

ERRATA

Observação preliminar. Encontram-se relacionadas na presente errata apenas as correções indispensáveis: aquelas que, uma vez não notadas, poderiam vir a suscitar dúvidas relativamente ao que se pretendeu expressar. Cabe sublinhar que os erros aqui apontados, em sua maioria, surgiram no texto por via das características do equipamento utilizado para a sua impressão.

- 1 - p. 53, linha 03, onde se lê planejamento de modelos e de assistência, leia-se planejamento de modelos de assistência.
- 2 - p. 53, linhas 11 e 12, onde se lê conhecimento de saúde das mães adolescentes, relativas à questão proposta, leia-se conhecimento de saúde das mães adolescentes.
- 3 - p. 89, linhas 02 e 03, onde se lê Tabela 15, leia-se Tabela 10.
- 4 - p. 89, na Tabela 10, onde se lê COEFICIENTE B, leia-se COEFICIENTE  $\beta$ .
- 5 - p. 90, linha 16, onde se lê B, leia-se  $\beta$ .
- 6 - p. 91, linhas 11, 12 e 13 constituem-se pela equação de regressão que deve assim ser lida:  
$$X_1 = 0,337 X_2 + 2,270 X_3 + 4,883 X_4 + 3,122 X_5 + 2,581 X_6 + 4,315 X_7 + 3,949 X_8 + 27,439$$
- 7 - p. 91, linhas 14 e 15, onde se lê  $S_{X_1} (X_2, X_3, \dots, X_8) = 7,74$ , leia-se  $S_{X_1} (X_2, X_3, \dots, X_8) = 7,74$ .
- 8 - p. 92, da linha 08, desde onde se lê Idade ( $X_2$ ) = 18, até a linha 16 que termina em  $+ 27,439 = X_1 = 40$  pontos, deve assim ser lida: idade,  $X_2 = 18$  anos; escolaridade,  $X_3 = 1$ ; nível socioeconômico,  $X_4 = 1$ ; paridade,  $X_5 = 0$ ; experiência anterior,  $X_6 = 0$ ; pré-natal,  $X_7 = 0$ ; orientação recebida,  $X_8 = 0$ .

Cálculo da equação de regressão:

$$\begin{aligned} X_1 &= 0,337 X_2 + 2,270 X_3 + 4,883 X_4 + 3,122 X_5 + 2,581 X_6 + 4,315 X_7 + 3,949 X_8 + 27,439 = \\ &= 6,006 + 2,270 + 4,883 + 0 + 0 + 0 + 0 + 27,439 = 40 \rightarrow X_1 = 40 \text{ pontos.} \end{aligned}$$

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ESTUDO COMPARATIVO DE MÃES ADOLESCENTES E ADULTAS  
SOBRE O CUIDADO PÓS-NATAL  
IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCATIVAS

ANNA MARIA HECKER LUZ

TESE APRESENTADA PARA CONCURSO DE LIVRE-DOCÊNCIA  
DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
MATERNO-INFANTIL E DA COMUNIDADE

Rio de Janeiro, 1987

BIBLIOTECA  
Escola de Enfermagem da UFRGS

700 - cont  
- sistema de  
- RR. 11.22  
- 22.11.88 - 28.10.88

*Agradecimentos,*

*à Dra. Marta Luz Sisson de Castro, que, com sua  
colaboração e estímulo, ajudou a vencer os  
momentos difíceis na realização desta tese;*

*à Enfª Sandra Maria de Abreu Mendes,  
professora, colega e amiga, pelos seus  
ensinamentos, que tiveram efeitos marcantes em  
minha vida;*

*à Enfª Emília da Silva Santos e Enfª Sônia  
Maria Motink Agostini, pela amizade, tanto nos  
bons momentos, como nos ruins;*

*à Enfª Clélia Soares Burlamaque, por dividir  
junto este desafio;*

*à Amália Maria de Vargas, pela constante  
disponibilidade e dedicação no trabalho  
datilográfico;*

*ao Fernando Lang da Silveira, pela prestimosa  
colaboração na análise estatística;*

*às colegas da Disciplina de Enfermagem  
Materno-Infantil I, por minha liberação, para  
realizar este trabalho, sem a qual não teria  
sido possível concluí-lo;*

*Com amor,*

*à dedicação do Sérgio  
e à sensibilidade dos meus filhos,  
Cristiano, João, Lia e Carlos.*

## BICICLETA POR FOGÃO

Já não brinca já não dorme  
agora come em desordem  
seu corpo se deteriora  
seus dentes logo se perdem

Trocou boneca por filho  
bicicleta por fogão  
o pai pelo marido  
liberdade por escravidão

Ela é menor já sofreu  
ela é criança deu á luz  
adolescente viveu  
é pequena e já pariu

Nós simplesmente a chamamos  
gestante precocemente parida  
desse objeto olvidamos  
emoção alegria infância rompida

Pobreza total de bens alegrias  
falta de bonecas excesso de mau  
trato  
repressão total adolescentes eufo-  
rias  
quanto a vida a colocou de lado

Disse o Domingos Machado  
perdeu da criança a meiguice  
escapou da juventude  
passou da infância à velhice

Preocupados produto da parição  
primeira  
esquecemos sua mente esmagada  
emotividade agredida  
corpo maltratado beleza perdida

O direito igual que tem filha nos-  
sa querida  
de sorrir ser feliz  
de viver fase linda perdida  
da vida curta e fugaz

De  
sonhar  
amar  
brincar  
ser protegida

José A. Pinotti



## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Quadros.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Resumo.....	xi
Summary.....	xiii
<b>1</b> <b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b> <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
2.1 <b>ADOLESCENTES NO BRASIL.....</b>	<b>9</b>
2.2 <b>DESENVOLVIMENTO BIOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA...</b>	<b>16</b>
2.3 <b>DESENVOLVIMENTO COGNITIVO.....</b>	<b>24</b>
2.4 <b>DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>29</b>
2.5 <b>MATERNIDADE E ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>35</b>
2.5.1    Implicações relacionadas ao desen- volvimento físico.....	37
2.5.2    Implicações relacionadas as desen- volvimento cognitivo.....	40
2.5.3    Implicações dos aspectos psicosso- ciais.....	43
2.5.4    Implicações relacionadas com o filho da adolescente.....	45
<b>3</b> <b>METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
3.1 <b>PROBLEMA DA PESQUISA.....</b>	<b>52</b>
3.2 <b>ALVO DA PESQUISA.....</b>	<b>54</b>
3.3 <b>ESTRUTURAÇÃO DO FORMULÁRIO.....</b>	<b>55</b>

3.3.1	Definição das variáveis independentes.....	57
3.3.2	Avaliação das respostas da variável dependente (Conhecimento de saúde)...	62
3.3.3	Gabarito das respostas.....	63
3.4	PLANO AMOSTRAL.....	64
3.4.1	População.....	64
3.5	LEVANTAMENTO DE DADOS.....	65
3.5.1	Técnica.....	65
3.5.2	Treinamento de entrevistadores.....	66
3.5.3	Entrevistas.....	66
3.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	66
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
4.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	67
4.2	ANÁLISE DESCRITIVA.....	68
4.3	ANÁLISE DA VARIÂNCIA DO CONHECIMENTO DAS MÃES.....	79
4.3.1	Questão 2.....	82
4.3.2	Questão 3.....	84
4.3.3	Questão 4.....	84
4.3.4	Questão 5.....	85
4.3.5	Questão 6.....	85
4.3.6	Questão 7.....	86
4.3.7	Questão 8.....	86
4.4	ANÁLISE DE CORRELAÇÃO MÚLTIPLA.....	88
4.5	ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA.....	90
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....</b>	<b>94</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DAS PUÉRPERAS ADOLESCENTES.....	94
5.2	ANÁLISE DA VARIÂNCIA DO CONHECIMENTO DAS MÃES.....	100
5.3	PROPOSTA DE PROGRAMA EDUCATIVO DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES FRENTE À MATERNIDADE.....	102
5.3.1	Análise de fundamentos.....	103
5.3.2	Determinação dos objetivos.....	111

