



Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Mestrado em Saúde Pública - Subárea: Epidemiologia Geral

**“GRAVIDEZ INOPORTUNA :
RETRATO PSICOSSOCIAL DE GESTANTES ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (1999/2001)”.**

Apresentada por

ADRIANE REIS SABROZA

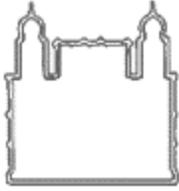
Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde Pública.

Orientadoras:

Prof^a Dr^a. Maria do Carmo Leal

Prof^a Dr^a. Silvana Granado Nogueira da Gama

Rio de Janeiro, junho de 2002



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública - Subárea: Epidemiologia Geral

**“GRAVIDEZ INOPORTUNA:
RETRATO PSICOSSOCIAL DE GESTANTES ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (1999/2001)”.**

Apresentada por:

ADRIANE REIS SABROZA

Avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Dr^a. Maria Helena Ruzany

Prof^a Dr^a. Célia Landmann Szwarcwald

Prof^a Dr^a. Maria do Carmo Leal - orientadora

Prof^a Dr^a. Angela Maria Jourdan Gadelha

Prof^a Dr^a. Maria Auxiliadora Mendes Gomes

Rio de Janeiro, junho de 2002

**Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ
para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde Pública.**

SABROZA, Adriane Reis

85 pags.

Dissertação de Mestrado

Escola Nacional de Saúde Pública

ENSP/FIOCRUZ

1- Gravidez na adolescência

2- Perfil sociodemográfico

3- Conseqüências Adversas

“No decorrer da puberdade, a ingenuidade infantil cede lugar ao recato, a singeleza de atitudes é substituída pela vaidade, e a menina vai rapidamente, passando da condição de criança à de mulher”.

Bastos, 1994.

Aos meus pais,

Que com sua transparência, foram capazes de despertar o meu interesse pelo ser humano, em sua imensa complexidade.

Que com sua honestidade, foram capazes de me propiciar uma formação baseada na ética e em um forte senso de justiça social.

Que por seu amor incondicional, me encorajaram a lutar pelos meus objetivos e a prosseguir sempre, apesar de todas as adversidades.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo representou mais que a conquista de mais uma etapa acadêmica ou o aprendizado de um novo jeito de fazer pesquisa, ainda pouco valorizado nas ciências humanas. Mais que isso: representou uma mudança de paradigma no modo de ver e compreender a realidade.

As mudanças, porém, são sempre difíceis e, neste caso, não foi diferente. O aprendizado da epidemiologia, com a qual não estava familiarizada, constituiu um caminho de grandes desafios, que certamente só foi possível pelo incentivo e apoio de tantas pessoas, algumas das quais faço questão de registrar aqui e aos quais dedico este trabalho:

À minha família, que soube compreender muitos momentos da minha ausência, em função da dedicação a este trabalho.

Ao meu marido, companheiro de todas as horas, pela paciência nos momentos difíceis, pelo incentivo que sempre dedicou à minha vida profissional e principalmente por ser tão especial.

À Maria do Carmo Leal, orientadora, amiga e “tia” querida, pela oportunidade de participar de um projeto tão grandioso, conduzido com tamanho profissionalismo. Por ter acreditado na minha capacidade e ter sido tão tolerante nos momentos em que a vida pessoal atropelava a vida profissional.

À Silvana Granado, orientadora e companheira de todo o percurso, por compartilhar tantos questionamentos e dividir as dificuldades, pela paixão com que se envolve no que faz e por ter se tornado uma amiga de coração.

Ao corpo docente do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, pela importante contribuição à minha formação.

Aos colegas da turma do Mestrado, companheiros de jornada.

À minha mais nova amiga Rejane Christine Queiroz, pelas horas de estudo em conjunto e principalmente por não ter desistido, quando as circunstâncias não eram nada favoráveis.

Ao Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, não somente pela digitação dos questionários e suporte estatístico, o que certamente um outro faria, mas principalmente pelo otimismo, apoio e disponibilidade sempre presentes, que me autorizam agora a chamá-lo de amigo.

À Ângela Santos, Janaína Viana da Costa e Débora Veiga Coutinho, por sua dedicação e profissionalismo ao dividirem comigo a rica experiência de entrevistar as mães adolescentes, garantindo a certeza de que o trabalho estava em boas mãos.

À Cynthia Braga, pelo estímulo profissional e pelas conversas que ajudaram a descontraír alguns momentos difíceis.

Ao Cássio Oliveira, e Edon Pamponet Leal, por terem quebrado tantos galhos, geralmente em cima da hora.

À Viviane Castelo Branco, gerente do programa de Adolescentes da SMS/RJ, pelas dicas e indicações bibliográficas que possibilitaram à construção do questionário.

À Secretaria Municipal de Saúde – RJ, pela possibilidade de realização deste trabalho.

Às equipes das maternidades que integraram a amostra, pela cooperação com o presente estudo.

Aos bolsistas, cedidos pela SMS/RJ, responsáveis pelo trabalho de campo referente à coleta de dados do questionário principal e dos dados dos prontuários hospitalares.

E, especialmente, a todas as adolescentes que, ao compartilhar suas vidas e, por vezes, seu sofrimento, contribuíram para que as vidas de muitas outras adolescentes possam vir a ser diferentes.

Muito obrigada.

RESUMO

Este estudo teve o propósito de investigar as possíveis repercussões emocionais negativas vivenciadas pela adolescente durante a gestação em uma amostra da população do Município do Rio de Janeiro - MRJ.

A dissertação foi apresentada sob a forma de artigos. No primeiro deles, foram descritos o perfil sócio-demográfico e psicossocial de gestantes adolescentes, segundo a faixa etária e situação conjugal. Foram entrevistadas 1228 adolescentes no pós-parto imediato em maternidades públicas, conveniadas com o SUS e privadas do Município do Rio de Janeiro – MRJ. A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (χ^2) para testar hipóteses de homogeneidade de proporções. Ao comparar os dois grupos, observa-se que as adolescentes mais jovens e sem união estável apresentam piores condições sociodemográficas e psicossociais.

No segundo artigo, foi descrita a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas para a adolescente, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais. As variáveis dependentes do estudo foram: auto-valorização negativa, pouca ou nenhuma expectativa frente ao futuro e intenso sofrimento psíquico. A análise estatística estimou a associação entre as variáveis mediante razão bruta e ajustada dos produtos cruzados e respectivos intervalos de confiança. Foram utilizados procedimentos de regressão logística múltipla. Pode-se concluir que condições socioeconômicas desfavoráveis estiveram mais associadas à auto-valorização negativa e pouca expectativa frente

ao futuro, enquanto que o sofrimento psíquico foi mais presente nas adolescentes de melhor condição social.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; fatores psicossociais; apoio social; auto-estima; sofrimento psíquico.

ABSTRACT

This study aimed to investigate some negative emotional effects of pregnancy in adolescents of the Rio de Janeiro County – RJ.

The thesis was presented in papers. The first of them describes socio-economics and psychosocial characteristics of a sample of parturient adolescents classified according to marital status and age group. A sample of 1228 parturient adolescents, interviewed just after delivery, was selected from public and private hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil. To verify the hypothesis of homogeneity of proportions, chi-square tests (χ^2) were used. Comparing the two groups, the most disadvantaged conditions about socio-economic and psychosocial situation were found among single and youngest adolescents.

The second paper aimed to characterize the profile of adolescents with low self-concept, poor expectations about the future and emotional distress according to sociodemographical and psychosocial variables. The statistical analysis aimed to estimate odds ratios and correspondent confidence intervals, procedures of multiple logistic regression. The results showed that disadvantaged conditions about socio-economic and psychosocial situation were more associated with low self-concept, poor expectations about the future and emotional distress.

Key-words: adolescent pregnancy; psychosocial aspects; social support. self-image and emotional distress.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
1.1- JUSTIFICATIVA	14
1.2- OBJETIVOS	15
1.3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
2- APRESENTAÇÃO	21
3- ARTIGOS	23
3.1- ARTIGO 1	24
3.2- ARTIGO 2	48
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
5- ANEXOS.....	74

1- INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre o tema da gravidez na adolescência, também denominada gravidez precoce. Esta é considerada como relevante problema de saúde pública e constitui-se como preocupação de técnicos e governantes em diversos países, independente do grau de desenvolvimento econômico (Gould et al., 1998).

Ao abordar qualquer aspecto relacionado à gravidez precoce, não podemos esquecer que a adolescência traz em si algumas singularidades. Este período representa uma etapa do desenvolvimento biológico, emocional e social do indivíduo e é caracterizado por significativas mudanças no âmbito do desenvolvimento pessoal e social (Papalia & Olds, 1998). Nesse sentido, é relevante que dediquemos algumas páginas à compreensão do que vem a ser a chamada adolescência.

➤ A ADOLESCÊNCIA

A adolescência representa um momento bastante especial na vida de um ser humano. Certamente, não é somente um período delimitado de tempo que se refere a uma etapa do ciclo vital. Muito mais do que o período da vida que sucede a infância e se prolonga, por alguns anos, até a idade adulta, ela representa uma etapa bastante complexa, tanto do ponto de vista fisiológico quanto do psicológico ou social.

Não há conceituação unânime sobre os limites deste período. Se levarmos em conta algumas considerações, observaremos que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência inicia-se aos 10 anos e termina ao se completarem 20 anos de vida; já para a Lei 8069/90 - o Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado adolescente aquele indivíduo cuja faixa etária estiver entre os 12 anos completos aos 18 anos incompletos.

Sabemos, porém, que embora as delimitações desse período do ciclo vital sejam necessárias, seja para fins jurídicos ou mesmo de pesquisa, muitas vezes devemos pensar a adolescência para além destas delimitações, pois há casos em que o contexto ao qual nos referimos ganha relevância e a situação demandará um olhar mais individualizado. Podemos citar o exemplo de jovens de nível socioeconômico baixo, que por necessidade de ingressar precocemente no mercado de trabalho, acabam por encerrar esse período da vida mais precocemente. Já outros, em melhores condições econômicas e com ambiente familiar mais tranquilo, poderão prolongar a adolescência para além dos 20 anos de idade, fenômeno bastante comum nos dias atuais (Vitiello, 1994).

De acordo com Riley (1986), todas as sociedades se organizam virtualmente em estratos etários: infância, meninice, adolescência, vida adulta e velhice. Estes são períodos do ciclo vital em que, independente da cultura na qual o indivíduo está inserido, existem: tarefas comuns, normas sociais comuns e expectativas comuns. A adolescência seria um desses estratos etários, porém, considerada de maior complexidade, especialmente em razão das múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais que a acompanham. Além disso, o

período da adolescência abrange fases distintas, cada qual mais relacionada a determinados aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A primeira fase da adolescência nas mulheres é constituída pela puberdade. Tem início ao surgirem os caracteres sexuais secundários, estimulados pela ação hormonal do estrogênio (Bastos, 1994), terminando por volta dos 14 ou 15 anos de idade (Monteiro et al., 1998). Sem dúvida, estamos falando de um período crítico da vida feminina, durante o qual surgem modificações somáticas marcantes. Além disso, adicionam-se diversas transformações de natureza psíquica, gerando um complexo psicossomático que acaba por interferir no convívio familiar, acarretando mudanças.

Dentro desse quadro, onde importantes mudanças físicas e transformações psíquicas e sociais acontecem, é que o (a) adolescente deve ser compreendido. Um cenário inconstante, em que não somente o corpo, mas as posições diante da vida tendem a se modificar numa velocidade alarmante e no qual está inserida a pessoa do adolescente, com suas confusões, medos e inseguranças, mas ao mesmo tempo, com uma espontaneidade, impulsividade, energia e vontade de ganhar o mundo, que acabam por influenciar também a própria sexualidade.

A atividade sexual na adolescência também acontece de maneira única, influenciada por características específicas desse período que, mais que uma simples faixa etária, revela-se como uma fase de transição. Nesta fase, observam-se as mudanças hormonais, iniciadas já na puberdade e que irão garantir o pleno amadurecimento sexual dos adolescentes.

As modificações, sejam nos caracteres sexuais primários (testículos e pêlos nos meninos e ovários, útero e vagina nas meninas) seja nos caracteres sexuais

secundários (aumento de pêlos no corpo, mudanças na voz nos meninos e crescimento das mamas nas meninas) são evidentes. Estas, somadas às alterações psíquicas, representam um conjunto de transformações psicossociais que têm por objetivo, integrar os jovens à idade adulta, a partir dos novos papéis sociais assumidos, incluindo a expressão da sexualidade.

Françoso et al. (2001) afirma que a natureza do comportamento sexual na adolescência é exploratória, sendo características as relações casuais com o corpo, bem como a negação das possíveis conseqüências da atividade sexual.

Paralelamente ao desenvolvimento da maturidade sexual do adolescente, esbarramos num fato que se faz cada vez mais presente e demanda por múltiplas estratégias de intervenção: a gravidez na adolescência. Nesse sentido, qualquer esforço na tentativa de compreender melhor a questão da gravidez na adolescência se faz importante e necessária, para não dizer, urgente.

➤ **A GRAVIDEZ PRECOCE NOS DIAS ATUAIS**

A gravidez na adolescência não é um fenômeno novo e nem mesmo um privilégio dos dias atuais. No entanto, o aumento das taxas de gravidez em adolescentes tem sido evidente e caminha na contra-mão da tendência mundial para o declínio das taxas de fecundidade nas demais faixas etárias. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) informam que adolescentes de 15 a 19 anos geram anualmente mais de 13 milhões de crianças (Rodrigues, 1993).

Entre os países desenvolvidos, as maiores taxas de gravidez na adolescência são encontradas nos Estados Unidos. No Brasil, o aumento da

fecundidade no grupo etário das adolescentes segue a tendência mundial e também se opõe à expressiva redução da taxa de fecundidade nas demais faixas etárias (Camarano, 1998; BEMFAM, 1996), tendendo a ser maior nas idades maternas mais baixas (Mûelenaere Correa & Coates, 1993).

No entanto, ao comparamos com a faixa de 16 a 19 anos, constatamos que a prevalência de gravidez entre as chamadas adolescentes precoces (menor de 16 anos) ainda apresenta-se baixa (Monteiro, 1998).

