editorial; 1997

MeloD'elia FGL Distúrbios Psiquiátricos associados ao diabetes mellitus. In. Fraguas R.; Meleiro AMS; Marchetti RL, Henrique SG. Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: integrando especialidades. São Paulo: Lemos editorial;1997.

Mello Filho J. Aspectos psicológicos do diabetes mellitus. In Rev Medicina. Rio de Janeiro: 2 (2), 1983

Ministério da Saúde – MS\_ Disponível em : [www.portal.saude.gov.br/saude](http://www.portal.saude.gov.br/saude),1996

Minuchim S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982

Moraes AJP, Ferreira PMF, Leal MM, Sallum AME, Lotito APN, Silva CAA . Aspectos da gravidez e pós-parto de adolescentes portadoras de febre reumática. Rev. Associação Médica Brasileira. São Paulo 50 (3):1-9,2004

Monteiro DLM. Pré-natal de gestante adolescente. In Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998

Murray HÁ. Explorations in personality. A clinical and experimental study of fifty men of college age. New York : Oxford University Presse, 1938. In Almeida I, Primi R. Manual Técnico do BPR-5: Bateria de provas de raciocínio. São Paulo: Casa do Psicólogo;2000

Organização Mundial de Saúde – OMS- Disponível em: [www.who.int/en](http://www.who.int/en),1997

Outeiral J. Adolescer: estudos revisados sobre a adolescência. Porto Alegre: Revinter, 2003

Pasquali I, Azevedo MM, Ghest I - Inventário Fatorial de Personalidade -Manual Técnico e de Aplicação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997

Penna TLM Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: Mello Filho J e cols. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992

Primi R, Almeida LS, Lucarelli, MDM. Baterias de provas de raciocínio Diferencial: Resultados numa amostra de adolescentes de São Paulo. Avaliação Psicológica: formas e contextos, IV, 385-392;1996

Reato LFN. Desenvolvimento da sexualidade. In Coates V; Beznos GW, França LA. Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier; 2003

Rosner B. - Fundamentals of Biostatistics - Boston, PWS Publishers, Second edition, 1986, 584pp.

Sangenis LFC. O tempo da adolescência: pais e educadores refletem sobre a adolescência. Petrópolis: Vozes; 1993

Sant'Anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In Coates V; Beznos GW; França L.A;. Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier; 2003

Schor N; Lopez F. Adolescência e anticoncepção: . Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 24 (6):1990

Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.

Stengel M. Adolescência: uma perspectiva psicossocial. Psicologia. Rev. Belo Horizonte. 1(10):.44-52, 2000

Stoudemire, A Fatores psicológicos afetando condições médicas. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000

Strinshall NA. Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa; 1999

## RESUMO

LOPES, S R A - Fatores psicossociais associados à gravidez e ao Diabetes na adolescência. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2006.

O estudo tem por finalidade identificar os fatores psicossociais associados ao diabetes que possam predispor à gravidez na adolescência, além de analisar as repercussões emocionais da gestação em jovens diabéticas comparadas às jovens não diabéticas.

Trata-se de um estudo transversal, que contou com a colaboração de 55 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 19 anos, sendo distribuídas em quatro grupos: diabéticas (16), não diabéticas (16), gestantes não diabéticas – primigestas, (20) e gestantes diabéticas – primigestas.(3). Foram utilizados como instrumentos de investigação: questionário elaborado especificamente para os fins deste estudo, Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) e BPR –V ( Bateria de Provas de Raciocínio – Raciocínio Verbal).

Conclui-se que fatores como a idade, o nível de escolaridade, a ocupação atual, os planos para o futuro e a orientação sexual podem predispor à gravidez. As gestantes diabéticas caracterizam-se por pertencer a uma faixa etária superior, com maior grau de escolaridade, tendo como ocupação o estudo e ou trabalho, planos para o futuro e por ter recebido mais orientações sexuais do que as jovens dos demais grupos estudados. A doença crônica, o diabetes, parece ser um fator igualmente relevante na decisão pela gravidez. Outros fatores como idade de início da vida sexual, uso regular de algum método contraceptivo e qualidade do relacionamento familiar são significativos para a ocorrência de uma gravidez na adolescência, sendo estes similares nas populações de jovens diabéticas e não diabéticas. O desejo de independência associado a uma resistência à mudança caracteriza o perfil das gestantes tanto diabéticas quanto não diabéticas, entretanto, a ambição, o empenho em vencer obstáculos, bem como a ordem e a disciplina na concretização de suas metas diferenciam as gestantes diabéticas, tornando-as mais conscientes de suas escolhas.



## **ABSTRACT**

LOPES, S R A – Psychosocial aspects associated to pregnancy and diabetes in adolescence. Doctorate Thesis. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2006.

The aim of this study is to identify the psychosocial aspects associated to diabetes that may predispose adolescents to pregnancy, and also to analyse emotional repercussions on diabetic young pregnant compared to non-diabetic young pregnant.

This is a transversal study, with the collaboration of 55 female adolescents with ages between 11 and 19 years old, distributed in four groups: diabetic (16), non-diabetic (16), non-diabetic first-time pregnant (20), diabetic first-time pregnant (3). The following investigation instruments were used: specific questionnaire elaborated for this study, Personality Factorial Inventory (PFI) e RTB – V (Reasoning Tests Battery – Verbal Reasoning).

The conclusion is that aspects like age, educational level, current occupation, future plans and sexual choice may predispose to pregnancy. Diabetic pregnant belong to a higher age agroup, with a higher educational level, an occupation (study or job), plans for the future and more sexual information than the young adolescents from the other studied groups. Chronic disease, diabetes, seems to be an equally relevant factor on pregnancy decision. Other aspects like age of the beginning of sexual life, regular use of any contraceptive method and quality of family relationships are significant to adolescence pregnancy, being similar to the diabetic and non-diabetic young populations. A desire of independence associated to a resitance to change characterize the profile of both diabetic and non-diabetic pregnant, although ambition, willing to overcome obstacles, as well as order and discipline on achieving their goals distinguish the diabetic pregnant, making them more conscious of their choices.