5.3.3	Organização dos objetivos e estruturação do programa.....	116
5.3.4	Avaliação.....	121
5.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	122
5.5	DIRECIONAMENTO PARA OUTRAS PESQUISAS.....	123
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
	ANEXOS.....	136

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição do grupo de mães em relação à classificação do hospital...	69
Tabela 2	- Distribuição das mães segundo a classificação da escolaridade.....	70
Tabela 3	- Distribuição das mães em relação à ocupação.....	71
Tabela 4	- Distribuição das mães em relação à paridade.....	72
Tabela 5	- Distribuição das mães segundo a experiência no cuidado com RN.....	73
Tabela 6	- Distribuição das mães segundo o número de consultas no pré-natal....	74
Tabela 7	- Distribuição das mães segundo o trimestre da primeira consulta na gestação.....	76
Tabela 8	- Distribuição das mães segundo o recebimento de orientações na gestação sobre o puerpério.....	77
Tabela 9	- Distribuição das mães segundo a	

média de escores obtidos no conjunto de conhecimento.....	78
---	----

Tabela 10 - Coeficiente Beta das variáveis independentes.....	89
---	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Períodos históricos das últimas décadas na política brasileira. Datas marcantes da população jovem.....	12
Quadro 2 - Idade aproximada do desenvolvimento sexual primário e secundário.....	19
Quadro 3 - Sumário da significância dos cruzamentos do conhecimento com as variáveis de estudo.....	83

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	- Formulário - Pesquisa sobre conhecimento de saúde no puerpério.....	136
Anexo 2	- Gabarito de respostas.....	144
Anexo 3	- Ficha pré-natal da gestante adolescente.....	158

## RESUMO

O estudo, de natureza comparativo-correlacional, tem, como objetivos: a) caracterizar as mulheres adolescentes e adultas que se tornam mães; b) identificar os conhecimentos de saúde que elas possuem sobre cuidado pós-natal; c) verificar a relação entre tais conhecimentos e as demais variáveis - idade, escolaridade, nível socioeconômico, paridade, experiência no cuidado do recém-nascido, realização de pré-natal e orientações recebidas na gestação.

Inicialmente, focaliza os aspectos do desenvolvimento na adolescência e as implicações desta frente à maternidade. Completa-se o estudo com pesquisa de campo, feita mediante entrevista com oitenta e sete mães internadas, quando do pós-parto, em três maternidades de Porto Alegre (RS).

O tratamento estatístico envolveu métodos e técnicas descritivos, Coeficiente Alfa de Cronbach, Teste de Correlação de Pearson e regressão múltipla, quando

apropriados.

Os resultados demonstraram a necessidade de atendimento diferenciado para as adolescentes-mães.

Finalmente, apresentam-se as implicações do estudo, mediante proposta de um programa educativo de saúde para as jovens mães.

## SUMMARY

This investigation is a comparative and correlational study, that has the following objectives: a) to characterize the adolescent and adult women who give birth; b) to identify their level of health knowledge about postnatal care; c) to verify the relationship between health knowledge and the variables - age, schooling, socioeconomic level, parity, experience in caring for newborn infants, attendance to prenatal outpatient clinic and health counseling received during pregnancy.

In its first part, the study focuses on adolescence and its implications for maternity. The next part presents a field of survey with eighty seven interviews with mothers after giving birth in three maternities of the city of Porto Alegre. The statistical analysis of the data consisted of descriptive methods such as Cronbach's Alfa coefficient, Pearson correlation and multiple regression.

The results indicate the need for special as-



sistance for adolescent mothers.

In the last part, the implications of the study are presented in a proposal for an educative health program for young mothers.

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa um momento histórico de crise, com instabilidades políticas e sociais que repercutem em todos os setores da sociedade e, traduzindo-se em precárias condições socioeconômicas e culturais da população, somam-se à deficiente valorização da assistência à saúde do ser humano.

Dentro deste panorama, o grupo a que pertencem os adolescentes sofre mais diretamente as conseqüências desta problemática, pois, paralelamente a este contexto de pouca valorização, seus integrantes atravessam um período de grandes transformações físicas, buscando firmar-se como seres humanos autônomos. Sua socialização ocorre mediante processo pelo qual tais indivíduos adquirem as características pessoais de conhecimento, necessidades, atitudes e valores provenientes de sua adaptação ao contexto físico e sociocultural em que vivem.

Apesar de todas as tensões e contradições fundamentais, que acompanham o desenvolvimento próprio de

sua idade, e do fato de estes jovens entre 10 e 19 anos perfazerem o total de 23% da população brasileira (IBGE, 56), ainda assim, a importância a eles atribuída, considerando o número significativo que representam, é quase nula.

Os programas de saúde são ineficazes para suprirem suas reais necessidades, e as poucas ações desenvolvidas dão-se de forma isolada, não perseguindo, em muitos casos, objetivos comuns. As instituições que atuam na área envolvida com os adolescentes raramente o fazem de uma forma integral, por deficiência ou interesse de pessoal preparado para atendê-los nas diferentes especialidades.

No caso da adolescente, submetida ao processo biopsicossocial de amadurecimento para se tornar adulta, a concomitante ocorrência de gravidez durante este período pode acarretar pesada carga, tanto física quanto emocional, cujos danos podem ser irreparáveis.

No Brasil, o percentual de mães adolescentes varia muito, chegando a alcançar cifras, como na Maternidade da Universidade Estadual de Campinas, onde, no ano de 1979, em que 22,6% dos partos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos (89). Entretanto, é de se salientar que o percentual refere-se exclusivamente às jovens que levaram a termo a gestação, presumindo-se, portanto, que

o número de gestações na faixa etária em questão seja bem superior a este, se considerados os casos de interrupção da gravidez.

Reforça esta hipótese a constatação de que muitas dessas mães adolescentes são de baixo nível socioeconômico e solteiras, oriundas de famílias sem as adequadas condições estruturais, o que as obriga a enfrentarem múltiplos obstáculos. Frequentemente são objeto de pressão e discriminação na escola, e, face às responsabilidades para com o bebê, terminam por abandonar os estudos e emprego, perpetuando o ciclo vicioso caracterizado por baixa escolarização, nível de emprego inferior e subsequente baixa renda.

Fato a destacar, ainda, é o que se relaciona ao número de adolescentes que apresentam gestações anteriores, em relação à atual. Mendes e colaboradores (72) relatam, em nosso meio, que 22,40% dentre as mães adolescentes que atenderam por ocasião do parto já haviam tido gestações anteriores a essa ocorrência.

Inúmeros são os fatores apontados como responsáveis pelo elevado número de gestações em adolescentes. O mais importante, entretanto, a nosso ver, é a precocidade do relacionamento sexual, por estímulo dos meios de comunicação e dos grupos sociais, que é considerado pelos jovens como recurso de auto-afirmação e instrumento de

liberação de todo e qualquer domínio por parte dos adultos.

No caso das moças, embora já estejam prontas para exercerem biologicamente a própria sexualidade, não o estão ainda em termos psicológicos, e a maioria das adolescentes que "chegaram a ser mães não utilizaram nenhum método anticoncepcional para evitar a gestação" (72). Neste contexto, dois fatos são dignos de análise. O primeiro, e, talvez, o de mais difícil manuseio, decorre da vontade psíquica que tem a jovem de provar a própria fertilidade; em segundo lugar, vem a freqüência no desconhecimento ou a ineficácia na utilização dos anticoncepcionais pelos adolescentes, apesar da disponibilidade crescente deste recurso para evitar a gravidez.