Os maiores índices de fecundidade entre adolescentes são encontrados na camada menos favorecida da população. Dados do IBGE evidenciam que no estrato de renda familiar menor que o salário mínimo, 26% das adolescentes com idade entre 15 e 19 anos tiveram filhos, contra 2,3% no estrato de renda mais elevado (IBGE, 1988).

Dados provenientes do SINASC indicam que o Município do Rio de Janeiro entre 1980 a 1995 acompanha a tendência observada para o Brasil, já que de 100.000 nascidos vivos nesse Estado, 20% foram entre mães adolescentes.

A complexidade do fenômeno psicossocial da gravidez na adolescência é agravada pelas diferenças sociais, culturais e econômicas implicadas na questão e tem influência direta sobre as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (Velasco, 1998). Além de acarretar custos sociais consideráveis, essa gestação é considerada como de alto risco pela maioria dos pesquisadores.

A associação da gravidez precoce com fatores como a contribuição ao crescimento populacional, os efeitos adversos para a saúde materna e da criança e a contribuição para a perpetuação da pobreza, expressam a magnitude deste problema (Stern, 1997; Gould et al., 1998), tanto que a gravidez nessa faixa etária

já chegou a ser considerada epidêmica nos Estados Unidos (Montessoro & Blixen, 1996).

Em trabalho sobre atividade sexual da adolescência, Monteiro et al. (1995) observaram diferentes formas de comportamento entre os adolescentes, tais como:

1. “ficar com” como forma de iniciar o relacionamento com o sexo oposto, com baixa prevalência de atividade sexual;
2. namorar, com maior prevalência de atividade sexual do que o “ficar com”;
3. um pequeno número de parceiros, indicando a fidelidade da adolescente.

Este trabalho, além de discutir o comportamento sexual das adolescentes, aponta para um comportamento pouco promíscuo nesta faixa etária, diferente do que se poderia imaginar, em razão da alta prevalência de gravidez na adolescência nos dias atuais.

Diante disso, a indagação sobre os motivos que levariam uma adolescente a engravidar se mantém atual e torna o tema ainda mais intrigante ao pesquisador. Muitas são as tentativas de se responder à questão. Alguns autores defendem a idéia de que a precocidade do início da atividade sexual, geralmente sem informação adequada sobre métodos contraceptivos, agravados em nossa sociedade pelo baixo nível sócio-econômico-cultural da população, seriam, em grande parte, os responsáveis pelas estatísticas gravidez, abortamentos e

doenças sexualmente transmissíveis na adolescência, que podem chegar em alguns países à proporções alarmantes (Maakaroun,1991).

➤ **GRAVIDEZ DESEJADA X INDESEJADA**

Os motivos que levam uma adolescente a engravidar, parecem não estar ainda bem esclarecidos. Alguns autores parecem relacioná-los à falta de informação sobre métodos de prevenção, o que não parece ser uma posição unânime. Este fato nos leva à consideração de outras possíveis motivações, menos evidentes, que poderiam nos fornecer melhores indicações.

Na tentativa de explicar o aumento da fecundidade entre adolescentes, muitas são as hipóteses, que englobam a liberação dos costumes, a menor prevalência de métodos contraceptivos, menarca cada vez mais precoce, além do prolongamento do período de formação educacional entre os adolescentes.

Sabemos que, já no início da adolescência existem mecanismos fisiológicos e psíquicos que motivam para a atividade sexual, já que os impulsos sexuais encontram-se aumentados. A liberdade de ação obtida pelos jovens atualmente, parece funcionar como um fator facilitador. Enquanto algumas adolescentes, buscam a auto-afirmação como mulheres, através do início de uma vida sexualmente ativa, outras parecem mais motivadas pelo desejo de fazer parte do grupo, muito importante neste período da vida e acabam por imitar as amigas que já iniciaram uma prática sexual. Há ainda, o desejo de alcançar alguma autonomia e ser contrária aos padrões sociais estabelecidos, sendo a perda da

virgindade, uma possibilidade concreta de ir contra os costumes e normas familiares.

Resquícios do pensamento mágico infantil, acrescido de um certo sentimento de onipotência e da pouca informação sobre a própria sexualidade, geram um quadro onde a gravidez, geralmente não é considerada como uma possibilidade real pela adolescente.

Romero et al. (1991) afirmam que a gravidez na adolescência é uma crise que se sobrepõe à crise da adolescência e que pode representar uma tentativa de enfrentar qualquer uma de suas tarefas evolutivas (Lewis & Volkmar, 1993). Segundo estes autores, existiria, em muitos casos, um desejo inconsciente ou até mesmo consciente pela gravidez.

Independente das motivações que levariam à uma gravidez precoce, percebemos que o início da atividade sexual acontece prematuramente, sem que a adolescente tenha preparo para uma vida sexual responsável. Desse modo, torna-se exposta a uma série de riscos além da possibilidade de uma gravidez indesejada, como por exemplo às infecções sexualmente transmissíveis.

A falta de preparo para uma vida sexualmente ativa parece estar diretamente relacionada ao conhecimento, ou melhor, à ausência deste, no que se refere ao uso adequado de métodos contraceptivos pela adolescente.

A conscientização dos jovens quanto à necessidade de atividade sexual protegida é influenciada por aspectos culturais, escolaridade, acesso à informação e recursos disponíveis em cada sociedade (Wadhera & Stracham, 1991; Starke et al., 1994; Adinma & Okeke, 1995; Allaby, 1995). Além disso, a precocidade da

primeira relação sexual, nos países em desenvolvimento, está associada à fatores tais como a pobreza e a desinformação.

Outros autores verificaram que as jovens habitualmente não se preocupam em utilizar métodos contraceptivos no início da vida sexual. Estes somente começam a ser utilizados em um período de 6 a 12 meses após o primeiro intercuro, sendo que metade de todas as gestações juvenis ocorre nos primeiros seis meses após a iniciação sexual e 20% ocorrem já durante o primeiro mês (Zabin et al, 1979).

Outro fator envolvido na utilização de métodos contraceptivos é descrito por Schor et al. (1996) que, em um estudo feito em no Estado de São Paulo, identificou no discurso das adolescentes uma preocupação em ter vida sexual sem que os pais tenham conhecimento do fato. Os autores também observaram uma falta de orientação sobre o uso correto de métodos contraceptivos, uma vez que as informações eram obtidas com colegas da escola, que também não têm acesso a um programa de saúde.

De acordo com Neinstein et al. (1991), o desejo de ter um bebê pode estar ligado a determinados fatores como provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para amar e cuidar, mudar o *status* na família para adquirir independência, demonstrar uma atitude rebelde contra a família ou libertar-se de um ambiente familiar abusivo.

Uma pesquisa realizada em 1991/1992 pela ECOS (Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana) sobre aborto na adolescência, revelou que a adolescente que engravida nos anos iniciais da adolescência tem uma postura diferente da que engravida ao final desta fase,

apontando que nem sempre a gravidez tem sido um peso para as que se situam na faixa de 17 a 19 anos e que muitas vezes a gravidez está coerente com um planejamento que inclui, também, o abandono temporário da vida escolar e de outros possíveis projetos. Neste mesmo estudo, verificou-se que grande parte das adolescentes queria engravidar porque estavam com um companheiro mais constante, algumas já haviam deixado a escola e já moravam com o companheiro, enquanto que outras almejavam a própria independência.

No entanto, Dadoorian (1994) em um estudo com adolescentes grávidas de classes populares, observou que para essas adolescentes, a gravidez é desejada e que as mesmas querem ter o filho apesar de todas as conseqüências trágicas decorrentes de uma gestação nas classes populares da sociedade.

Vitiello (1987) nos chama a atenção para o fato de que o mesmo não ocorre nas classes mais altas da população, uma vez que em sua clínica privada 80% das adolescentes relataram aborto provocado em algum momento de suas vidas. Bastos (1997), concordando com Vitiello, afirma que entre as adolescentes com maior escolaridade existiria um percentual maior de abortos, demonstrando que a gravidez precoce é rejeitada por elas por levar à interrupção das atividades escolares, com diminuição das chances de profissionalização.

A falta de informação agrava-se nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas, somando-se ao fato de que, para muitas dessas mulheres com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada "natural".

Desse modo, acreditamos não ser mais suficiente falar simplesmente em "gravidez indesejada" na adolescência. Mais que indesejada, ela mostra-se

inoportuna¹, pois ainda que possa ter sido desejada pela adolescente, com intuito de auto-afirmação, agressão ao convívio sócio-familiar ou mesmo como possibilidade de obtenção de um novo status social, efetivamente acontece num momento inoportuno, onde a adolescente não tem ainda preparo para assumir a responsabilidade que exige a tarefa de ser mãe.

➤ **RESULTADOS ADVERSOS DE UMA GRAVIDEZ PRECOCE**

Paralelamente à preocupação sobre as possíveis motivações que estariam por trás da gravidez em adolescentes, encontramos diversos posicionamentos no que se refere aos efeitos biopsicossociais destas gestações.

Pesquisas apontam para a preocupação em identificar as conseqüências danosas de uma gravidez precoce. Diversas conseqüências, tais como trauma emocional, exposição a doenças sexualmente transmissíveis, alterações epiteliais do colo uterino, propiciando a instalação de neoplasias intra-epiteliais cervicais (Monteiro et al., 1998).

Henriques et al. (1989) apresentam alguns dados sobre a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce. Adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres ($\frac{1}{4}$ de salário mínimo) quase não têm nenhuma chance de completar o 2o grau após o nascimento de um filho. A não continuidade dos estudos significará menor qualificação, portanto, menos chances de competir

¹ A expressão inoportuna, referente ao que “é intempestivo, que vem, se faz ou sucede fora de tempo ou de ocasião conveniente” (Aurélio),

num mercado cada vez mais exigente e com menos ofertas, além da submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

A situação torna-se ainda pior quando examinamos o padrão de fertilidade. Os dados apontam que é provável que ele seja estabelecido na adolescência, pois mulheres que começa a ter filhos mais cedo, geralmente, têm mais filhos.

Por um lado, alguns autores garantem que mais conseqüências negativas são experimentadas por adolescentes, principalmente as menores de 18 anos, e seus bebês, do que por mães adultas. Entre as principais complicações referidas, teríamos o trabalho de parto prolongado, a desproporção pélvica, anemia, distorcia de colo uterino, além de prematuridade e baixo peso do recém-nato. Essas complicações estariam associadas principalmente às adolescentes de menor idade ginecológica, primíparas, que recebem cuidados pré-natais inadequados e possuem baixo nível sócio-econômico (Kurz, 1997).

Por outro lado, há autores que afirmam que as adolescentes no momento da gestação atingem maturidade biológica e endócrina semelhante e igual desempenho obstétrico das mulheres adultas (Mathias et al., 1985) e que uma assistência pré-natal adequada poderia exercer impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando a anular as desvantagens típicas da idade (Molina, 1985; Clark et al. 1986). Montessoro e Blixen (1996) também afirmam que os efeitos negativos na saúde, relacionados à maternidade precoce, são duas vezes mais relacionados aos cuidados pré e pós-natal e nível econômico mais baixo que à idade materna.

Por estarmos tratando de um período tão singular como é o da adolescência, nunca é demais ressaltar como característica desse período à

busca da identidade e a necessidade de romper com laços parentais coexistindo com a dependência destes mesmos laços.

A necessidade de dependência, ainda presente, somada à falta de preparo das adolescentes para assumir papéis parentais, parece tornar bastante relevante a questão do apoio familiar no caso da adolescente grávida.

Em um estudo realizado com mulheres afro-americanas, foi possível constatar que a presença de apoio social reduziu o baixo peso ao nascer entre as mulheres daquele grupo (Smith, et al. 1996).

É claro que aqui, assim como em outros aspectos, há de se respeitar diferenças sócio-econômicas. Afinal, enquanto que o apoio da família, em especial nos estratos de baixa renda, pode significar uma diluição, ou atenuação, da legitimidade da autoridade da mãe adolescente sobre o filho/filha, na classe média, a interferência da família pode ser vivenciada como crise e questionada pela própria adolescente (Desser 1993).

Um consenso, porém, parece existir e reside na afirmativa de que a gravidez precoce exerce forte impacto biopsicossocial na vida dessas jovens mães. Além disso, há o impacto sobre a saúde do bebê, bastante discutido na literatura e que atualmente já aponta para efeitos a longo prazo através de estudos que referem associação entre filhos de mães adolescentes e problemas comportamentais e pior desempenho cognitivo (Simon & White, 1991).

1.1- JUSTIFICATIVA

O aumento crescente no número de adolescentes nos últimos 20 anos, principalmente na América Latina, é notório, não somente em termos quantitativos, mas também em relação à maior participação dos jovens na sociedade moderna (Becker, 1989). Desse modo, torna-se evidente a relevância de estudos que abordem questões relacionadas a essa fase do ciclo de vida.

A partir da constatação do aumento contínuo nas taxas de gravidez precoce em nosso país, o presente estudo teve como objetivo contribuir para o esclarecimento de aspectos que representam ainda nuances bastante controversas a respeito desse tema.

Nesse sentido, a hipótese do projeto de dissertação foi que a ocorrência de gravidez durante a adolescência, independentemente de ter sido desejada, acarretaria repercussões negativas na vida da adolescente, tanto do ponto de vista emocional quanto social, acabando por interferir nos relacionamentos conjugais e familiares da gestante e até mesmo no vínculo afetivo que a mesma irá estabelecer com o bebê.

Essa discussão, além de bastante atual, viabiliza uma maior compreensão do tema e conseqüentemente o desenvolvimento de estratégias de prevenção, que possam representar, em última instância, uma contribuição efetiva para o enfrentamento desse relevante problema de saúde pública.

1.2- OBJETIVOS

GERAL

Conhecer as repercussões emocionais negativas vivenciadas pela adolescente durante a gestação em uma amostra da população do Município do Rio de Janeiro.

ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil sócio-demográfico e psicossocial de gestantes adolescentes segundo a faixa etária e situação conjugal;
2. Conhecer a associação entre a gravidez na adolescência e o nível de sofrimento psíquico, sentimentos de auto-valorização e expectativas em relação ao futuro.

1.3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADINMA, J I, OKEKE, A O. Contraception: awareness and practice among Nigerian tertiary school girl. West African Journal of Medicine, 14 (1): 34-8, 1995.