A gravidade da situação é destacada por Velasco (111), segundo o qual, nos países em desenvolvimento, em 1990, haverá mais de um bilhão de jovens, entre os 15 e os 19 anos, expostos aos riscos reprodutores.

De maneira geral, constata-se que, apesar do grande avanço tecnológico e científico, relativamente à assistência de saúde prestada à clientela obstétrica não se tem reduzido a problemática que cerca a gravidez na adolescência.

Cresce a complexidade do problema quando se



constata que, na assistência obstétrica, passam a estar envolvidas duas existências: a da jovem mãe e a de seu filho. As implicações deste binômio acarretam, no entanto, não somente dupla carga de responsabilidade, mas, também, uma terceira, e talvez de maior peso, constituída pelas conseqüências futuras para estes seres.

Entre os indicadores da situação de saúde de uma população sobressai aquele proporcionado pela taxa de mortalidade infantil. No tocante ao assunto, relata Fielding (45) que "as crianças de mães adolescentes têm altas taxas de problemas de saúde neo-natal. Temos indicadores de que 6% dos primeiros filhos das jovens e 10% dos segundos filhos morrem antes do seu primeiro aniversário. Estas taxas são respectivamente 3 e 4 vezes maiores do que aquelas para bebês norte-americanos em geral". Considera-se a situação, no Brasil, ainda mais grave, pois, paralelamente aos avantajados índices de mortalidade infantil, sobressai o problema do menor carente e abandonado.

Uma postura crítica em relação à gestação e à maternidade em adolescentes é adotada no estudo realizado por Phipps-Yonas (84), que aponta novos e problemáticos aspectos do processo, pois a autora conclui que "todos os relatos fornecem evidências convincentes de que um número significativo de mães adolescentes estão emocionalmente e intelectualmente despreparadas para seu papel de mãe e o

desempenham mal".

Embora seja insensata a generalização com base em um único estudo, vários são os autores a reconhecerem que a falta de conhecimento da mãe sobre os cuidados de saúde pode trazer conseqüências tanto para ela como para seu filho (2, 40, 64, 92). E, no que respeita às mães adolescentes, Egeland et alii (39), em estudo prospectivo sobre a interação mãe-filho mostraram que a combinação dos fatores "falta de conhecimento" e "menor consciência", quando somada a um alto nível de tensão, é preditora de maternidade inadequada.

Pelo que se expôs, a maternidade na adolescência representa, sem dúvida, um dos grandes desafios da atualidade e exige urgente postura crítica por parte daqueles que atuam nas áreas de saúde e educação e que lideram a organização de programas assistenciais para que se reverta este quadro que se configura desesperançoso para os próximos anos.

Face à problemática implicada pela maternidade na adolescência, procurou-se realizar o presente estudo visando a obter maiores subsídios para a elaboração de programas regionalizados de atendimento social e de saúde, pelos profissionais das diversas especialidades.

Acreditando que os problemas subseqüentes en-

frentados pelas mães adolescentes não são consequência única da gestação precoce, mas podem estar representando as correlações de componentes estabelecidos muito antes de ocorrerem as gestações, estruturou-se esta pesquisa no sentido de identificar, na realidade, mediante estudo comparativo das mães adolescentes e adultas, informações sobre:

- as características das adolescentes e mulheres adultas que se tornaram mães;
- os conhecimentos de saúde que as mães adolescentes e adultas possuem com relação ao seu autocuidado e ao do recém-nascido;
- os fatores que intervêm nos conhecimentos das mães adolescentes e adultas (idade, escolaridade, condição socioeconômica; experiência anterior, assistência e orientação pré-natal, paridade).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A análise, de modo detido e profundo, de todos os fatores que atuam sobre a maternidade na adqlescente seria não somente impossível, como fugiria ao alvo maior a que visa o presente trabalho, que é o de investigar os fatores que interferem nos conhecimentos de saúde das mães adolescentes.

Entretanto, objetivando maior riqueza de subsídios ao que constitui o propósito maior deste texto, impõe-se a abordagem, ainda que de maneira sumária, nesta revisão da literatura, de tópicos que envolvem a evolução política e social que configurou o clima vivido pelos jovens, no Brasil, nas últimas décadas, bem como as três transformações básicas que caracterizam o desenvolvimento que ocorre na adolescência (biológicas, cognitivas e psicossociais).

Todos os aspectos a serem abordados relacionam-se, direta e indiretamente, com o tema que se pre-



tende analisar, adicionando elementos importantes para a compreensão mais apurada dos fatos que incidem, de forma específica, sobre a gravidez e a maternidade em adolescentes.

Assim, mediante esta revisão pretende-se uma descrição do fenômeno da adolescência à luz da sociedade, do desenvolvimento biológico, cognitivo e psicossocial, para, finalmente, integrá-la nas repercussões que desencadeia sobre a maternidade

## 2.1 ADOLESCENTES NO BRASIL

O ser humano, no decurso de sua vida, atravessa por etapas distintas como infância, adolescência, idade adulta e velhice, as quais são delimitadas, em seu início e fim, principalmente por alterações fisiológicas características de cada uma delas.

Na adolescência, além dessas alterações, outras se dão, de diferentes dimensões e talvez de maior repercussão, que são as de ordem emocional, social e cognitiva.

Por esta razão, o estudo do desenvolvimento da adolescência, na sociedade contemporânea, requer cada vez maior número de informações proporcionadas pelas mais va-



riadas especialidades, incluindo entre elas a psicologia, a sociologia, a biologia e a educação.

A delimitação cronológica exata da adolescência é extremamente difícil, por variar de indivíduo para indivíduo, tanto no que se refere ao aparecimento como no término das transformações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (120), adolescência é o período compreendido entre os 10 e 20 anos, no qual o indivíduo passa do início do aparecimento dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; pelo desenvolvimento do processo psicológico e de padrões de identificação individual de criança para os de adulto e da transição de estado total de dependência socioeconômica para o estado de independência relativa.

Para Steinberg (105), "a adolescência é o resultado de uma interrelação entre as três forças, biológica, cognitiva e social, e o contexto no qual o jovem vive". Esta conceituação deixa manifesta a complexidade da adolescência, que cresce, com relação à atualidade, uma vez que a sociedade moderna está em constantes mudanças cujas repercussões, inúmeras e de variada ordem, tendem a acumular-se e a repercutir sobre esta população jovem que procura a própria identidade, para auto-afirmar-se.

Desta maneira, visou-se analisar alguns aspectos da estrutura política e social das últimas décadas, no Brasil, a fim de melhor entender o adolescente da atualidade de forma mais adequada e objetiva.

A análise a seguir baseia-se no modelo adaptado da proposta de Aquino (ficha nº 5), relativamente aos períodos da história política brasileira. Para o citado autor, durante o governo de Juscelino Kubitschek, houve um período de desenvolvimento bastante acentuado, devido ao processo de industrialização.

Paralelamente a este fato, a explosão demográfica no Brasil atingiu seu apogeu durante a década 1950-60 (58), o que intensificou a caracterização de um país composto, em sua grande maioria, por pessoas jovens.

O período 1963/64 marca o movimento populista e a tomada do poder pelos militares. Como consequência, instalou-se a repressão, que atingiu todos os segmentos da sociedade. As lideranças estudantis foram afastadas e os órgãos de congregação estudantil foram desativados. Entretanto, o fato de maior repercussão, neste período, foi o tolhimento da livre expressão, principalmente, do jovem (Quadro 1).