ALLABY, M A. Contraceptive services for teenagers: do we need family planning clinics? BJM. 310 (6995): 1641-3, 1995.

AZEVEDO, M A. e GUERRA, V A Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1985.

BASTOS, A C. “Ginecologia da Infância e da Adolescência”. In Poli, MEH & Silveira, GPG. “Ginecologia Preventiva”, Artes Médicas, Porto Alegre: 1994, cap.4.

BECKER, D O que é adolescência – Ed Brasiliense, São Paulo, 1989.

BRUNO, Z V. & BAILEY, P E. Gravidez em adolescente no ceará: maternidade ou aborto. Seminário Gravidez na Adolescência. Brasília, 1998.

CAMARANO, A C. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, CNPD, 1998.

CONGER, J J. & PETERSEN, A . Adolescence and youth: psychological development in a changing world. New York :Harper & Row, 1984.

CREASTSAS, G K. Sexuality: sexual activity and contraception: during adolescence. Curr Opin Obstet Gynecol, 5(6): 774-83, 1993.

DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, Nº 135, 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

ECOS - Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana. Aborto na adolescência: pesquisa bibliográfica e análise da literatura especializada e da imprensa (Relatório). Apio ICAF. São Paulo, 1992.

FRASER, A M, Brockert, J E, Ward, R.H. Association of young maternal age with reproductive outcomes. New England Journal of Medicine, 332: 1113-17, 1995.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil estatístico de crianças-mães no Brasil. A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente. Rio de Janeiro, 1988.

GOULD, J B, Herrchen, B, Pham,T, Bera, S. & Brindis, C. Targeting high-risk areas for adolescent pregnancy prevention programs. Family Planning Perspectives, 30(4): 173-6, 1998.

JONES, E F, FORREST, J D, GOLDMAN, N et al. teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. *Fam Plann Perspect* 17: 53-63, 1985.

MAAKAROUN, M F. Considerações gerais sobre a adolescência. In: *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura medica, 1991. p. 3-8.

MATHIAS, L, NESTAREZ, J E, KANAS, M & NEME, B. Gravidez na adolescência. IV – Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. *Jornal Brasileiro Ginecológica*, 95 (4): 141-3, 1985.

MONTEIRO, D L M et al. “Ficar com”, namorar e transar. *Anais da 9ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*: 1995.

MONTESSORO, A C & BLIXEN, C E. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. *Nursing Outlook*. 44:31-6, 1996.

PAPALIA, D E & OLDS, S W. *O mundo da criança*. São Paulo: Markon Books, 1998.

PERRIN, K M & MCDERMOTT, R J. Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. *Adolescence*, 22(127): 533-57, 1997.

RODRIGUES, A P et alii. A adolescência. *Femina*, 21 (3): 241-6, 1993.

SCIARRA, J J, WATKINS, T J. Reproductive health: challenges for the 21th century. *Journal SOGC.* , 16 (9): 2155-7, 1994.

SILVA, M C S C. Hábitos e comportamento do adolescente. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1987.

SIMON, CS & WHITE, M M. Adolescent pregnancy. *Pediatric Ann* 20;322-31, 1991.

SMITH, RT, Norbeck,J.S. & DeJoseph, J.F. A randomized trial of an empirically derived social support intervention to prevent low birth weight among African American women. *Soc.Sci.Med.* 43(6): 947-54, 1996.

SPITZ, A.M., Velebil,P. Koonin, L.M. , Strauss, M.A., Goodman, K.A. Wingo, P.et al . Pregnancy, abortion and birth rates among US adolescents – 1980,1985 and 1990. *JAMA*, 275(3): 989-94, 1996.

STARKE, K., VISSER, AP. Sexuality, sexual behavior and contraception in East Germany. *Patient Edus Couns*, 23 (3): 217-26, 1994.

STERN, C. El embarazo en la adolescência como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2): 137-43, 1997.

VITIELO, N. Reprodução e Sexualidade. São Paulo: CEICH, 1994.

WADHERA, S, STRACHAM, J. Teenage pregnancies, Canada, 1975-1989. Health Rep, 3 (4): 327-47, 1991.

ZABIN, L S, KANTNER, J F, ZELNICK, M. The risk of adolescent pregnancy in the first month of intercourse. Fam Plann Perspect, 11: 215, 1979.

2- APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido dentro da linha de investigação sobre ***“A gravidez na adolescência como variável explicativa do baixo peso ao nascer e outros efeitos adversos no recém nascido em maternidades do município do Rio de Janeiro”***, que se constitui um subprojeto do *“Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro”*. Este projeto deu-se no período entre julho de 1999 a março de 2001, sendo realizado pelo Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a FAPERJ, o Ministério da Saúde e da UNICEF.

A referida linha de investigação objetivou identificar os efeitos adversos de uma gravidez precoce no recém-nascido, a partir de uma amostra calculada a partir dos dados de que a proporção de baixo peso ao nascer é de 15% no Município do Rio de Janeiro. Os estabelecimentos de saúde foram estratificados segundo características de risco neonatal (proporção de nascimentos com peso < 2500g), tomando como critério para desfecho negativo os seguintes eventos: óbito fetal, óbito neonatal e internação em UTI neonatal nos primeiros 28 dias de vida.

A partir desses critérios foram formados três estratos:

- Estrato 1 => Composto por 12 maternidades públicas municipais e federais;

- Estrato 2 => Composto por 10 maternidades conveniadas, filantrópicas, militares, estaduais e universitárias;
- Estrato 3 => Composto por 32 maternidades privadas.

O tamanho definido da amostra foi de 3500 puérperas por estrato, considerando um nível de significância de 0.05 e um erro tipo II de 0,10, sendo possível detectar diferenças de pelo menos 3%.

O presente trabalho constituiu-se a partir de uma subamostra aleatória do projeto original, sendo a dissertação apresentada na forma de coletânea de artigos, segundo as normas regimentais da pós-graduação da escola Nacional de saúde Pública – ENSP / FIOCRUZ..

O primeiro artigo pretendeu identificar o perfil das puérperas adolescentes a partir da faixa etária das mesmas e da situação conjugal apresentada no momento do parto. O segundo artigo versou sobre as repercussões psicossociais negativas de uma gravidez precoce.

Em ambos os casos, foram considerados para a análise uma amostra de 1228 adolescentes entrevistadas em todas as maternidades (públicas, conveniadas com o SUS e particulares) que compunham os três estratos amostrais.

3- ARTIGOS

- Perfil sociodemográfico e psicossocial de gestantes adolescentes do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001 *.

- Estudo das repercussões psicológicas negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001 *.

* Enviados para apreciação nos Cadernos de Saúde Pública com o objetivo de publicação.

3.1- ARTIGO 1

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PSICOSSOCIAL DE GESTANTES
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO (1999-2001)”**

Adriane Reis Sabroza*

Maria do Carmo Leal**

Silvana Granado Nogueira da Gama***

*Mestranda do Curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública –
FIOCRUZ

** PhD, Pesquisador Titular, Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional
de Saúde Pública – FIOCRUZ

***PhD, Pesquisador Adjunto, Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional
de Saúde Pública – FIOCRUZ

RESUMO:

Este trabalho tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico de puérperas adolescentes, segundo a faixa etária e a situação conjugal por elas apresentada. Foram entrevistadas 1228 adolescentes no pós-parto imediato em maternidades públicas, conveniadas com o SUS e privadas do Município do Rio de Janeiro – MRJ. A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (χ^2) para testar hipóteses de homogeneidade de proporções. Ao comparar os dois grupos, observa-se que as adolescentes mais jovens e sem união estável estão mais sujeitas a unirem-se a outros adolescentes, muitos dos quais desempregados, a não desejarem a gestação, a não terem apoio familiar ou do pai do bebê e a realizarem mais tentativas de aborto. Os resultados obtidos revelam que adolescentes em idade precoce e sem união estável apresentam piores condições sociodemográficas e psicossociais.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; faixa-etária; união estável.

ABSTRACT:

This study aimed to describe the socio-economics and psychosocial characteristics of a sample of parturient adolescents classified according to marital status and age group. A sample of 1228 parturient adolescents, interviewed just after delivery, was selected from public and private hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil. To verify the hypothesis of homogeneity of proportions, chi-square tests (χ^2) were used. Comparing the groups, the most disadvantaged conditions were found among single and youngest adolescents. These group have higher proportions of statistically significant mothers who didn't desire the pregnancy, without family support, the baby's father were also adolescent and was misemployed and abortion. The results showed that most disadvantaged conditions about socio-economic and psychosocial situation were found among single and youngest adolescents.

Key-words: adolescent pregnancy; age group; marital status.

INTRODUÇÃO

O declínio das taxas de fecundidade em todo o mundo, desde a década de 70, principalmente devido à entrada da mulher no mercado de trabalho e à maior utilização dos métodos contraceptivos, parece caminhar contrariamente à crescente incidência de gestação na adolescência (Camarano, 1998).

O aumento da fecundidade no grupo etário das adolescentes vem atingindo distintas sociedades. Entre os países desenvolvidos, são os Estados Unidos que apresentam uma das mais altas de gravidez na adolescência (89/1000). Em alguns pontos da América Latina e África a proporção de adolescentes no conjunto de puérperas chega a atingir 30 a 40%.

Dados do censo de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontam para uma tendência à diminuição do número de filhos por mulher em idade reprodutiva, que era da ordem de 5,8 em 1970, passou para 4,8 em 1980, 2,9 em 1991 e a 2,3 em 2000 (IBGE, 2002). Paralelamente, temos um incremento na proporção de mães com até 20 anos de idade (SINASC/MRJ, 2001).

Dados apresentados por Gama et al., (2001), indicam que o Município do Rio de Janeiro entre 1980 a 1995 acompanhou essa tendência ao aumento da gravidez precoce observada no país. Dos 100.000 nascidos vivos, 20% foram entre mães adolescentes, sendo as taxas de fecundidade mais elevadas no grupo de 15 a 19 anos, com incremento anual de 1,9%. A faixa de 10 a 14 anos, embora com taxas de fecundidade menores, foi a que apresentou a maior variação positiva, de 7,1% ao ano.

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de

assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelas estatísticas alarmantes de gravidez, abortamento e doença sexualmente transmissível na adolescência (Maakaroun,1991). A idade da menarca, que vem se antecipando ao longo dos últimos anos, também é apontada como importante contribuinte na precocidade das gestações.

Alguns estudos mostram que as adolescentes, principalmente as menores de 18 anos, e seus bebês, estariam mais expostos a conseqüências negativas quando comparadas às mães adultas. (Kurz, 1997). Outros trabalhos, entretanto, indicam que as adolescentes no momento da gestação atingem maturidade biológica e endócrina e desempenho obstétrico semelhante ao de mulheres adultas (Mathias et al., 1985) e que a assistência pré-natal adequada exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando eventualmente a anular possíveis desvantagens típicas da idade (Gama et al., 2002).

Um outro aspecto relevante refere-se à situação conjugal da gestante. Se em algumas famílias, após a descoberta da gravidez, não há pressão para o casamento, em outras, a única possibilidade da adolescente ter sua dignidade recuperada seria através da união, ainda que esta não corresponda a um desejo do casal (Oliveira, 1998). Outras vezes a própria gestação é vista pela adolescente como a possibilidade de concretizar o sonho do casamento e alcançar autonomia econômica e emocional em relação à família de origem (Desser, 1993).

Viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente, poderá influenciar o modo como a gestação será percebida e aceita pela adolescente e sua família. De fato, a existência do apoio conjugal traz reflexos na vivência da gestação assim

como na determinação do padrão reprodutivo da adolescente. Estudos demonstram que adolescentes que se casaram durante a gestação eram mais propensas a utilizar métodos contraceptivos após o nascimento do bebê do que as que permaneceram solteiras, sendo estas as mais expostas ao risco de uma gestação subsequente (Ford K, 1983).

O objetivo deste trabalho foi o de identificar o perfil sociodemográfico das grávidas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, segundo a faixa etária e a situação conjugal. Pretende-se, assim, contribuir para o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para a prevenção da gravidez precoce e o controle de possíveis efeitos adversos, caso a mesma já esteja em curso.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido dentro da linha de investigação sobre “A gravidez na adolescência como variável explicativa do baixo peso ao nascer e outros efeitos adversos no recém nascido em maternidades do Município do Rio de Janeiro”, que se constitui um subprojeto do “**Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001**”, desenvolvido a partir de uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades localizadas no município por ocasião do parto.

AMOSTRA

Foram entrevistadas 10.020 puérperas no pós-parto imediato em maternidades no Município do Rio de Janeiro. Formaram-se então, três estratos de maternidades de tamanhos semelhantes. O primeiro estrato continha

estabelecimentos municipais e federais, o segundo estabelecimentos militares, estaduais, filantrópicos e privados conveniados com o SUS e o terceiro, estabelecimentos privados. Maiores detalhes da amostra estão em Gama et al. (2002).

Esta investigação foi realizada a partir de uma sub-amostra composta por puérperas adolescentes dos três estratos do projeto principal. Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. A amostra é composta de 1228 puérperas com idade entre 12 e 19 anos, entrevistadas por ocasião do parto.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. O consentimento para a participação no estudo foi dado por escrito (anexo 4) pela própria puérpera ou seu responsável, em caso de menores de 18 anos, através de um termo de consentimento livre e esclarecido. Neste documento era explicitado o objetivo do trabalho e informado sobre o direito de optar de participar ou não da entrevista ou mesmo de desistir durante o decorrer da mesma. Foi também garantido o sigilo quanto à identificação da puérpera e ao conteúdo das informações coletadas, assegurando a confidencialidade da informação, assim como o anonimato por ocasião da publicação dos resultados.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Os dados sociodemográficos foram coletados diretamente em entrevista com as puérperas através de um questionário padronizado aplicado por

acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina e profissionais da área de saúde previamente treinados para a função (anexo 1).

No caso de gestantes adolescentes, foi aplicado um segundo questionário (anexo 2), composto com questões acerca de estilo de vida, aspectos emocionais, reação familiar e apoio recebido. Estas entrevistas foram realizadas por uma psicóloga e outras três entrevistadoras da área de saúde, devidamente treinadas pela primeira. Algumas outras informações foram coletadas secundariamente a partir dos registros hospitalares (anexo 3). Todos os questionários foram submetidos a um processo de revisão e codificação antes de serem digitados.

A amostra de puérperas foi analisada segundo o critério da idade materna categorizada por faixas etárias (12 a 16 anos e 17 a 19 anos) e, em um segundo momento, a partir do critério da situação conjugal (com união estável e sem união estável).

Para representar os aspectos sociodemográficos das puérperas foram utilizadas as variáveis: *“Cor da pele da mãe (branca/não branca)”*; *“Residência materna em favela ou rua (sim/não)”*, *“1ª gestação ≤ 14 anos (sim/não)”*, *“Trabalho materno remunerado (sim/não)”*, *“Pai do bebê adolescente (sim/não)”*; *“Pai do bebê empregado (sim/não)”*, *“Uso de métodos contraceptivos (sim/não)”*, *“Estudava quando engravidou (sim/não)”*; *“Vê os estudos como possibilidade de ascensão social (sim/não)”*, *“Pretende trabalhar (sim/não)”*.

Para a análise dos aspectos psicossociais foram utilizadas as variáveis *“Desejo por esta gestação (sim/não)”*; *“Reação do pai do bebê à gestação (boa/ruim)”*; *“Reação familiar à gestação (boa/ruim)”*; *“Satisfação com a gestação*

(sim/não)”; “Tentativa de aborto (sim/não)”; “Consumo de cigarro durante a gravidez (sim/não)”; “Consumo de álcool durante a gravidez (sim/não)”, “Consumo de drogas durante a gravidez (sim/não)” “Vítima de agressão física na gestação (sim/não)”; “Nº de Consultas no Pré-natal (1-6/7 ou +)”, “Sentimentos negativos em relação ao bebê (sim/não)”, “Abandonou os estudos nesta gestação (sim/não)”.

Todas as variáveis foram analisadas por faixa etária e situação conjugal.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A partir das variáveis consideradas, foram realizadas análises bivariadas. Utilizaram-se testes qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções, a um nível de significância (α) de 5%, comparando grupos de mães adolescentes segundo a idade materna e a situação conjugal que corresponderam às variáveis dependentes do estudo.

RESULTADOS

O total de puérperas entrevistadas neste estrato foi de 1228, sendo 320 (26,0%) com idade entre 12 e 16 anos e 908 (74,0%) entre 17 e 19 anos. A média de idade das puérperas adolescentes foi de 17,3 anos.

Na tabela 1, são apresentadas estatísticas descritivas relativas a algumas variáveis sociodemográficas consideradas segundo a faixa etária das puérperas. Em geral, observou-se uma situação mais desfavorável entre as mães mais jovens.

Foi possível observar o predomínio de puérperas de cor parda ou negra na amostra, porém não houve diferenças significativas entre os dois grupos etários. Bem como em relação ao local de moradia, residir ou não em favelas.

Para as demais variáveis as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas. Entre as adolescentes com história de gravidez anterior verificou-se uma maior proporção de puérperas cuja primeira gestação ocorreu muito precocemente, com menos de 15 anos, no grupo das mais jovens. Também, como era de se esperar, foi maior nelas a proporção de mulheres sem trabalho remunerado. Quase a metade, 45,9%, dos pais dos bebês das puérperas mais jovens era também adolescente, enquanto nas mais velhas o percentual foi de 19,9%. A proporção de puérperas com companheiros desempregados foi mais elevada neste mesmo grupo. Poucas adolescentes relataram usar algum tipo de método contraceptivo, sendo que entre as mais jovens a ausência desta prática era ainda mais presente, 81,8%, quando comparadas às de mais idade, 74,4%. A maioria das puérperas adolescentes encontrava-se fora da escola ao engravidar, sendo esta proporção ainda mais elevada entre as de mais idade, 60,1%. Os resultados encontrados demonstram que menos da metade delas considera o estudo como uma possibilidade de ascensão social, sendo que no grupo das mais velhas esse achado é mais evidente, correspondendo a 38,3%. Por outro lado, a maioria demonstrou interesse em vir a trabalhar no futuro, principalmente as de 16 a 19 anos.

Na tabela 2 são descritos os aspectos psicossociais segundo os mesmos grupos maternos mencionados na tabela 1. A proporção de puérperas que manifestou não ter desejado esta gestação ultrapassou os 60%, tendo sido mais

elevada ainda entre as mais novas, 69,0%. A reação negativa do pai do bebê e da família foi maior no grupo de menos idade, respectivamente 18,8% e 35,0%. A insatisfação materna com a gestação também foi maior no grupo de 12 a 16 anos, bem como a exposição à agressão física durante a gestação e o índice de abandono escolar. Diferentemente, a tentativa de aborto foi mais freqüente entre as mais velhas.

O consumo de cigarro, álcool e drogas ilícitas entre as adolescentes mais velhas foi maior, mas não estatisticamente significativo. A adesão ao atendimento pré-natal, categorizada pelo número de consultas, bem como os sentimentos apresentados em relação ao bebê por ocasião do parto, não têm diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários.

A tabela 3 refere-se às mesmas variáveis sociodemográficas descritas segundo a situação conjugal da adolescente. Foi alto, o percentual de adolescentes grávidas que afirmaram ter união estável com o pai da criança (68,4%).

As proporções de puérperas segundo a cor da pele, o local de residência e a ausência de trabalho remunerado foram semelhantes quando comparadas pela situação conjugal da mãe. Também não foram estatisticamente significativas as diferenças quanto à perspectiva de ascensão social através do estudo e uso de métodos contraceptivos.

Chama a atenção a maior proporção de ocorrência de uma primeira gestação antes dos 15 anos no grupo de adolescentes sem união estável. Quanto à idade do pai do bebê e ao fato dele estar ou não empregado, verificou-se também uma maior proporção de adolescentes e de desempregados no grupo das

puérperas sem união estável. Com relação a estar fora da escola ao engravidar, e a ausência de pretensão de trabalhar os maiores percentuais foram encontrados no grupo de adolescentes com união estável, 61,1%, contra 36,6% e 38,0% contra 27,6%, respectivamente.

A tabela 4 descreve algumas características psicossociais segundo o critério de situação conjugal. Foi menor o desejo pela gravidez no grupo de adolescentes que não mantinham uma união estável com o pai da criança. A reação negativa tanto do pai do bebê quanto da família, a ocorrência de agressão física e a insatisfação da própria mãe com a gestação atual foram igualmente mais freqüentes nas adolescentes sem união estável.

Manter uma união estável parece influenciar na realização do pré-natal, pois a proporção de adolescentes que o fizeram foi duas vezes maior. As mães sem união estável apresentaram percentual significativamente maior de abandono escolar nesta gestação, 28,0%, quando comparado às demais, 21,7%. O mesmo ocorreu com a manifestação de não pretender trabalhar, maior no primeiro grupo, 38,1% do que no segundo, 27,6%.

Não se observou diferença nas proporções de mães que usaram cigarro e drogas ilícitas durante a gravidez em função da situação conjugal. Já o consumo de bebida alcoólica foi maior entre as que não tinham união estável, embora não tenha sido estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

Mostrou-se adequada esta análise ser categorizada por faixa etária mesmo não sendo tão grande a amplitude do intervalo de idade das adolescentes. Esta

opção se justifica, uma vez que a literatura aponta a maior precocidade da idade materna como um dos fatores de risco para a incidência de efeitos adversos na gestação (Weiss et al., 1988).

Os resultados obtidos revelaram que as condições sociais de puérperas adolescentes que pertencem ao grupo etário mais precoce e que não possuem união estável tendem a ser piores.

Observou-se que as adolescentes mais jovens, na maioria das vezes, não apresentam trabalho remunerado, sendo mais dependentes financeiramente, seja da família ou do companheiro. Paralelamente, a tendência para estabelecer uniões com homens ainda adolescentes e muitas vezes desempregados as mantém em uma situação socioeconômica mais precária, estando mais expostas a outras situações consideradas de risco social.

Sabe-se que, mesmo nos países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional e que uma gravidez indesejada na adolescência é, muitas vezes, um fator facilitador para a permanência em uma situação de pobreza (Population Reference Bureau, 1992). Frequentemente levando à interrupção do desenvolvimento escolar da adolescente e reduzindo as futuras oportunidades no mercado de trabalho. Os resultados obtidos revelaram que a maioria das adolescentes já se encontrava fora do ambiente escolar, principalmente as de mais idade. Neste estudo do total de adolescentes que haviam abandonado a escola, 26,9% o fizeram em função de gestações anteriores (dados não apresentados). Entre as que ainda estudavam no momento em que engravidaram, houve maior abandono escolar nas adolescentes de mais idade e entre as que não tinham união estável. Dos possíveis motivos que

levariam a adolescente grávida a abandonar a escola, podemos citar o receio de ser discriminada, uma vez que evidenciar a existência de uma vida sexual ativa nesta faixa etária ainda é um fato pouco aceito pela sociedade.

Monteiro et al. (1998) verificou uma baixa a proporção de adolescentes que manifestou ter desejado a gravidez em curso. Nossos achados são semelhantes, sendo que o desejo foi mais freqüente nos grupos das mais velhas e com união estável. O desejo pela gestação, relatado somente pela minoria, revela uma falta de planejamento da reprodução, bastante comum nesse grupo etário, no qual existem dificuldades na utilização de métodos contraceptivos de uso contínuo. Por outro lado, a constatação de um grupo minoritário, que afirme ter desejado engravidar em uma idade tão precoce, aponta para a imaturidade emocional típica da adolescência, muitas vezes expressa através de comportamentos inconseqüentes, que acabam por se refletir em um modo pouco responsável de exercer a sexualidade.

A precária utilização de métodos contraceptivos pelas adolescentes, mais evidenciada no grupo das mais jovens, é concordante com os dados da literatura. Sabe-se que nos Estados Unidos apenas uma entre cinco adolescentes que não pretendiam engravidar utilizavam algum tipo de método contraceptivo (Jones et al., 1985).

Entre as adolescentes com história de gestação anterior, as mais jovens foram mais propensas à ocorrência da primeira gestação antes dos 15 anos, ou seja, em idade muito precoce, e conseqüentemente expostas a maiores riscos. Este dado é preocupante, uma vez que o padrão gestacional é geralmente

definido na adolescência, de modo que quanto mais jovem for a mãe, maior probabilidade de multiparidade (BENFAM, 1997).

Ainda que a maioria das gestantes, independente da idade, tenham tido acesso aos cuidados pré-natais, observa-se que a aderência às consultas foi influenciada pela presença de uma união estável, dado bastante relevante na medida em que o pré-natal é apontado na literatura como um dos mais importantes fatores de proteção quanto a efeitos adversos para o bebê (Gama et al., 2002). A influência desta união estável também é apontada por Stern (1997), que afirma ser o cônjuge, a referência mais importante e que exerce maior influência sobre a adolescente e suas condutas durante a gestação.

A insatisfação com a gestação, neste estudo mais experimentada por adolescentes com menos idade e sem união estável, provavelmente está relacionada à maior probabilidade destas adolescentes não terem desejado a gestação. Estudo de Contreras.& Lopèz (1985) constatou que as gestações de adolescentes entre 10 e 17 anos, quase sempre foram indesejadas. As gestações desejadas tinham como objetivo conservar o companheiro, conseguir auxílio econômico ou forçar um casamento.

As reações negativas à gestação por parte da família e do pai do bebê, são mais evidentes entre as mais jovens e sem união estável. Cabe ressaltar que a aceitação familiar e do companheiro em relação à gestação pode mostrar-se negativa no início da gestação, porém tende a melhorar ao longo da mesma, especialmente em função da necessidade de apoio das adolescentes.

A constatação de que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia negativamente a vivência e os efeitos da gravidez, nos

leva a ressaltar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de se adiar a ocorrência da gestação. Estas medidas, certamente possibilitarão a potencialização do desenvolvimento psíquico da adolescente, bem como a ampliação de oportunidades de vida, que venham a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subsequentes.

Chama a atenção, o fato da situação conjugal influenciar no modo como a gestação é percebida pela família e pela própria adolescente, chegando mesmo a alterar padrões relacionais e interferir nos comportamentos ao longo da gestação e, conseqüentemente, afetando o resultado gestacional. Este achado sinaliza para a importância de uma assistência pré e perinatal que inclua não somente a gestante, mas todos os envolvidos, como os companheiros e ambas as famílias de origem, favorecendo o estreitamento do vínculo com o pai do bebê e a criação de uma rede social mais efetiva para a adolescente, e principalmente, desfazendo o mito machista de que a adolescente seria a única responsável por esta gravidez inoportuna.

Se ainda não há consenso quanto aos prejuízos biológicos da gravidez nas adolescentes mais jovens, este estudo constata as enormes desvantagens sociais advindas desta experiência, que interfere não apenas na vida das adolescentes, mas que acaba por repercutir no ambiente conjugal e familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEMFAM. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.

BENFAM. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

CAMARANO, A.C. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, CNPD, 1998.

DESSER, A D. Adolescência, sexualidade e culpa. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1993.

FORD K. Second pregnancies among teenage mothers. Family Planning Perspect; Nov-Dec,15(6):268-72, 1983.1983

GAMA, S G N, LEAL, M C, SZWARCOWALD, C L. THEME FILHA, M M. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública, 35: 74-80, 2001.

GAMA, S G N, LEAL, M C, SZWARCOWALD, C L. cia de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cadernos de Saúde Pública: 18(2), 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico de 2001. Rio de Janeiro, 2002.

JONES, EF, FORREST, JD, GOLDMAN, N et al. teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. Fam Plann Perspect 17: 53-63, 1985.

MAAKAROUN, MF. Considerações gerais sobre a adolescência. In: Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura medica, p. 3-8, 1991.

MATHIAS, L, NESTAREZ, JE, KANAS, M & NEME, B. Gravidez na adolescência. IV – Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. J Bras Ginec, 95 (4): 141-3, 1985.

MONTEIRO, D. L. M. ; 1988. Pré-natal na gestante adolescente. In: Gravidez na adolescência (MONTEIRO, D. L. M. ; CUNHA, A . A . & BASTOS, A . C.; ORG) PP57-74, Rio de Janeiro: Editora Revinter.

POPULATION REFERENCE BUREAU, La actividad sexual y la maternidad entre Adolescentes en América Latina y el Caribe: riesgos y consecuencias. Washington D. C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 1992.

STERN, C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de México, 39(2): 137-43, 1997.