**QUADRO 1 - PERÍODOS HISTÓRICOS DAS ÚLTIMAS DÉCADAS  
NA POLÍTICA BRASILEIRA  
DATAS MARCANTES DA POPULAÇÃO JOVEM**

1950/1956	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governo JK</li> <li>- Processo de industrialização</li> <li>- Apogeu do crescimento demográfico</li> </ul>
1963/1964	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimento paulista</li> <li>- Golpe militar</li> <li>- Afastamento das lideranças sindicais e estudantis</li> <li>- Tolhimento da livre expressão</li> <li>- Era Beatles</li> </ul>
1972/1973	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revolução sexual</li> <li>- Movimento Hippie</li> <li>- Crise do Petróleo</li> <li>- Limitação dos recursos naturais</li> <li>- Meios de comunicação em cadeia</li> </ul>
1978/1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Greves</li> <li>- Luta pela reposição salarial</li> <li>- Abertura política</li> <li>- Liberação da censura</li> </ul>
1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudanças políticas</li> <li>- Participação popular jovem pelas diretas</li> <li>- Apelo sexual pelos meios de comunicação</li> </ul>

A era dos Beatles, caracterizada por uma forma de expressão tipicamente juvenil, na qual, ao mesmo tempo em que idolatravam seus ídolos musicais, o que se manifestou pela moda "dos cabeludos" e das "calças de boca larga", protestavam com seu corpo contra os valores sociais vigentes numa sociedade que cada vez mais os reprimia.

O advento da pílula anticoncepcional e o movimento americano "hippie", dos anos 60, chegaram ao Brasil no início da década seguinte. E ambos estes eventos, principalmente o primeiro, assumiram importância decisiva para a reformulação do comportamento social do jovem, a qual pode ser entendida como servindo de válvula de escape, face à repressão política, social e cultural da época. A liberação sexual, o uso de drogas e o afrouxamento da disciplina tradicional, imposta pelos pais na educação dos filhos, constituíram-se nos pontos básicos de tal reformulação.

O ano de 1973 marca, em relação ao mundo, a ocorrência da crise do petróleo e o reconhecimento das limitações dos recursos naturais. A sociedade do mundo industrial aderiu ao racionamento, a fim de adequar-se a uma nova realidade econômica.

O Brasil, entretanto, vivia o "Milagre Brasileiro", não havendo a freada do desenvolvimento da sociedade, para que esta se adaptasse às transformações reais do mundo. O país continuou seu crescimento desordenadamente, tendo como base o petróleo que o país, não possuindo, consumia, e pelo qual pagava os altos preços, que hoje estão repercutindo na maior dívida externa acumulada por países em desenvolvimento.

Os meios de comunicação em cadeia serviram para



transformar os acontecimentos regionais em eventos nacionais, que eram conhecidos por todas as camadas da população, do norte ao sul do país.

Em torno de 1978, como registra Aquino (6), a classe trabalhadora brasileira reinicia o movimento sindical, através de greves e lutas pela reposição salarial, forçando o processo de abertura política. Paralelamente, as relações sociais assumem novo aspecto, por um lado com a diminuição da repressão e a liberação da censura; por outro, com a repressão salarial, que se reflete principalmente sobre as camadas mais pobres da população.

As conseqüências de tais fatos atinge principalmente os jovens dos estratos sociais menos favorecidos, que vão em busca de trabalho, a fim de superarem as deficiências econômicas da família.

No fim dos anos 70 e início dos 80, mudanças políticas fazem sentir-se por todo o país, acompanhadas por grande participação popular por eleições diretas e assinaladas pelo retorno e envolvimento dos jovens.

Os órgãos de comunicação de massa passam a usar apelo sexual na publicidade e nas novelas, ocorrendo, neste período, uma supervalorização da beleza física do jovem. A ênfase recai sobre as tendências à liberalização no relacionamento sexual entre os jovens e à dificuldade

dos adultos em escutá-los.

Assim, analisando o caminho percorrido pelos jovens, no Brasil, concorda-se com Carballo (23), no sentido de que

"não chega a surpreender que tenha surgido um hiato entre gerações para acentuar como foi marginalizado o adolescente em relação ao cerne da sociedade".

Com esta retrospectiva histórica, buscou-se identificar as principais fases vividas pelos jovens, no Brasil, desde a repressão política e social, suportada, muitas vezes, mediante a evasão, pela euforia das drogas e pela liberação sexual, até o momento atual, em que se dá a retomada de sua participação política na sociedade. Talvez seja este o motivo pelo qual o adolescente, de forma repentina, passa a ser considerado como importante tema de política social e de saúde. Saliencia-se, contudo, que no Brasil, principalmente no campo da Saúde, pouco se tem feito por ele, inclusive por se desconhecerem suas reais necessidades em termos de assistência.

Uma vez identificadas as influências políticas e sociais que repercutiram, direta ou indiretamente, sobre a juventude brasileira, passa-se à análise das transformações biológicas, cognitivas e psicossociais que ocorrem nos indivíduos, quando da passagem da infância para a fase adulta.



## 2.2 DESENVOLVIMENTO BIOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

Inicialmente, considera-se importante definir a palavra "puberdade", freqüentemente utilizada como sinônimo de adolescência. A "puberdade" é uma parte da "adolescência", segundo explica Darzé (36), referindo-se àquela como mais ligada aos aspectos biológicos que acompanham, no jovem, o acesso à maturidade reprodutiva. Por outro lado, a "adolescência" envolve um período maior, que é abordado mais sob o ponto de vista psicossocial.

Nos estudos referentes a adolescentes, um dado geral sobressai, apesar das diferentes formas com que são eles tratados, dependendo do contexto social a que pertençam,

"possuem um aspecto de seu desenvolvimento que é universal: as mudanças físicas da puberdade e a conseqüente necessidade de encontrar alguma maneira de ajustar-se a elas" (31).

Quanto ao desenvolvimento físico, todo adolescente passa pelas mesmas fases; embora cada um atravesse essas fases em ocasiões diferentes e com maior ou menor rapidez. Enquanto um adolescente de 14 anos pode já estar no pico de seu crescimento e com as características sexuais e comportamentais de um jovem, é possível que outro, da mesma idade, ainda se mantenha no início do cres-

cimento e tenha características físicas e comportamentais predominantemente infantis.

Duas são as razões destas diferenças individuais entre os adolescentes. A primeira, constituída pela hereditariedade, pode afetar a inteligência, temperamento e as características físicas, tanto no desenvolvimento quanto na sua configuração final, com possíveis reflexos sobre o comportamento. A segunda, o ambiente em que o adolescente cresce, interfere em seu ritmo de desenvolvimento e no sentido em que se desenvolve. Sob este aspecto, o nível socioeconômico ou a escolaridade, por exemplo, influenciam, com menor ou maior estimulação, esse desenvolvimento.

Durante a puberdade, ocorrem notáveis mudanças físicas nos meninos e nas meninas, bem como em muitos de seus sentimentos.

Assim, no que diz respeito ao desenvolvimento da segunda dezena da vida, para Steinberg (108),

"nem todos adolescentes apresentam crises de identidade, rebeldia contra os pais, ou intensas paixões amorosas, mas todos passam pelas transformações biológicas associadas à maturação sexual adulta".

A seqüência de eventos que produz o desenvolvimento físico e a maturação sexual é desencadeada e regu-

lada por mecanismos neuroendócrinos. Em média, o surto de crescimento puberal, também denominado "estirão", "ocorre entre doze e catorze anos nas meninas e entre doze e meio a dezesseis nos meninos, dependendo da nutrição, saúde e outras influências ambientais" (85).

Sendo a avaliação do processo físico de suma importância na assistência à saúde do adolescente, analisar-se-ão, a seguir, os principais fatores responsáveis por este desenvolvimento.

As modificações relacionadas ao peso e gordura são, segundo Colli (30), geralmente, motivo de queixas por parte do sexo feminino, levando, às vezes, pela preocupação estética, a restrições alimentares que podem ser prejudiciais à saúde. Por outro lado, continua a autora, já no desenvolvimento estatural, a maior preocupação é por parte do sexo masculino.

Após o início do crescimento esquelético, iniciam-se as modificações nos caracteres sexuais primários (acessórios à genitália) e em segundo lugar se dão as modificações corporais conhecidas por caracteres sexuais secundários" (48).

A visão e o entendimento da seqüência destas transformações são facilitados pelas ilustrações proporcionadas pelo quadro proposto por Blake e colaboradores

(18), referente ao desenvolvimento sexual em ambos os sexos (Quadro 2).

QUADRO 2 - IDADE APROXIMADA DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

DESENVOLVIMENTO	IDADE													
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Mudanças de maturação - meninas														
Início do crescimento														
Início do crescimento mamário														
Aparecimento dos pêlos pubianos														
Menarca														
Aparecimento dos pêlos axilares														
Ovulação														
Final do crescimento esquelético														
Mudanças de maturação - meninos														
Início do crescimento														
Crescimento inicial da genitália														
Aparecimento dos pêlos pubianos														
Mudança de voz														
Espermatogênese (?)														
Crescimento transitório das mamas														
Aparecimento dos pêlos axilares														
Pêlo facial - barba														
Final do crescimento esquelético														

Fonte: BLAKE et alii. *Enfermeria pediátrica de Jeans*. México, Interamericana, 1971, p. 597.

A análise do desenvolvimento físico de ambos os sexos, apesar das diferenças cronológicas no surgimento e no fim das modificações, inegavelmente, não pode prescindir do concomitante exame dos aspectos psicossociais envolvidos neste período da vida. Esta necessidade, segundo Carballo (23), deve-se ao fato de



"termos hoje não só o impulso repentino, dramático um tanto perturbador de crescimento, mas também que esse impulso ocorre em indivíduos mais jovens do que ocorria outrora".

No Quadro 2, observa-se, em relação a ambos os sexos, uma fase inicial de crescimento, iniciada no fim da infância, que Vitiello (116) chama de "pré-adolescência". Após esta etapa, e "simultaneamente com o aumento dos hormônios do crescimento, hormônio da tireóide e estimulação de andrógenos ocorre uma rápida aceleração na altura e peso" (108).

Esta explosão de crescimento é talvez o aspecto mais incrível no desenvolvimento da adolescência, pela rapidez com que ocorre.

Nos meninos, o pico de crescimento inicia-se dois anos mais tarde que o das meninas, e a velocidade de crescimento é de 10,0 centímetros por ano, enquanto, para as meninas, é de 8-9 centímetros (27).

No desenvolvimento físico, o crescimento das extremidades (cabeça, nariz, mãos e pés) é o primeiro a se manifestar. Durante a puberdade, comenta Steinberg (108), a composição óssea também se modifica, pois os ossos tornam-se endurecidos e mais frágeis, devido ao crescimento, e no final da puberdade quando a epífise se con-

solida, cessa o crescimento.

Enquanto o contorno corporal das meninas é composto por um percentual maior de tecido gorduroso, dando-lhes as formas arredondadas, no menino, os músculos são mais evidentes.

No que se refere à maturação sexual feminina, a seqüência no desenvolvimento das características sexuais é mais uniforme que nos meninos. Geralmente, o primeiro sinal de processo de maturação sexual é o início do crescimento mamário e, logo após, o surgimento dos pêlos pubianos.

A fase do crescimento mamário é muito sentida por parte das meninas, pois trata-se de uma característica externa da condição feminina. A dúvida quanto à forma e ao tamanho que terão as mamas está sempre presente na adolescente.

No pico do estirão da estatura ocorre a menarca (48). Neste momento inicia-se uma nova fase na vida feminina, caracterizada socialmente como a passagem da criança para a "mocinha", muito embora a adolescente não esteja ainda com plena capacidade reprodutiva.

Data do último século a observação de que o "início da maturação sexual ocorre em idade antecipada"



(54). As causas desta antecipação são, conforme Mattos (69), devidas à melhoria do estado de nutrição, da assistência sanitária e das condições do meio ambiente. Atualmente, em nosso meio, a menarca ocorre entre os 12 e 13 anos, em média (72).

É preciso lembrar, diz Benson (13), que apesar da precocidade da menarca, "o grau de estímulo ovariano é insuficiente para induzir o óvulo, sendo os primeiros períodos menstruais quase sempre anovulatórios".

Os ciclos mentruais iniciais são irregulares, como comentam Page e colaboradores (81), e o intervalo de esterilidade puberal, tempo necessário para a maturação ovariana, é normalmente de um ano ou mais, após a menarca. Portanto, neste período, a adolescente estaria "protegida" de uma gravidez.

Os pêlos axilares crescem após os pubianos e, freqüentemente, não se completam senão algum tempo após a menarca (18).

No que respeita à maturação sexual masculina, a seqüência no desenvolvimento das características sexuais nos meninos é mais desordenada. Geralmente o processo se inicia pelo aumento do volume dos genitais externos, acompanhado do aparecimento dos primeiros pêlos pubianos.

Uma transformação também importante nesta fase é a "mudança da voz, consecutiva ao aumento rápido do tamanho da laringe por influência dos hormônios andrógenos" (18).

Durante a puberdade existem mudanças na característica da pele, que são mais marcantes principalmente nos rapazes, devido ao desenvolvimento das glândulas sebáceas, levando à formação de acne, erupções e pele oleosa, cujo valor estético negativo é considerado importante para o jovem (28).

Os meninos também apresentam modificações nas mamas, ficando maiores as aréolas e mais proeminentes os mamilos.

As alterações internas são importante elemento da maturação sexual. A primeira ejaculação, conforme Quadro 2, ocorre ao redor dos 15 anos e é considerada socialmente como uma nova fase da vida do menino. Os pêlos faciais, tão importantes como referência do aspecto masculino, tornar-se-ão densos por volta dos 18 anos.

Em resumo, na análise do período puberal, as transformações físicas vivenciadas pelo adolescente são dramáticas, por ocorrerem durante um período relativamente curto, no início da adolescência. Alguns entram na puberdade com um visual de criança e, no decurso de aproxi-

madamente quatro anos têm a aparência física de um jovem adulto.

### 2.3 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

No tópico anterior analisaram-se as modificações físicas ocorridas na adolescência, e a seguir proceder-se-á à análise das transformações cognitivas que estão implicadas na segunda etapa das mutações fundamentais próprias da adolescência (físicas, cognitivas, psicossociais).

Essa etapa do desenvolvimento, em grande parte desconhecida dos adultos, leva-os, muitas vezes, a formularem suposições geralmente incompletas a respeito de como os adolescentes pensam e aprendem. Este fato talvez ocorra em consequência de que, na área da mente, conforme Tiba (109), "as evoluções ocorrem de forma lenta e insidiosa, pouco perceptível a quem não estiver atento a elas.

Os adultos estão freqüentemente equivocados a respeito do pensamento dos adolescentes, que se mostram entendedores e capazes no plano lingüístico, embora sua linguagem esconda limitações do seu pensamento.

A continuidade que caracteriza o desenvolvimento cognitivo possibilita que a criança vá crescendo e compreendendo aos poucos o mundo que a cerca e, deste modo, descubra a realidade das fantasias (papai noel, coelho da páscoa) em que o mundo nem sempre é como aparenta ser. A partir destas descobertas, seu pensamento infantil se torna progressivamente mais objetivo, no sentido de identificar o que é o mundo externo das coisas e o mundo interno dos seus pensamentos e sentimentos (41).

O ser humano ao longo de seu desenvolvimento mental passa por diferentes formas de pensar que se manifestam mediante um conjunto de comportamentos. Segundo Grinder (48), o sistema cognitivo descrito por Piaget se vê como uma "função simultânea de maturação do sistema neurológico, de interação com o mundo físico e o feedback de experiências sociais".

Ao empregar o termo "egocentrismo", Piaget refere-se a ele como à ausência de diferenciação característica de qualquer estágio determinado de desenvolvimento (43). Neste sentido o pensamento egocêntrico é útil e necessário, porque ajuda a relacionar os tipos cognitivos de comportamento próprios de um certo período de idade às atitudes sociais e à personalidade.