WEISS, A E . ; ZIMMERMANN, C R .; DIAS, D.; MYSKOVSKI, M.; MORO, R. SILVA, S Q R.; FRANCK, A . L L . . Gestação na adolescência – Revista Médica HEC/FEMPAR; 3 (1):18-23; jan-jun, 1988.

Tabela 1 – Proporção de puérperas segundo variáveis sócio-demográficas por faixa etária.

Grupos	Puérpera 12-16 anos		Puérpera 17-19 anos		(1)	(2)
	n	%	n	%	(χ^2)	p-valor
Cor da pele não branca	187	58,4	520	57,2	0,147	0,742
Residência em favela/rua	76	24,2	476	19,7	2,841	0,106
1ª gestação < 14 anos	126	39,4	70	7,7	176,617	0,000
Mãe sem trabalho remunerado	303	94,7	790	86,9	14,552	0,000
Não vive c/ o pai do bebê	141	44,1	247	27,2	31,119	0,000
Pai do bebê adolescente	147	45,9	181	19,9	81,934	0,000
Pai do bebê desempregado	91	30,0	178	20,1	12,612	0,001
Não usou métodos contraceptivos	261	81,8	676	74,4	7,102	0,007
Não estudava quando engravidou	109	34,2	542	60,1	63,607	0,000
Vê os estudos como possibilidade de ascensão social	95	49,7	118	38,3	6,292	0,015
Não pretende trabalhar	125	39,8	296	33,0	4,811	0,033
Nº total da amostra	320	26,0	908	74,0	Total: 1228	

1- Teste qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções.

2- Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 12 a 16 anos com o de 17 a 19 anos.

Tabela 2 – Proporção de puérperas segundo variáveis psicossociais por faixa etária materna.

Grupos	Puérpera 12-16 anos		Puérpera 17-19 anos		(1)	(2)
	n	%	n	%	(χ^2)	p-valor
<i>Não desejou a gravidez</i>	221	69,1	557	61,4	5,968	0,015
<i>Reação do pai do bebê negativa</i>	60	18,8	121	13,3	5,575	0,022
<i>Reação familiar negativa</i>	112	35,0	256	28,2	5,274	0,023
<i>Insatisfação com a Gestação</i>	50	15,6	101	11,1	4,446	0,038
<i>Tentativa de aborto</i>	16	13,0	97	27,2	10,194	0,001
<i>Fumou na Gestação</i>	25	7,8	107	11,8	3,890	0,058
<i>Usou álcool na Gestação</i>	22	6,9	93	10,3	3,151	0,093
<i>Usou drogas na Gestação</i>	2	0,6	6	0,7	0,005	1,000
<i>Vítima de agressão física durante a gestação</i>	30	9,5	53	5,9	4,868	0,037
<i>1 a 6 Consultas no Pré-natal</i>	166	52,2	499	55,0	0,720	0,396
<i>Sentimentos Negativos em relação ao bebê</i>	87	33,6	229	29,7	1,350	0,244
<i>Abandonou os estudos</i>	191	21,2	99	31,0	12,720	0,001
<i>Não pretende trabalhar</i>	125	39,8	296	33,0	4,811	0,033
<i>Nº total da amostra</i>	320	26,0	908	74,0	Total: 1228	

1- Teste qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções.
 2- Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 12 a 16 anos com o de 17 a 19 anos.

Tabela 3 – Proporção de puérperas segundo variáveis sócio-demográficas por situação conjugal.

Grupos	Puérpera com união estável		Puérpera sem união estável		(1)	(2)
	n	%	n	%	(χ^2)	p-valor
<i>Idade de 12-16 anos</i>	179	21,3	141	36,3	31,119	0,000
<i>Cor da pele não branca</i>	469	55,8	238	61,3	3,295	0,072
<i>Residência em favela/rua</i>	178	21,6	74	19,4	0,785	0,403
<i>1ª gestação < 14 anos</i>	120	14,3	76	19,6	5,613	0,019
<i>Mãe sem trabalho remunerado</i>	748	89,0	344	88,7	0,041	0,845
<i>Pai do bebê adolescente</i>	187	22,3	141	36,3	26,872	0,000
<i>Pai do bebê desempregado</i>	145	17,3	123	35,3	45,760	0,000
<i>Não usou métodos contraceptivos</i>	639	76,2	297	76,7	0,050	0,885
<i>Não estudava quando engravidou</i>	510	61,1	141	36,6	63,318	0,000
<i>Não vê os estudos como possibilidade de ascensão social</i>	166	59,9	119	53,8	1,857	0,202
<i>Nº total da amostra</i>	840	68,4	388	31,6	Total: 1228	

1- Teste qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções.

2- Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 12 a 16 anos com o de 17 a 19 anos.

Tabela 4 – Proporção de puérperas segundo variáveis psicossociais por situação conjugal da adolescente.

Grupos	Puérpera com união estável		Puérpera sem união estável		(1)	(2)
	n	%	n	%	(χ^2)	p-valor
<i>Não desejou a gravidez</i>	471	56,1	307	79,3	61,419	0,000
<i>Reação do pai do bebê negativa</i>	76	9,0	105	27,1	68,536	0,000
<i>Reação familiar negativa</i>	215	25,6	153	39,4	24,216	0,000
<i>Insatisfação com a Gestação</i>	78	9,3	75	18,9	22,518	0,000
<i>Tentativa de aborto</i>	60	7,1	51	13,2	11,729	0,001
<i>Fumou na Gestação</i>	89	10,6	42	10,9	0018	0,921
<i>Usou álcool na Gestação</i>	116	13,8	70	18,1	3,771	0,059
<i>Usou drogas na Gestação</i>	6	0,7	2	0,5	0,158	1,000
<i>Vítima de agressão física durante a gestação</i>	43	5,2	40	10,4	11,371	0,001
<i>1 a 6 Consultas no Pré-natal</i>	466	55,6	199	51,4	1,871	0,175
<i>Sentimentos Negativos em relação ao bebê</i>	194	27,7	122	37,2	9,430	0,002
<i>Abandonou os estudos</i>	181	21,7	108	28,0	5,804	0,017
<i>Nº total da amostra</i>	840	68,4	388	31,6	Total: 1228	

1- Teste qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções.

2- Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 12 a 16 anos com o de 17 a 19 anos.

3.1- ARTIGO 2

**“REPERCUSSÕES EMOCIONAIS NEGATIVAS DA GRAVIDEZ PRECOCE
EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO (1999/2001)”.**

Adriane Reis Sabroza*

Maria do Carmo Leal**

Silvana Granado Nogueira da Gama***

*Mestranda do Curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública –
FIOCRUZ

** PhD, Pesquisador Titular, Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional
de Saúde Pública – FIOCRUZ

***PhD, Pesquisador adjunto, Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional
de Saúde Pública – FIOCRUZ

RESUMO:

Este estudo pretende verificar a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas para a adolescente, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais. Foram entrevistadas 1228 adolescentes no pós-parto imediato em maternidades públicas, conveniadas com o SUS e privadas do Município do Rio de Janeiro – MRJ. As variáveis dependentes foram: auto-valorização negativa, pouca ou nenhuma expectativa frente ao futuro e intenso sofrimento psíquico. A análise estatística pretendeu testar a hipótese de homogeneidade de proporções mediante análise bi e multivariada, com uso de regressão logística múltipla. Foram encontradas maiores proporções de repercussões emocionais negativas entre as que não estudavam ao engravidar, cuja reação familiar foi ruim, eram pardas/negras e não desejaram a gravidez. Pode-se concluir que condições socioeconômicas desfavoráveis estiveram mais associadas à auto-valorização negativa e pouca expectativa frente ao futuro, enquanto que o sofrimento psíquico foi mais presente nas adolescentes de melhor condição social.

Palavras-chave: gravidez precoce; auto-valorização negativa; expectativa frente ao futuro; sofrimento psíquico.

ABSTRACT:

This study aimed to characterize the profile of adolescents with low self-concept, poor expectations about the future and emotional distress according to sociodemographical and psychosocial variables. A sample of 1228 parturient adolescents, interviewed just after delivery, was selected from public and private hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The dependent variables were low self-concept, poor expectations about the future and emotional distress. The statistical analysis aimed to test the hypothesis of homogeneity of proportions, including bi and multivariate analysis by multiple logistic regression. Higher proportions of statistically significant and negative emotional effects were found among adolescents who were out of the school, black, with the family reaction to the pregnancy was negative and those who didn't desire the pregnancy. low self-concept The results showed that disadvantaged conditions about socio-economic situation were more associated with low self-concept and poor expectations about the future. Emotional distress were more frequent among adolescents that have better socio-economical conditions.

Key-words: adolescent pregnancy;, poor expectations about the future and emotional distress.

INTRODUÇÃO

A complexidade característica da gravidez precoce é influenciada por diferenças sociais, culturais e econômicas da adolescente que a vivencia. O fato de a adolescente vir a pular etapas importantes, do ponto de vista do desenvolvimento, em função de uma gestação nesse período, constitui-se como uma experiência emocionalmente difícil.

A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento psicológico, ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve. (Silva, 1987; Motta & Pinto e Silva, 1994). A instabilidade das relações conjugais também acaba por contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva (Perrin & Mc Dermott, 1997; Montessoro & Blixen, 1996), muitas vezes agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação. Como se não bastasse, o risco dos filhos serem vítimas de maus-tratos é maior (Conger & Petersen, 1984), especialmente nos casos em que a gravidez foi indesejada (Azevedo e Guerra, 1985).

Nesse sentido, alguns aspectos psicológicos, tais como baixa auto-estima, ausência de apoio familiar, alto nível de estresse vivenciado, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos, além de comuns, exercem influência no modo que a relação entre a gestante adolescente e seu bebê irá se constituir. De acordo com Barnett et al. (1996), a prevalência de sintomas

depressivos durante a gestação pode variar entre 44 e 59%, sendo comuns em gestantes adolescentes.

Diante da possibilidade de tantas conseqüências psicológicas adversas, torna-se relevante o estudo de aspectos emocionais da gravidez precoce. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é verificar a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas na vida da adolescente, com o intuito de se pensar novas formas de assistência que sejam capazes de minimizar os prejuízos emocionais que uma gestação pode impor à vida das adolescentes, uma vez que não foi possível a sua prevenção.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido dentro da linha de investigação sobre “A gravidez na adolescência como variável explicativa do baixo peso ao nascer e outros efeitos adversos no recém nascido em maternidades do Município do Rio de Janeiro” [□], realizado a partir de uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades localizadas no município por ocasião do parto.

AMOSTRA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal com uma amostra de 1228 puérperas de 12 a 19 anos de idade, entrevistadas por ocasião do parto em maternidades do Município do Rio de Janeiro. Este número refere-se a uma sub-amostra aleatória do projeto principal [□], escolhida aleatoriamente dentre os

[□] Subprojeto do “Estudo da morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001

[□] Maiores detalhes da amostra estão em Gama et al. (2002).

três estratos formados: Estrato 1- Estabelecimentos municipais e federais; Estrato 2: Estabelecimentos, militares, estaduais, filantrópicos universitários e privados conveniados com o SUS e Estrato 3: Estabelecimentos privados

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. A participação da adolescente, bem como a autorização do responsável, em caso de menores de idade, foi obtida através de termo de consentimento livre e esclarecido por escrito, no qual era exposto o objetivo da pesquisa (anexo 4). A confidencialidade da informação quanto ao conteúdo e à identificação da puérpera, assim como o anonimato por ocasião da publicação dos resultados foi assegurado.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Dados sociodemográficos foram coletados diretamente através de um questionário aplicado por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina previamente treinados (anexo 1). As informações sobre variáveis psicossociais, estilo de vida e repercussões negativas da gestação foram coletadas a partir de um segundo questionário (anexo 2), aplicado por uma psicóloga e outras três entrevistadoras da área de saúde, treinadas pela primeira. Todos os questionários foram revisados e codificados antes da digitação.

As repercussões emocionais negativas da gestação, variáveis dependentes deste estudo, foram compostas por um conjunto de variáveis, conforme a tabela abaixo:

Variável Dependente	Indicadores
EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO FUTURO	<p>“Eu tenho plano para o futuro”, “Às vezes penso que nada tenho a esperar do futuro”, “Eu penso que nunca terei dinheiro suficiente”, “Quando eu for mais velha com certeza terei uma vida boa”, “O fato de engravidar na adolescência dificultará a realização dos meus objetivos”.</p>
AUTO-VALORIZAÇÃO	<p>“Eu gosto do meu jeito de agir”, “As pessoas geralmente gostam de mim”, “Eu gosto da minha aparência”, “Existem muitas coisas que eu faço bem”, “Às vezes penso que não sou boa o suficiente”, “Desisto facilmente diante das dificuldades”.</p>
NÍVEL DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	<p>“Eu me senti triste”, “Eu me percebi falando menos que o habitual”, “Senti que minha vida tem sido um fracasso”, “Senti solidão”, “Estive menos disposta para iniciar tarefas”, “Na minha família as pessoas brigam” , “Senti que estava deprimida”, “Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas”, “Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos”, “Senti vontade de permanecer o tempo todo, deitada”, “Pensei em cometer suicídio”, “Fiz alguma tentativa de cometer suicídio”.</p>

Os indicadores *Expectativa em relação ao futuro e Auto-valorização*, foram compostos por variáveis que avaliaram o grau de concordância da adolescente numa escala que variava de 0 a 3, sendo 0 para discordância e 3 para total concordância. O somatório das notas que a adolescente se atribuía dividido pelo número de perguntas compunha a sua média individual naquele indicador. O ponto de corte estipulado para o indicador Expectativas em relação ao Futuro foi estabelecido em 2,25, a partir do qual as expectativas eram consideradas poucas. O ponto de corte estipulado para o indicador Auto-valorização foi estabelecido em 2,0, abaixo do qual a Auto-valorização era considerada negativa. Estes pontos de corte discriminaram o quartil superior da distribuição.