Embora o egocentrismo esteja presente em todos os estágios, varia o alvo de conquista.

Em termos sucintos, são as seguintes as formas de egocentrismos piagetianos descritas por Elkind (43):

a) Egocentrismo sensório-motor (0 - 2 anos)

Nos primeiros meses de vida, a tarefa cognitiva é a percepção dos objetos que cercam a criança (brinquedo, mãe, etc.). Já no final do primeiro ano, a criança desenvolve a capacidade de internalização do objeto, permitindo assim o reconhecimento da existência externa do mesmo.

b) Egocentrismo pré-operacional (2 - 6 anos)

Neste período pré-escolar, a tarefa cognitiva é a conquista do símbolo, o que é percebido pelo rápido desenvolvimento da aquisição e utilização da linguagem. Portanto, a criança, nesta fase, liberta-se da conquista do objeto para a conquista do símbolo.

c) Egocentrismo da meninice (7 - 11 anos)

A principal tarefa cognitiva da criança, nesta idade escolar, constitui-se no domínio de classes, relações e quantidades, com que vai formando seu corpo de conhecimentos.

À medida que desenvolve seu raciocínio, a criança vai formulando hipóteses e explicações sobre temas concretos, e seu pensamento torna-se mais egocêntrico por serem estas operações mentais essencialmente fruto do raciocínio e não diretamente da experiência.

Neste estágio, a criança considera os produtos mentais como equivalentes ao fenômeno perceptivo, sendo incapaz de distinguir claramente entre o que pensa e o que percebe.

d) Egocentrismo do adolescente

A principal tarefa cognitiva na adolescência é a conquista do pensamento. O jovem passa a ter a capacidade de pensar em termos de diferentes hipóteses, pensar sobre conceitos abstratos e a construir proposições contrárias aos fatos vivenciados. Inicia a formular conceitos próprios sobre determinados assuntos e a conceituar o pensamento de outras pessoas.

Embora o adolescente reconheça o pensamento dos outros, não consegue diferenciar para quem são dirigidos esses pensamentos.



O jovem, devido às modificações físicas por que passa, volta seu pensamento primeiramente para si. Essa introspeção leva-o a fazer segredo de seu pensamento e, uma vez que não distingue entre o que os outros pensam e suas próprias preocupações, presume que as pessoas estão olhando para ele como ele próprio o está. Acredita ser o foco das atenções, tanto no sentido de admiração como crítico, isto é, está sendo observado por uma "audiência imaginária". É o caso do adolescente que tem espinhas e pensa que todos vão olhar para ele e ver somente as espinhas como ele as vê. Em relação aos sentimentos, o mesmo acontece: porque pensa que somente ele sofre com tanta intensidade, seus sentimentos são vividos por ele como algo único.

Ademais, sua imaginação é despertada pela "fábula pessoal", pois acredita que só ele é diferente e se convence de que alguns acontecimentos ocorrerão com os outros, mas nunca com ele próprio.

O fato de agora dispor de capacidade para a lógica combinatória, de ver uma série de alternativas para solução de seus questionamentos, coloca o adolescente

frente à tomada de decisões, do que resultam tensões e conflitos. Estes acontecimentos fazem com que entre os maiores temas do devaneio puberal esteja o do "herói sofredor" (86). Apesar das dificuldades por que passa para tomar suas próprias decisões, não quer que os outros as tomem por ele.

É de suma importância, para quem lida com adolescentes, entender suas manifestações típicas e estar atento a elas, a fim de melhor ajudá-los. Na verdade, "a maioria das experiências adolescentes só pode ser completamente entendida no contexto das novas capacidades mentais" (42).

No final da adolescência, com as vivências interpessoais, com seu grupo de iguais, o egocentrismo é superado pela diferenciação gradual entre seus próprios pensamentos e os dos demais. Desta forma, ele pode raciocinar objetivamente a respeito de seus pensamentos, sendo esta estrutura mental utilizada na sua vida adulta.

#### 2.4 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

Analisadas as modificações biológicas e cognitivas que têm lugar na adolescência, examina-se, a seguir, a transição da infância para a fase adulta, abordando os aspectos psicossociais implicados neste período.

Em todas as sociedades contemporâneas a adolescência é um período marcado pela redefinição social do indivíduo. Conforme Maldonado (65), a adolescência pode ser entendida como

"um período de tensão biológica determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidades de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade".

Para Grinder (48), o adolescente enfrenta uma série de decisões importantes nesta sua trajetória, que vão desde a escolha da profissão e dos amigos, até a de seu consorte. São opções difíceis de serem tomadas pela irreversibilidade que muitas vezes as acompanha, a qual pode vir a ser responsável pela redução das possibilidades e oportunidades pessoais no futuro.

Para se entender o desenvolvimento psicossocial por que passa o adolescente, antes de mais nada deve-se tentar compreender quem é o adolescente. E, antes de tudo, ele é um ser à procura da própria identidade, cujo desenvolvimento envolve mudanças na maneira como a pessoa pensa sobre si mesma e como sente a si mesma (107).

Conforme Powel (91), o adolescente inspeciona,

no próprio corpo, característica por característica, horas após horas, em frente ao espelho, observando igualmente as roupas, expressões, posturas, modos de se movimentar e de falar. Na verdade, está se perguntando: "Quem sou eu?"

Para Hamachek (50), "a percepção do corpo está intimamente relacionada com maiores concepções do "self". O que acontece com os jovens não é só uma mudança externa do corpo, mas a mutação no sentimento mais interno e profundo do "eu". Por ser o físico a dimensão mais visível do "eu", o adolescente, ao olhar-se, experimenta desgostos e insatisfações, pois, como se está olhando minuciosamente, encontra características de desigualdade que o faz sentir-se imperfeito. Mesmo a garota considerada mais bonita da escola pode achar-se feia, por ter o olho esquerdo milímetros menor que o direito. Por isso, a sensibilidade extremada ante a resposta das pessoas, e quando os pais não respondem adequadamente a alguma pergunta que lhes foi feita, o adolescente reage com o estereótipo próprio de sua condição: "Meus pais não me compreendem" (91).

Por não encontrar sua identidade e não ser "compreendido" pelos pais, o adolescente procura agregar-se àqueles que estão passando por situações semelhantes à sua, que mais facilmente o entendem.



A partir deste momento, o adolescente procura muito mais o grupo de amigos que os pais, porque estes se caracterizam por minimizar as diferenças de diferenciação sexual, inteligência e habilidades atléticas. E mais: ainda tenta homogeneizar o comportamento por um vocabulário próprio, bem como por uma maneira de vestir-se e portar-se muito semelhante, quando em sociedade.

Para Castro (25), quando no grupo, o adolescente ensaia uma série de papéis, compartilha idéias, interesses e se sente acompanhado, intentando, assim, conseguir unidade de si mesmo.

Com o desenvolvimento cognitivo concomitante à procura do próprio "eu", os adolescentes apresentam condutas que consideram normais, mas que não o seriam em outras etapas de desenvolvimento (25).

O pensamento fantasioso, tem, entre outras finalidades, aquela de satisfazer o que em realidade o adolescente não pode conseguir. Por exemplo: sonha em ter um automóvel esportivo para conquistar a garota mais bonita do colégio, e assim surge o "amor platônico", relação afetiva cujo objeto está distante, em termos reais.

Num primeiro estágio, o adolescente enfrenta, segundo Velasco (112), o fenômeno sociopsicológico causado pelo funcionamento hormonal dos impulsos sexuais e



agressivos, num verdadeiro desequilíbrio emocional. Nesta fase, o jovem usa a masturbação para alívio destes impulsos, passando, após, por uma fase de conflitos bissexuais freqüentes, na busca da própria identidade sexual, para, numa segunda etapa, assumir sua heterossexualidade.