Para o indicador *Nível de sofrimento psíquico* as opções de resposta eram “com freqüência” “raramente” e “nunca”. Como as variáveis apresentavam diferentes graus de severidade, o indicador foi construído a partir da média ponderada do somatório dos escores atribuídos a cada item. Sendo que receberam peso 1, as variáveis “Eu me senti triste”, “Eu me percebi falando menos que o habitual”, “Estive menos disposta para iniciar tarefas”, “Na minha família as pessoas brigam” e “Senti solidão”; receberam peso 2: “Senti que minha vida tem sido um fracasso”, “Senti que estava deprimida”, “Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas”, “Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos” e “Senti vontade de permanecer o tempo todo deitada”; recebeu peso 3: “Pensei em cometer suicídio” e recebeu peso 4: “Fiz alguma tentativa de cometer suicídio”. Similar ao definido para os demais indicadores, o ponto de corte estabelecido foi de 1,5, equivalente ao quartil superior da distribuição, a partir do qual o nível de sofrimento psíquico era considerado

intenso. Os indicadores, bem como a metodologia utilizada na criação das variáveis dependentes, foram baseados em *Springer & Phillips (1995)*.

As variáveis sociodemográficas utilizadas na análise foram: “*estrato hospitalar* (1; 2; 3)”; “cor da pele (branca /não branca)”; “estudava ao engravidar (sim/não)” e “vive com o pai do bebê (sim/não)”. As variáveis psicológica e sociais foram: “reação familiar à gestação (boa/ruim)”, “tentou interromper a gestação (sim/não)”, “fumou na gestação (sim/não)”, realizou pré-natal (até 6 consultas/ 7 ou mais) e “desejou a gestação (sim/não)”.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizou-se análises bivariadas com as variáveis independentes, a fim de se traçar um perfil das adolescentes frente às variáveis-resposta do estudo. Foram incluídos testes χ^2 de homogeneidade das proporções, a um nível de significância (α) de 5%, para as variáveis categóricas, sendo calculada a razão bruta dos produtos cruzados (Odds Ratio - OR) e seus respectivos intervalos de confiança, também a um nível de significância (α) de 5%. Também foi realizada a análise multivariada com modelo de regressão logística. O software usado foi o SPSS 8.0.

RESULTADOS

Na tabela 1, verificamos que 60% das puérperas da amostra apresentaram uma auto-valorização negativa. Constatamos que a maior proporção de puérperas nesta situação foi encontrada no estrato um da amostra, 66,2%, seguido das maternidades privadas, 61,8%, ficando por último as atendidas em maternidades do estrato dois, 53,9%. Houve uma maior proporção de famílias que reagiram mal

à gestação, bem como de adolescentes que se encontravam fora da escola ao engravidar nessas adolescentes com autovalorização negativa. A cor da pele aparece neste caso como fator importante para este sentimento negativo, sendo maior nas puérperas de cor parda/negra, 63,9%, do que nas brancas, 55,1%. A tentativa de aborto, o consumo de cigarro durante a gravidez, o número de consultas pré-natais realizadas e o desejo em relação à gestação não apontaram diferenças estatisticamente significativas.

Na tabela 2, chama a atenção o alto percentual de adolescentes com pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, 75,9% do total. Foi possível verificar a associação estatisticamente significativa entre o estrato hospitalar em que a mãe foi atendida e a presença de pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro. O maior número de adolescentes com este perfil foi encontrado, no estrato das maternidades públicas e o menor número no estrato de maternidades privadas. Novamente a raça faz diferença, ficando as de cor parda/negra em situação de desvantagem, 79,4% comparadas às brancas, 71,2%.

É interessante notar que não estar estudando ao engravidar e a família ter reagido à gestação de forma negativa estiveram correlacionados à pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro. O desejo quanto à gestação novamente mostra-se relevante sendo maior a proporção de puérperas com pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro entre as que desejaram a gestação, 78,4%, em comparação com as que não desejaram, 71,6%. Diferenças significativas também foram encontradas em relação ao número de consultas pré-natais.

Foi constatado que o nível de sofrimento psíquico intenso esteve presente em 29,5% das adolescentes, sendo estas as que apresentavam características sociodemográficas e psicossociais menos favoráveis (tabela 3). Observamos que não houve diferenças significativas entre puérperas segundo a cor da pele, estar estudando no momento que engravidaram, haver tentado interromper a gestação e quanto ao número de consultas pré-natais realizadas. Mas, verificamos diferenças entre os estratos amostrais, sendo maior a proporção das que apresentaram sofrimento psíquico entre as atendidas nos hospitais privados, 46,6%, seguidas pelas que foram atendidas em maternidades conveniadas, filantrópicas, universitárias e estaduais, 44,2% e, por último, as atendidas nas maternidades municipais e federais, 10,5%. O nível sofrimento psíquico intenso foi também maior nas adolescentes cuja reação familiar à gestação foi ruim, que fumavam e que não viviam com o pai do bebê. O mesmo ocorreu para as que afirmaram não ter desejado a gestação, 32,7% contra 24,2% que desejaram.

A tabela 4 expõe os resultados da análise de regressão logística múltipla. Para a variável autovalorização negativa somente três variáveis independentes foram selecionadas para a inclusão no modelo de acordo com os critérios estatísticos previamente estabelecidos. A “reação familiar ruim”, foi a variável que mais explicou, com uma razão ajustada de produtos cruzados (OR) igual a 1,61 ($p=0,000$). As outras duas foram a “cor negra/parda” com uma OR ajustada igual a 1,42 ($p= 0,003$) e “não estudava quando engravidou” , cuja OR ajustada foi 1,28 ($p=0,040$).

Com relação a pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, cinco variáveis permaneceram no modelo. A que mais explicou este desfecho foi

pertencer ao “estrato 1”, OR ajustada igual a 1,65 ($p=0,027$), seguida pelas variáveis “reação familiar negativa”, “não estudava quando engravidou”, “ não desejou a gestação” e por último pela “cor negra/parda”.

O intenso sofrimento psíquico foi explicado por três variáveis, “não ter desejado a gestação”, OR ajustado igual 1,70 ($p=0,00$) “não viver com o pai do bebê” OR igual a 1,45 ($p=0,01$) e pertencer ao “estrato 1” OR igual a 0,14 ($p=0,00$). Esta última, apresentando-se como um efeito protetor para o sofrimento psíquico intenso .

DISCUSSÃO

O estudo de repercussões emocionais negativas de uma gestação precoce em adolescentes, que em geral encontram-se despreparadas para lidar com a nova situação, é tema atual da literatura (Cabral et al., 1985).

Os resultados do presente estudo evidenciam que são grandes as repercussões emocionais negativas da gestação em puérperas adolescentes. Os dados apontam para um quadro realmente desfavorável, em que a grande maioria das gestantes adolescentes apresentam uma autovalorização geralmente negativa e em sua maior parte pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro.

O nível de sofrimento psíquico intenso esteve presente em quase um terço dos casos, chamando a atenção por se tratar de adolescentes com nível realmente alto de estresse emocional.

O estrato amostral a que pertencia a puérpera pode ser visto como uma proxy da condição social da adolescente e demonstrou ser relevante para os três indicadores. Com relação à presença de sofrimento psíquico intenso, observamos

que esta condição esteve presente em uma maior proporção de puérperas do terceiro estrato, o que nos leva a pensar que as adolescentes com acesso a maternidades privadas e possivelmente com uma melhor condição socioeconômica, seriam as que mais sofrem com a gravidez precoce.

Uma possível explicação para estes achados seria que as adolescentes das maternidades privadas por apresentarem um melhor nível de escolarização e desfrutarem de uma melhor qualidade de vida, veriam na gestação a possibilidade de interromper projetos e sonhos passíveis de realização e, pelos mesmos motivos, seriam alvo de desaprovação familiar.

Já no que se refere ao sentimento de autovalorização negativa e a existência de pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, observamos que foi mais freqüente em mães do primeiro estrato, representado por maternidades públicas municipais e federais. Estas puérperas apresentam pior condição socioeconômica do que as adolescentes do terceiro estrato, logo, têm condições de vida desfavoráveis, menor grau de escolaridade e limitado acesso a bens e serviços. Esses fatores acabariam por interferir negativamente na formação de uma auto-valorização positiva e limitariam as perspectivas futuras dessas adolescentes.

Autores referem a baixa autovalorização como característica de adolescentes que têm relações sexuais e não utilizam métodos contraceptivos (Consejo Nacional de Población, 1994), o que ocorre também nas camadas mais pobres da população.

Foi menor a proporção de adolescentes que manifestaram ter desejado esta gravidez entre as que apresentaram um intenso sofrimento psíquico. De

modo contrário, observamos que foi maior a proporção de adolescentes que desejaram a gestação entre as que apresentaram pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro. Como verificado em outros estudos (Stevens-Simon & Lowy, 1995), esse fato nos leva a pensar que a gravidez precoce representaria efetivamente uma possibilidade de reconhecimento e ou status social, almejado por adolescentes cujas vidas foram capazes de lhes apresentar tão poucas oportunidades. A gravidez acabaria por significar, ainda que de modo inadequado, uma tentativa de reconhecimento social ou uma resposta adaptativa à situação de pobreza, daí uma menor prevalência de sofrimento psíquico nestes casos.

A cor da pele, variável muito analisada na literatura internacional e, de um modo geral, descrita como relacionada à condição socioeconômica, também apontou algumas associações interessantes com os indicadores aqui utilizados. Enquanto evidenciou-se uma maior proporção de adolescentes de cor parda/negra entre as com pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, obteve-se uma maior proporção de brancas com uma autovalorização negativa. Nos dois casos, a condição social da adolescente parece exercer papel importante na associação encontrada, só que de maneira diversa. Para a adolescente de cor parda/negra, as expectativas em relação ao futuro encontram-se bastante reduzidas, confirmando um lugar de desvalorização na escala social em função da raça. Por outro lado, a presença de maior autovalorização negativa entre as brancas, geralmente mais valorizadas socialmente, pode significar uma característica de personalidade que inclusive pode ter contribuído para a ocorrência desta gestação.

A aderência às consultas do atendimento pré-natal não parece ter sido influenciado por fatores emocionais, neste estudo. Outros fatores, tais como influência familiar, facilidade de transporte, e possibilidades econômicas, foram identificados por Lee et al. (1993).

O consumo de cigarro somente esteve associado ao nível de sofrimento psíquico, o que corrobora com outros estudos em que se verificou que adolescentes têm motivações psicossociais específicas e diferentes dos adultos para fumar (Wang et al., 1998).

Do mesmo modo, a ausência de uma união estável, somente esteve associada a um sofrimento psíquico intenso, apontando para a importância do apoio social, em especial do cônjuge, para uma melhor vivência da gestação pela adolescente (Sharon et al., 1989) e para um desenvolvimento gestacional adequado. Este fato se confirma ao observarmos os dados referentes à reação familiar à gestação, que parece ter sido pior quando as adolescentes apresentaram sofrimento psíquico intenso, poucas expectativas em relação ao futuro e uma auto-valorização negativa.

Os resultados da regressão logística indicaram que a reação familiar ruim, assim como já estar fora da escola quando engravidou, contribuíram para uma auto-valorização negativa da adolescente. Este fato é condizente com achados da literatura, uma vez que a relação familiar e o nível de escolaridade são referidos como importantes fatores da constituição do autoconceito de um indivíduo (Humphreys, 2001). A pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro foi parcialmente explicada por pertencer ao estrato 1, que congrega mães que apresentam pior condição socioeconômica. Paralelamente, este mesmo estrato

apresentou efeito protetor para o sofrimento psíquico intenso, demonstrando que engravidar na adolescência em classes mais desfavorecidas gera menos sofrimento psíquico.

Diante do exposto, reconhecemos não apenas a importância que o presente estudo traz, no sentido de uma maior compreensão sobre aspectos emocionais de uma gravidez precoce, como também afirmamos a necessidade de que uma visão multiprofissional do fenômeno. Profissionais habilitados ao manejo de aspectos emocionais, devem ser incluídos na formulação de políticas públicas que visem tanto a prevenção da gestação em adolescentes quanto o atendimento desta população específica na rede assistencial, visando, desse modo, minimizar as possíveis e dolorosas consequências emocionais da gravidez precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V. A . Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder . São Paulo: Iglu, 1985.

BARNET B, JOFFE A, DUGGAN A K, WILSON M D, REEPKE J T., 1996. Depressive symptoms, stress and postpartum adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* (1150): 64-9.

CABRAL, ACV, PEIXOTO, RML, MIRANDA SP &VIEIRA, E. Gravidez e adolescência. *J. Brasileiro de Ginecologia*, 95(6):251-53, 1985.

CONGER, J. J. & PETERSEN, A. *Adolescence and youth: psychological development in a changing world*. New York : Harper & Row, 1984.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. *Antologia de la sexualidad humana*. México, D F., nov. 1994 p 81-104,ilus.

GAMA, S G N, LEAL, M C, SZWARCOWALD, C L. cia de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*: 18(2), 2002.

HUMPRHREYS, T . *Auto-estima: a chave para a educação de seu filho*. São Paulo: Ground, 2001.

LEE, SH & GRUBBS, LM. A comparison of self-reported self-care practices of pregnant adolescents. *Nurse Practitioner*, vol18 (9): 25-29, 1993.

MONTESSORO, A.C. & BLIXEN, C.E. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. *Nursing Outlook*. 44:31-6, 1996.

MOTTA, M & PINTO e SILVA, J L. Gravidez na adolescência. NEPO/UNICAMP in Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, 3, 1994. 1994

PERRIN, K.M. & MCDERMOTT, R.J. Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. *Adolescence*, 22(127): 533-57, 1997.

SHARON, L, DORMIRE, RN, SARAH, S, STRAUSS, RN BERNARDINE, A & CLARKE RN. Social Support and adaptation to the parent role in first-time adolescent mothers. *JOGNN*, july /august: 327-36, 1989.

SILVA, MCSC. Hábitos e comportamento do adolescente. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1987.

STEVENS-SIMON, C & LOWY,R . Teenage childbearing. An adaptative strategy for the socioeconomic ally disadvantaged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; Aug; 149 (8):912-5, 1995.

WANG, M Q, FITZHUGH, E C, GREEN, B L, TURNER, L W, EDDY, J M AND WESTERFIELD, C. Prospective social-psychological factors of adolescent smoking progression. *Journal of Adolescent Health*; 24:2-9,1998.

Tabela 1 – Percentuais de autovalorização negativa, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais e as correspondentes odds ratio (OR).