São as características sexuais do feminino e do masculino que irão determinar comportamentos sociais distintos para ambos os sexos. Segundo Steinberg (107), a resolução da crise de identidade no homem é mais rápida que na mulher, pois para ela os padrões têm mudado tanto, nos últimos anos, que vêm complicando e confundido o processo de identificação.

Paralelamente à busca da identidade com o reforço e o exercício das habilidades mentais, existe também, por parte do adolescente, a busca da autonomia, que se configura através do desejo de querer dar os passos por si, à procura da independência, e a sociedade começa a lhe propiciar maior liberdade. Na escola, por exemplo, deixa ter uma supervisão direta, como no caso dos primeiros anos do primeiro grau, quando um único professor desenvolve todos os conteúdos e conhece seus alunos individualmente. Agora, as matérias são ministradas por vários professores, que passam a fazer a supervisão de forma mais superficial, por não conhecerem tanto o aluno e por inexistir ligação afetiva mais intensa.

Embora haja certo estímulo da sociedade em relação à autonomia do adolescente, o estabelecimento de um senso de independência reside muito mais no contexto em que o jovem está inserido do que na natureza da adolescência em si (106).

Dois fatores contribuem para a falta de autonomia: o primeiro consiste na falta de padrão comportamental, quer na sociedade em si, quer na família; o segundo se configura no controle excessivo, que impede aos adolescentes assumirem responsabilidades. Calor e flexibilidade no relacionamento familiar movem os jovens em direção ao crescimento gradual e progressivo da maturidade.

Face à necessidade de formação educacional que se estende por muitos anos, antes que haja condições para o exercício de uma profissão especializada, verifica-se um atraso cada vez maior na idade em que o jovem poderia bastar-se a si mesmo, pensar em casar e dar à sociedade uma contribuição positiva (70).

Entretanto, nas classes sociais menos favorecidas, o fator socioeconômico constitui, muitas vezes, fator de encurtamento deste tempo, pois o adolescente que se desenvolve no meio pobre tem que se preocupar, antes de tudo, em adquirir o necessário para sobreviver.

## 2.5 MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

O comportamento social dos adolescentes, principalmente das mulheres, vem mudando progressivamente, nos últimos anos, e, nas últimas décadas, tem se manifestado mediante prevalente interesse pela sexualidade.

Reflexos evidentes dessas transformações têm repercutido tanto a nível social como a nível de atenção de saúde, com o aumento da quantidade de casos de gravidez entre esta população jovem. O número de partos de mulheres menores de 20 anos, do total de nascimentos na América do Sul (1962-1973), teve aumento significativo em todos os países estudados (78).

Com vistas ao melhor entendimento da problemática da maternidade na adolescente, e por acreditar-se que os problemas relacionados a este fato iniciam-se anteriormente à ocorrência da gestação, passa-se ao exame das implicações da gravidez neste período da vida levando em consideração as características analisadas nos tópicos anteriores.

Nas últimas décadas, o percentual de indivíduos com idade entre 10 e 19 anos, no Rio Grande do Sul, tem se mantido (57). Entretanto, dois fatores merecem destaque, quando da ocorrência de maternidade nesta faixa etária: o primeiro diz respeito ao aumento da incidência de

maternidade no grupo dos adolescentes mais jovens (3); o segundo relaciona-se à taxa de fecundidade total, que, na atual década, vem decaindo em todas as idades, com exceção do grupo de mulheres de 15 a 19 anos, no qual registrou-se o aumento de 13,8%, nos últimos quatro anos (75).

Este aumento da maternidade na adolescência, no entender de Arruda (7), é alarmante não só do ponto de vista médico, com uma vasta gama de riscos e problemas tanto em relação à jovem mãe como em relação ao feto, mas também pelas conseqüências socioeconômicas que uma maternidade precoce acarreta.

Acredita-se que muitos fatores sejam responsáveis por este aumento do número de gestações em adolescentes, destacando-se, entre eles, os seguintes:

- a) O evidente declínio da idade da menarca, entre as mulheres. Huffman e colaboradores (54) observaram a diminuição da idade da maturação, nos Estados Unidos, a qual nivelou-se, nos últimos anos, depois de ter caído gradativamente, do final do século XIX para a época atual, de 12 a 13 anos.
- b) O incremento da liberdade sexual, desde o advento da pílula anticoncepcional, incenti-



vado pelos meios de comunicação de massa e denominado como "revolução sexual".

c) A redução da idade do início das relações sexuais acarretou maior número de envolvimento pré-conjugais.

d) O limitado uso de anticoncepcionais pelos adolescentes, ora motivado pela não programação das relações sexuais, ora pelo desejo de testar a feminilidade, ora pelo desconhecimento deste recurso.

Como se constata, não há apenas um fator, responsável pelo aumento, mas, sim, uma série de eventos muito intimamente ligados entre si. E, como já se considerou, não são poucos os problemas implicados, em relação à mãe e ao filho, na gestação ocorrida na adolescência.

### 2.5.1 Implicações relacionadas ao desenvolvimento físico

Grande parte dos estudos realizados com adolescentes dedicaram-se a investigar as complicações médicas envolvidas entre a gravidez de adolescentes e a de mulheres adultas, visando a definir o risco obstétrico do primeiro grupo.



Pelo fato de a jovem brasileira alcançar a maturidade ginecológica entre os 12 e 13 anos (67, 72, 89, 100), poder-se-ia admitir que já nesta idade estivesse biologicamente pronta para a concepção. Entretanto são inúmeros os relatos (4, 11, 22, 35, 68) que indicam maior incidência de complicações, de todo tipo, em grupos de mulheres menores de 20 anos. Consta, entre os dados, a redução, nas idades mais elevadas, das taxas de anemia, toxemia, desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia e infecção urinária.

Por outro lado, Wong e Clark (118), em estudo realizado com 1.000 adolescentes, de 16 anos ou menos, que deram à luz num período de dez anos, constataram que a contratura da pelve como critério para indicação de cesariana não é mais freqüente entre as parturientes adolescentes do que nas de maior idade.

A inadequação nutricional, tanto ligada à pobreza quanto à excentricidade das adolescentes, pode constituir fator importante e associar-se a todas as complicações já mencionadas.

Osofsky e colaboradores (79) relataram a ocorrência, em adolescentes grávidas, de deficiência de ferro, cálcio, vitamina A e proteínas. Este fato se agrava quando associado à dificultosa e irregular assistência

pré-natal, ficando grandemente prejudicado o controle nutricional e o ganho ponderal.

Considerando que se trata de dois organismos jovens em crescimento, o da mãe adolescente e o do feto, e que ambos exigem, no mesmo grau de igualdade, atendimento de idênticas necessidades nutricionais (1, 96), quando isso não ocorre, nenhum dos dois é vitorioso (11).

Há evidências de que os padrões alimentares da adolescente são influenciados pelos hábitos de vida, pela preferência dos colegas e pela exposição aos meios de comunicação de massa (121), assim como sobre a incapacidade destes jovens de aquilatarem a importância das medidas higienodietéticas que lhes são aconselhadas (97). Consequentemente, os efeitos da idade parecem ser confundidos mais uma vez com outros fatores.

Para Holligsworth (52), as complicações ocorrem principalmente quando as jovens se apresentam pela primeira vez nos hospitais, no momento de dar à luz. Tendo, muitas vezes, iniciado a gravidez já sob precárias condições, recebendo pouco ou nenhum cuidado pré-natal, frequentemente iniciam o trabalho de parto com anemia e infecção. Portanto, o fator que as expôs a risco, nestes casos, mais do que propriamente a idade, foi a deficiente assistência.

### 2.5.2 Implicações relacionadas ao desenvolvimento cognitivo

Assim como existem teorias relacionadas ao desenvolvimento físico como causa e efeito da gravidez em adolescentes, também há teorias que situam as dificuldades cognitivas ou do raciocínio como implicadas, como causa e efeito, na problemática em questão.