	AUTOVALORIZAÇÃO NEGATIVA		(1)	(2)
	n	%	OR	IC 95%
ESTRATO				
1	353	66,2	1,70	1,11 – 2,61
2	295	53,9	1,13	0,75 – 1,73
3	81	61,8	1,00	
COR				
BRANCA	281	63,9	1,44	1,14 – 1,82
PARDA / NEGRA	448	55,1		
VIVE COM O PAI DO BEBÊ				
SIM	505	61,1	0,88	0,69 – 1,13
NÃO	224	58,2		
Estudava ao Engravidar				
SIM	323	57,2	1,27	1,01 – 1,61
NÃO	405	63,0		
Reação Familiar à Gestação				
BOA	483	56,8	1,62	1,25 - 2,11
RUIM	246	68,1		
TENTOU INTERROMPER A GESTAÇÃO				
SIM	67	60,2	0,97	0,659 – 1,45
NÃO	662	60,9		
FUMOU NA GESTAÇÃO				
SIM	675	57,7	0,89	0,61 – 1,29
NÃO	654	60,6		
Nº CONSULTAS PRÉ-NATAL				
ATÉ 6	323	58,5	0,87	0,69 – 1,11
6 OU MAIS	360	61,7		
DESEJOU A GESTAÇÃO				
SIM	255	57,6	1,18	0,93 – 1,50
NÃO	472	61,6		

Tabela 2 – Percentuais de pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais e as correspondentes odds ratio (OR).

	POUCA OU NENHUMA EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO FUTURO		(1)	(2)
	n	%	OR	IC 95%
ESTRATO				
1	430	80,2	0,13	0,09 – 0,21
2	398	73,0	0,91	0,62 – 1,32
3	93	70,5	1,00,	
COR				
<i>BRANCA</i>	366	71,2	1,56	1,20 – 2,03
<i>PARDA/NEGRA</i>	555	79,4		
VIVE COM O PAI DO BEBÊ				
<i>SIM</i>	635	76,5	0,90	0,68 – 1,19
<i>NÃO</i>	285	74,6		
Estudava ao Engravidar				
<i>SIM</i>	398	70,6	1,74	1,33 – 2,27
<i>NÃO</i>	521	89,7		
Reação Familiar à Gestação				
<i>BOA</i>	623	73,1	1,74	1,27 – 2,37
<i>RUIM</i>	298	82,5		
TENTOU INTERROMPER A GESTAÇÃO				
<i>SIM</i>	96	86,5	0,46	0,26 – 0,81
<i>NÃO</i>	824	74,8		
FUMOU NA GESTAÇÃO				
<i>SIM</i>	108	82,4	1,56	0,97 – 2,50
<i>NÃO</i>	812	75,1		
Nº CONSULTAS PRÉ NATAL				
ATÉ 6	428	73,7	1,33	1,02 – 1,75
<i>6 OU MAIS</i>	438	78,8		
DESEJOU A GESTAÇÃO				
<i>SIM</i>	602	78,4	1,44	1,10 – 1,89
<i>NÃO</i>	317	71,6		

Tabela 3 – Percentuais de sofrimento psíquico intenso, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais e as correspondentes odds ratio (OR).

	SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO		(1)	(2)
	n	%	OR	IC 95%
ESTRATO				
1	57	10,5	1,21	1,11 – 2,61
2	243	44,2	0,72	0,75 – 1,73
3	62	46,6	1,00	
COR				
BRANCA	151	29,0	1,05	0,82 – 1,34
PARDA/NEGRA	211	30,2		
VIVE COM O PAI DO BEBÊ				
SIM	223	26,6	1,55	1,20 – 2,01
NÃO	139	36,0		
Estudava ao Engravidar				
SIM	173	30,4	0,94	0,73 – 1,20
NÃO	181	29,0		
Reação Familiar à Gestação				
BOA	238	27,6	1,36	1,04 -0,77
RUIM	124	34,2		
TENTOU INTERROMPER A GESTAÇÃO				
SIM	38	34,2	0,79	0,52 – 1,19
NÃO	324	29,1		
FUMOU NA GESTAÇÃO				
SIM	335	30,7	0,58	0,37 – 0,90
NÃO	27	20,5		
Nº CONSULTAS PRÉ NATAL				
ATÉ 6	187	31,9	0,89	0,69 – 1,14
6 OU MAIS	165	29,4		
DESEJOU A GESTAÇÃO				
SIM	108	24,2	1,52	1,17 – 1,98
NÃO	254	32,7		

Tabela 4 - Resultado da Regressão Logística Múltipla - Enter - considerando todas as variáveis relacionadas com autovalorização negativa, pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro e sofrimento psíquico intenso.

AUTOVALORIZAÇÃO NEGATIVA			
VARIÁVEL	OR ajustado	p valor	IC 95%
REAÇÃO FAMILIAR RUIM	1,61	0,000	1,24 – 2,09
COR PARDA/NEGRA	1,42	0,003	1,12 – 1,80
NÃO ESTUDAVA QUANDO ENGRAVIDOU	1,28	0,040	1,01 – 1,61

POUCA OU NENHUMA EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO FUTURO			
VARIÁVEL	OR ajustado	p valor	IC 95%
ESTRATO 1	1,65	0,027	1,06 – 2,58
REAÇÃO FAMILIAR RUIM	1,75	0,001	1,27 – 2,41
NÃO ESTUDAVA QUANDO ENGRAVIDOU	1,76	0,000	1,34 – 2,31
NÃO DESEJOU A GESTAÇÃO	1,39	0,019	1,05 – 1,84
COR PARDA/NEGRA	1,50	0,003	1,14 – 1,97

SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO			
VARIÁVEL	OR ajustado	p valor	IC 95%
ESTRATO 1	0,14	0,000	0,09 – 0,21
NÃO VIVE PAI DO BEBÊ	1,45	0,011	1,09 – 1,93
NÃO DESEJOU A GESTAÇÃO	1,70	0,00	1,27 – 2,28

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, longe de esgotar o tema da gravidez na adolescência, se propôs a discuti-lo a partir de uma ótica atual e segundo a qual, os aspectos psicossociais ganham relevância para a compreensão de fenômenos da saúde, em particular da gravidez na adolescência.

Os artigos apresentados viabilizaram uma maior aproximação com o perfil da população de gestantes adolescentes do Município do Rio de Janeiro, especialmente aquelas atendidas em maternidades privadas, para as quais as pesquisas são escassas. Além disso, foi possível conhecer algumas repercussões emocionais negativas da gestação na vida das adolescentes, o que fornece subsídios para o melhor enfrentamento do problema.

A constatação de que o número de puérperas adolescentes em idades muito precoces é ainda pequeno, se por um lado é um alívio, preocupa pelo seu reconhecido incremento nos últimos anos, já que este grupo é o mais atingido pelos resultados adversos da gestação.

Outro fator interessante refere-se à informação de que a maioria das gestantes estaria vivendo maritalmente com o pai do bebê, uma vez que a união estável parece desempenhar um importante papel de apoio social, influenciando no impacto que a gestação tem para estas jovens mães e seus recém-nascidos.

Algumas limitações foram identificadas no decorrer do estudo. Uma delas refere-se ao momento da realização da entrevista no mesmo dia ou no dia seguinte ao parto, pois o nascimento do bebê, em alguns casos em situação adversa pode ter alterado o estado emocional das mães, de maneira positiva ou

negativa, e influenciado suas respostas, principalmente as que se referiam à situações passadas.

Outro fator, diz respeito à abordagem de alguns sintomas depressivos, intitulados sofrimento psíquico intenso e não da depressão propriamente dita, tal qual é descrita na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o que poderia ter sido feito através do emprego de escalas específicas para este fim, mas que tornariam as entrevistas muito longas, dada à quantidade de informações coletadas.

Ainda assim, fica evidente que fatores como auto-estima, nível de expectativas frente ao futuro e sintomas depressivos, bem como acesso a uma rede de apoio social, devam ser considerados para melhor compreensão do fenômeno e garantia de um cuidado realmente efetivo à adolescente grávida.

Nesse sentido, sugerimos que, uma vez apontados alguns resultados, outros estudos sejam desenvolvidos, com uma abordagem qualitativa, em que seja possível aprofundar a investigação das associações aqui encontradas que por seu teor, essencialmente subjetivo, poderiam ser complementadas com uma metodologia que venha a dar conta das especificidades de cada adolescente.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO PARA A MÃE NA MATERNIDADE

Identificação do Questionário

Questionário número:

Data da entrevista:

Horário:

Nome da instituição:

Código do entrevistador:

Endereço do estabelecimento: _____

RA:

Realizado em:

Código do supervisor:

Revisado em:

Digitado em:

Código do digitador:

CORPO DA ENTREVISTA

Forma de pagamento:

1. particular 2. convênio /SUS 3. convênio/outros 4. público (gratuito)

Identificação Materna

Nome _____

Apelido: _____

Data de nascimento:

Idade: (anos)

Cor da pele: 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Mestiça

Situação conjugal:

1. Solteira 2. Casada/companheiro 3. Divorciada/separada 4. Viúva

Endereço de residência detalhado: _____

Cidade: _____

Referência: _____

Telefone para contato:

Local de residência:

1. Bairro 2. Favela 3. Na rua 4. Loteamento 5. Outro

Quem mora com você?:

1. Marido/Companheiro com ou sem filhos

2. Seu Pai e/ou Mãe com ou sem filhos 3. Só meu(s) filho(s)

4. Moro só 5. outros _____

Escolaridade e Renda da Mãe

9. Você lê e escreve?
1. Sim 2. Não (vá à questão nº 11)

10. Qual a última série que você concluiu com aprovação? n° da série n° do grau
(se sabe ler e escrever e nunca foi à escola, preencher com 8)

11. Excluindo o trabalho de dona-de-casa, você tem algum trabalho remunerado?
1. Sim 2. Não (vá à questão nº 19)

12. Qual a sua ocupação mais recente?

13. Você trabalha como:
1. Empregada 2. Empregadora 3. Autônoma

14. Onde você trabalha? (Instituição/Firma)

15. Durante a gestação atual, você trabalhou quantas horas por dia?

16. Quantos dias na semana?

17. Quantos dias antes do parto parou de trabalhar (aproximado)?

18. Endereço e telefone do emprego: _____

_____ telefone:

19. Quanto você ganha por mês?(soma total de rendimentos, incluso pensão, aposentadoria) R\$

20. Você tem mais alguma ajuda financeira? (mesada, doação)
1. Sim 2. Não (desconsidere a próxima questão)

21. De quem você recebe ajuda?
1. Marido 2. Familiar 3. Outro: _____

22. Você vive com o pai da criança?
1. Sim (desconsidere a próxima questão) 2. Não

23. Você sabe quem é o pai do bebê?
1. Sim 2. Não (Passe para o item "Condições Moradia")

Identificação Paterna

Nome completo: _____

_____ Apelido: _____

24. Data de nascimento: / /

Idade (anos):

25. Ele lê e escreve?
1. Sim 2. Não (vá à questão nº 27)

26. Qual a última série que ele concluiu com aprovação? n° da série n° do grau
(se ele sabe ler e escrever e nunca foi à escola, preencher com 8)

27. Ele está empregado, neste momento?
1. Sim 2. Não

28. Qual a ocupação mais recente dele? _____

29. Ele trabalha como?
1. Empregado 2. Empregador 3. Autônomo

30. Onde ele trabalha? (Instituição/Firma) _____

31. Quanto ele ganha por mês? R\$

Condições de Moradia

32. Qual a fonte de abastecimento de água sua casa?

1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada de casa 3. Água de poço 4. Outro _____

33. Tem vala perto de casa? 1. Sim 2. Não

34. Qual o destino dado ao lixo de sua casa?

1. É recolhido pelo lixeiro 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto 5. Outro _____

35. Quantas pessoas moram na sua casa?

36. Quantos quartos e salas ao todo tem casa?

Antecedentes Obstétricos

37. Quantas vezes esteve grávida, e esta gravidez? (referir partos gemelares)

0. nenhuma (Vá a questão 53) 1. 1 vez 2. 2 vezes 3. 3 vezes 4. 4 vezes 5. 5 ou mais vezes

38. Quantos filhos nasceram vivos?

39. Quantos filhos nasceram mortos?

40. Você já perdeu filhos depois de n

1. Sim 2. Não (desconsidere a próxima questão)

Quantos? Causas

41. antes de completar 1 semana de vida <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	45. _____
42. entre 1 semana e 1 mês de vida <input type="text"/> <input type="text"/>	46. _____
43. entre 1 mês e 1 ano de vida <input type="text"/> <input type="text"/>	47. _____
44. 1 ano ou + <input type="text"/> <input type="text"/>	48. _____
	49. _____
	50. _____
	51. _____
	52. _____

Alguma gravidez que teve resultou em aborto? 1. Sim 2. Não (Vá à questão 57)

Quantos foram espontâneos?

Quantos foram provocados?

Quando foi seu último aborto? /
(mês e ano)

Já teve algum bebê prematuro? 1. Sim 2. Não

Quantos? (se resposta anterior foi positiva)

Quando foi seu último parto, excluindo este? /
(mês e ano)

Qual era a sua idade quando engravidou pela primeira vez? (Anos)

Qual era a sua idade quando menstruou pela primeira vez? (Anos)

Informações da Gestação Atual

Quando foi que a sua regra veio pela última vez? / /

Qual o seu peso antes da gravidez atual? g

Qual o seu peso ao final desta gravidez? g

Qual a sua altura? cm

Você sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante esta gestação? 1. Sim 2. Não

Você alguma vez foi agredida fisicamente durante esta gestação?
1. Pelo pai 2. Não 3. Outro

Você estava utilizando algum método para evitar gravidez? 1. Sim 2. Não

Quando ficou grávida, você:
1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo
3. Não queria mais engravidar

70. Depois que ficou grávida, você ficou satisfeita? 1. Sim 2. Não

71. E o pai? 1. Sim 2. Não

72. Você utilizou algum método para interromper a gravidez atual? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 74)

73. Qual?

Assistência Pré-natal (Gestação atual)

74. Você fez pré-natal? 1. Sim 2. Não

75. Onde?

76. Se não, por que não fez o pré-natal?

77. Se sim, você trouxe o cartão do pré-natal para a maternidade? 1. Sim 2. Não 3. Não tem

78. A partir de que mês de gestação você começou o pré-natal?

79. A quantas consultas você foi?

80. Você foi às consultas até o final da gravidez? 1. Sim (Vá a questão 82) 2. Não

81. Porque você abandonou as consultas do pré-natal?

82. Seu pré-natal, na maioria das vezes foi feito por qual profissional?
1. médico 2. enfermeiro 3. outro

83. O médico(a) ou enfermeiro(a) que lhe atendeu no pré-natal foi:
1. Sempre o(a) mesmo(a) 2. Às vezes o(a) mesmo(a)
3. Nunca o(a) mesmo(a) 4. Só foi a uma consulta
5. Outra opção:

84. O lugar no qual você fez o pré-natal foi o mesmo do parto? 1. Sim 2. Não

85. Você fez exames no início do pré-natal? 1. Sim 2. Não

86. O médico explicou os resultados dos exames? 1. Sim 2. Não
87. Falaram com você, durante este pré-natal sobre: 1. Sim 2. Não
88. a importância do controle pré-natal?
89. os sinais da hora do parto?
90. orientação sobre alimentação?
91. aleitamento materno?
92. cuidados com o RN?
93. importância de voltar ao médico depois do parto?
94. métodos para evitar outra gravidez?
95. atividade sexual na gravidez?
96. Você ficou satisfeita com o atendimento pré-natal? 1. Sim 2. Não
97. Por que? _____
- _____

Gestação Atual

98. Qual seu tipo de sangue? 1. A 2. B 3. AB 4. O
99. Qual é o seu fator RH? 1. Positivo 2. Negativo
100. Você fez ultra-sonografia? 1. Sim 2. Não
101. Durante as consultas de pré-natal com que frequência eram realizados os seguintes exames? 1. sempre 2. às vezes 3. nunca
102. Medida de Pressão Arterial?
103. Tomada de peso?
104. Ausculta do bebê na barriga?
105. Exame das mamas?
106. Exame do Útero?
107. Outros? _____

108. Você teve algum dos problemas abaixo durante a gravidez? 1. Sim 2. Não (especificar no segundo o mês gestacional em que o problema foi evidenciado)
109. Hipertensão preexistente 110.
111. Pré-eclâmpsia 112.
113. Sífilis 114.
115. Toxoplasmose 116.
117. HIV + 118.
119. Hepatite B 120.
121. Doenças do Coração 122.
123. Problemas de Rh Negativo 124.
125. Anemia 126.
127. Diabetes gestacional 128.
129. Diabetes preexistente 130.
131. Infecção urinária 132.
133. Rubéola 134.
135. Tuberculose 136.
137. Hemorragia 138.
139. Outras doenças 140.
141. _____
142. Outras doenças 143.
144. _____
145. Outras doenças 146.
147. _____
148. Outras doenças 149.
150. _____
151. Outras intercorrências 152.
153. _____

Quando estava grávida você tomou vacina
contra o tétano?

1. Sim, uma dose 2. Sim, duas doses 3. Sim, três doses
4. Sim, não sabe informar o nº de doses 5. Já era vacinada
6. Não, dose de reforço 7. Não

Você tomou algum remédio na gravidez?

1. Sim 2. Não (vá à questão 157)

Que remédios?(ou p/ quê) *

Você ingeriu bebidas alcoólicas durante a
gravidez? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 168)

Que tipo e frequência?

1. Nunca 2. Raras vezes 3. Finais de semana
4. Frequentemente 5. diariamente

Whisky/cachaça

Vinho

Cerveja

Você fumava antes de engravidar?

1. Sim 2. Não

Você fumou durante a gravidez?

1. Sim 2. Não (Vá à questão 171)

Quantos cigarros você fumou, p/ dia?

Você usou algum tipo de droga durante a
gravidez? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 173)

Que tipo? _____

Questões relativas ao trabalho de parto

173. Perdeu água antes do neném nascer?

1. Sim 2. Não (Vá a questão 177)

Quando rompeu a bolsa?

174. _____ (dia/mês/ano) //

175. _____ h min

176. Qual era a cor do líquido?

1. Claro 2. Com sangue 3. Outro _____

177. Tentou ganhar o neném em outro lugar
antes deste? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 180)

178. Quais? _____

179. _____

180. Qual principal motivo de ter vindo à esta
maternidade?

1. Por indicação do médico do pré-natal
2. Por indicação de amiga/parente
3. Por ser perto de casa
4. Porque não conseguiu vaga em outra
5. Outro: _____

181. Como chegou à maternidade?

1. taxi 2. carro 3. ônibus 4. trem 5. Ambulância
6. outros _____

182. Com quem veio à maternidade?

1. sozinha 2. marido/companheiro 3. Pais 4. Outros familiares
5. vizinho 6. outros _____

183. Foi-lhe oferecida a oportunidade de ficar
maternidade com acompanhante?

1. Sim 2. Não (Vá a questão 185)

184. Com quem ficou na maternidade?

1. sozinha 2. marido/companheiro 3. Pais 4. Outros _____

185. O que fez você achar que estava na hora
de ganhar o neném?

1. Estourou bolsa d'água 2. Teve contrações (cólicas) 3. conselho
médico na consulta 4. Outro: _____

186. Com quantas semanas de gravidez você
estava? _____ (semanas)

187. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 190)

188. Ele(a) ouviu o neném na sua barriga?
1. Sim, no domicílio 2. Não 3. Sim, na maternidade

189. Foi o mesmo médico que a examinou que fez o parto? 1. Sim 2. Não

190. Foi feita raspagem de pêlos (tricotomia)?
1. Sim 2. Não

191. Foi feita episiotomia? 1. Sim 2. Não

192. Foi feita lavagem intestinal? 1. Sim 2. Não

Dia e hora em que o neném nasceu?

193. (dia/mês/ano) / /

194. (horário) h min

195. O parto foi: 1. normal 2. cesáreo 3. fórceps

196. Em caso de cesariana, foi:
1. marcada com antecedência
2. decidida durante o trabalho de parto
3. outros _____

197. O que motivou a cesariana?

198. Você ligou as trompas? 1. Sim 2. Não

199. O neném estava:
1. de cabeça 2. sentado 3. Atravessado
4. outro _____

200. Tomou anestesia? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 202)

201. Onde? 1. nas costas 2. no períneo 3. Geral

202. O neném chorou ao nascer? 1. Sim 2. Não

203. Médico(a) levou o neném para você logo que nasceu? 1. Sim 2. Não

204. O neném está ficando:
1. no berçário (Vá questão 207) 2. com você enfermaria/quarto
3. de dia com você na enfermaria/quarto e à noite no berçário

205. A partir de que horas o neném veio para ficar com você? (horário) h min

206. Com quanto tempo de nascido você amamentou seu neném pela primeira vez? _____

207. Houve algum problema com você durante o parto? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 209)

208. Quais? _____

209. Houve algum problema com o neném durante o parto? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 211)

210. Quais? _____

211. Como ele(a) está passando no momento? _____

212. Qual será o nome do neném? _____

Observações: _____

213. (Em caso de óbito) O neném nasceu morto? 1. Sim 2. Não (vá a questão 216)

214. Quanto tempo após o nascimento ele morreu? (horas) h 215. (dias)

216. Você diria que o seu atendimento pré-natal foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

217. Você diria que o atendimento ao parto foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

218. Você diria que o atendimento ao seu bebê foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

219. Alguma sugestão para a melhoria dos serviços? _____

8 - não aplicável 9 - não soube informar

Questionário da Mãe Adolescente

Identificação da Mãe: Nome: _____

Idade _____ Maternidade: _____

Questionário _____ Situação conjugal _____ Idade da 1ª gest. _____ Paridade ____/____

Pré-natal _____

Relação c/ a gest. _____ Problemas no parto com a mãe e bebê

Peso ao nascer _____ g Altura da mãe _____, _____ cm

Naturalidade _____ Tempo de residência no ERJ _____ anos

Obs: _____

Entrevista

1 Você mora com:

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Código
Chefe da família				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

- 2 O que a motivou a engravidar neste momento? _____
- 3 Como você se sentiu quando soube que estava grávida?

- 4 Por que? _____
- 5 Como o pai da criança reagiu com a notícia de sua gravidez?
- 1- Bem 2- Regular 3- Mal 4- Péssimo 5- Indiferente 6- Ele não soube

Questionário da Mãe Adolescente

Identificação da Mãe: Nome: _____

Idade _____ Maternidade: _____

Questionário _____ Situação conjugal _____ Idade da 1ª gest. _____ Paridade ____/____

Pré-natal _____

Relação c/ a gest. _____ Problemas no parto com a mãe e bebê

Peso ao nascer _____ g Altura da mãe _____, _____ cm

Naturalidade _____ Tempo de residência no ERJ _____ anos

Obs: _____

Entrevista

1 Você mora com:

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Código
Chefe da família				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

2 O que a motivou a engravidar neste momento? _____

3 Como você se sentiu quando soube que estava grávida?

4 Por que? _____

5 Como o pai da criança reagiu com a notícia de sua gravidez? _____

1- Bem 2- Regular 3- Mal 4- Péssimo 5- Indiferente 6- Ele não soube

6 Como seus familiares reagiram com a notícia de sua gravidez?

Como você se sente em relação...

1-Não existe 2- Insuficiente 3- razoável 4- bastante

7 Ao cuidado do pai da criança em relação a você

8 Ao cuidado de sua mãe em relação a você

9 Ao cuidado de seu pai em relação a você (se tiver pai)

10 A atenção dos seus familiares e amigos em relação a você

De quem você recebeu apoio quando descobriu que estava grávida?

1- Sim 2- Não

11 De sua mãe

12 De seu pai

13 De seus familiares

14 Do pai do bebê

15 O pai do bebê era...

1- marido/companheiro 2- namorado/noivo 3- alguém que você ficou 4- amigo
5- parente _____ 6- desconhecido

16 Por acaso passou pela sua cabeça a idéia de interromper a gravidez?

1- Sim 2- Não (vá para a questão 20)

17 E você tentou interromper a gravidez? 1- Sim 2- Não (vá para a questão 19)

18 O que você fez para tentar interromper a gravidez?

19 Se não, o que fez você mudar de idéia? _____

20 Quem vai cuidar do bebê? _____

1- Você 2- A avó materna 3- A avó paterna 4- O pai 5- Outro parente
6- Outro _____

21 Você estava estudando quando engravidou? 1- Sim 2- Não (passe à que questão 24)

22 Se sim, você pretende continuar a estudar? 1- Sim 2- Não

23 Se sim, o que a motiva continuar a estudar? _____

24 Se não, porque parou de estudar? _____

25 Se não, você pretende voltar a estudar? 1- Sim 2- Não

26 Você está pretendendo trabalhar? 1- Sim 2- Não

27 Por que? _____

28 Você acha que o bebê vai: 1- Sim 2- Não

a- Aproximar seu companheiro de você

b- Ajudá-la a ser mais valorizada pela família e/ou comunidade

c- Melhorar sua vida

Quais foram as mudanças em sua vida por conta desta gravidez em relação a:

29 Prática de Esportes _____

30 Rotina escolar/trabalho _____

31 Vida Social _____

32 Relacionamento Sexual _____

33 Relacionamentos Interpessoais _____

34 Consumo de Álcool / Outras Drogas _____

35 Fumo de Cigarro _____

36 Doenças _____

37 Sono _____

38 Seu corpo _____

39 Cuidados com a saúde _____

40 Cuidados com a alimentação _____

41 Qual o seu consumo usual de alimentos durante a gestação?

Alimentos/Quantidade	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	1 a 3 vezes/mês	Nunca Quase Nunca	Antes da Gestação
Arroz (3 C cheias)									
Feijão (1 concha média)									
Macarrão (1 pegador)									
Pão francês (1 unidade)									
Biscoito salgado (1 unidade)									
Batata frita ou chips (1 porção peq.)									
Laranja (1 unidade)									
Banana (1 unidade)									
Ovo (1 unidade)									
Leite (1 copo)									
Queijo (1 fatia média)									
Manteiga/Margarina (1 porção)									
Carne de boi (1bife M/ 4C carne moída/ 2 pedaços assados)									
Frango (1 pedaço)									
Salsicha/Lingüiça (1unidade/gomo)									
Peixe (1 filé, 1 posta ou ½ lata)									
Pizza (1 pedaço)									
Salgadinho (pastel, quibe)-1unid.									
Chocolate (2 c, 1 bombom, 1 barra pequena)									
Refrigerante (1 copo)									
Açúcar (1 c)									
Legume/Verdura (1 porção)									
Sucos Natural (1 copo)									
Refresco ou Garrafa (1copo)									
Em Pó (1copo)									
Outras Frutas									
Hambúrguer									

C = colher de sopa c = colher de sobremesa

42 Numa escala de 0 a 3 atribua a numeração que mais corresponde aos seus sentimentos com relação às afirmativas abaixo:

	0	1	2	3
Eu sou muito próxima das pessoas da minha família				
Eu recorro aos meus pais quando tenho problemas				
Minha família espera demais de mim				
Eu gosto do meu jeito de agir				
As pessoas geralmente gostam de mim				
Às vezes eu penso que não sou boa o suficiente				
Eu gosto da minha aparência				
Existem muitas coisas que eu faço bem				
Eu desisto facilmente diante das dificuldades				
Às vezes eu penso que não há nada a esperar do futuro				
Eu tenho planos para o futuro				
O fato de ter engravidado na adolescência dificultará a realização dos meus objetivos				
Eu provavelmente nunca terei dinheiro suficiente				
Quando eu for mais velha, tenho certeza de que terei uma vida boa				

43 Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu companheiro ou alguém importante para você? 1- Sim 2- Não

44 Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 1- Sim 2- Não

45 Caso afirmativo, quem foi? _____

46 Responda a freqüência com que as condições descritas abaixo estiveram presentes em sua vida durante a gestação

	Com Freqüência	Raramente	Nunca
Eu me senti triste			
Eu me percebi falando menos que o habitual			
Senti que minha vida tem sido um fracasso			
Senti solidão			
Estive menos disposta para iniciar tarefas			
Na minha família as pessoas brigam			
Senti que estava deprimida			
Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas			
Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos			
Senti vontade de permanecer todo o tempo deitada			
Pensei em cometer suicídio			
Fiz alguma tentativa de cometer suicídio			

47 O que representa para você ter este bebê neste momento?

48 Quais são as suas expectativas para o futuro?

8 - Não se aplica

9 - Sem informação