Segundo Moore e colaboradores (73), o adolescente flutua entre a operação concreta e a formal. O estágio concreto é caracterizado pela limitação do aqui e agora, e, conseqüentemente, considerações decorrentes do agir e alternativas sobre este não fazem parte de tal tipo de pensamento. O pensamento formal, já característico de pessoas adultas, possibilita ao indivíduo fazer abstração e ver mais claramente as conseqüências futuras do seu comportamento. Muitos adolescentes, por iniciarem a atividade sexual sem terem alcançado o estágio formal, não dispõem da capacidade de prever as conseqüências dos atos que praticam (73).

Se a adolescente se encontra numa fase inicial da adolescência (12-15 anos), quando submetida às inúmeras transformações físicas típicas da idade, tem seus pensamentos voltados praticamente para estas alterações, com a constante preocupação de avaliar as próprias dimen-

sões corporais e de entendê-las, a fim de formar sua auto-imagem.

Por esta razão, nessa fase, a adolescente dificilmente usará método anticoncepcional que requer manipulação do corpo ou que interfere na espontaneidade. Se engravidar, levará muito tempo para se dar conta do fato, pois ainda não elaborou uma auto-imagem que lhe permita constatar as diferenças físicas decorrentes da gravidez. Quando a transformação física de gravidez é percebida pela adolescente, é muitas vezes acometida pela "audiência imaginária", que a induz a acreditar que todas as pessoas a sua volta estão com o olhar fixado nessas transformações. É esta, possivelmente, uma dentre as principais razões por que tardiamente procura o serviço de saúde: por sentir-se envergonhada com seu físico gravídico.

As adolescentes precisam sentir-se como um todo, orgulhosas de si mesmas e parecidas com as demais garotas da sua idade.

Para Moore e colaboradores (73), as adolescentes na metade da adolescência (15-17 anos) têm como característica a busca de estabilidade e independência. Embora sejam muitas vezes tratadas como adultos, ainda vacilam quanto às próprias responsabilidades, ora comportando-se como crianças, ora como adultos.



Muitas delas, engravidando, podem estar à procura da independência em relação aos pais ou buscam conseguir o "status" de adulto.

Em seu estudo sobre o relacionamento sexual na adolescência, Hertz (51) encontrou, nos relatos das adolescentes, que elas acedem à solicitação dos parceiros para relação sexual motivadas pelo desejo de tornar recíproca a ternura que lhes era oferecida ou como demonstração de independência em seu desejo de tornarem-se adultas, não levando em consideração que este ato poderia resultar em gravidez.

Para Perkins (83), muitas vezes estas moças não se transformaram em adolescentes e já se vêem transformadas em mães, não estando preparadas nem social, nem emocional nem economicamente para isso.

Mais no final da adolescência (17-19 anos), a característica é o alcance da identidade pessoal. Nessa fase, o adolescente desenvolve o senso de si mesmo e do que pensam a seu respeito. É normal que, então, os jovens já tenham condições de elaborar operações formais, ou seja, sabem o que podem alcançar com sua atividade sexual. Entretanto, conforme Elkind (43), são ainda, às vezes, acometidos da "fábula pessoal", motivo pelo qual muitas adolescentes não fazem uso de anticoncepcional, acreditando que "elas" não engravidarão.



Outro dado importante, quanto ao desenvolvimento cognitivo, diz respeito ao tipo de relacionamento que prevalece entre os jovens, na atualidade, quando um encontro sexual nem sempre é programado e, conseqüentemente, pela euforia e emoção que se associam ao ato sexual, o cuidado anticoncepcional é esquecido.

### 2.5.3 Implicações dos aspectos psicossociais

São possivelmente os fatores psicossociais os de maior repercussão da gestação e maternidade em adolescentes.

A gravidez constitui, com freqüência, razão para as adolescentes abandonarem a escola (35). Esse abandono, todavia, tem sérias repercussões, pois, é extremamente importante para a jovem manter-se em suas atividades sociais e escolares (80,84).

A escola é quase tudo para o adolescente: constitui seu local de atividades, o núcleo de convívio com seu grupo e, por pior que estejam estruturados os currículos, representa o meio pelo qual ele adquire os conhecimentos básicos de que disporá mais adiante para o treinamento profissional.

Entretanto, a pressão social sobre as meninas grávidas se mostra intensa, podendo levá-las a serem excluídas da escola ou impelidas, direta ou indiretamente, a abandoná-la. Ao fazê-lo, privam-se do convívio com o grupo de amigos, que desempenham papel fundamental na ajuda em sua identificação como pessoa. Por outro lado, ao não completarem sua educação vêm diminuídas as próprias oportunidades profissionais, não conseguindo manter-se por si mesmas, o que constitui uma auto-derrota para elas. A gravidez precoce é preditora de trabalho de menor prestígio, que tanto oferece baixa remuneração como proporciona pouca satisfação profissional (24, 98); e grande número dessas adolescentes desenvolve somente atividades do lar (12, 72), mostrando, com isso, a própria dependência econômica em relação aos familiares e-ou ao pai da criança, o que repercute de forma mais ampla sobre a sociedade.

Embora seja típica a intensa pressão social e familiar para que a adolescente case, a maioria delas continua solteira (12, 110, 115).

A adolescente solteira que leva a sua gestação a termo poderá enfrentar inúmeros problemas tanto os associados com o fato de ser mãe-solteira, quanto os relacionados aos encargos e responsabilidades específicas que a situação envolve, num momento em que ela própria não está amadurecida. Por isso, segundo Olson (76), os custos sociais e psicológicos da gravidez de uma adolescente fo-

ra do casamento, são elevados e poderão comprometer o bem-estar psicológico da mãe, limitar suas perspectivas para o futuro e restringir as chances de vida de seu filho.

Outra consequência psicossocial da gravidez em idade precoce envolve o fato de que as mães adolescentes também estão tendo mais crianças. Quanto mais jovem é a mulher por ocasião da primeira gravidez, mais filhos terá, em períodos mais reduzidos de tempo. Keeve e Schlesinger (60) relataram que 60% da amostra que analisaram - composta por garotas que deram à luz antes dos 17 anos - estavam grávidas novamente antes dos 19 anos. Há registro de que mesmo aquelas garotas que participaram de programas especiais para adolescentes grávidas vieram a conceber novamente dentro de reduzido período de tempo. Dickens e colaboradores (37) relatam que 42% das jovens mães envolvidas em um programa para grávidas adolescentes deram à luz uma segunda vez 18 meses após o primeiro parto. Demonstra este fato a necessidade de acompanhamento subsequente ao pós-parto destas jovens, com o objetivo de evitar estes elevados índices.

#### 2.5.4 Implicações relacionadas com o filho da adolescente

No que diz respeito ao filho de mães adolescen-

tes, a principal preocupação relaciona-se principalmente com o ambiente pós-natal, sobretudo se a gravidez não foi planejada. Nessas condições, a criança é indesejada e não receberá o apoio de uma mãe que saiba os cuidados que deve ter para com ela.

As pressões a que estão submetidas as adolescentes cuja gravidez termina em um nascimento ilegítimo têm sido extensamente relatadas (8, 12, 24, 47).

De acordo com Mc Anarney (71), o cuidado do filho é algo não planejado por estas jovens, e, além disso, elas sequer estão preparadas para assumirem tal responsabilidade.

A gravidade desta problemática fica ratificada quando se constata o registro, em estudos científicos, da maior incidência de complicações obstétricas maternas relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério, em muitos casos irrecuperáveis, sobre a mãe adolescente e seu filho. Por já se haver descrito estas complicações no tópico referente ao desenvolvimento físico da adolescente, analisar-se-ão aqui somente aquelas que atuam diretamente sobre a criança.

A alta taxa de morbimortalidade perinatal está associada à gravidez em adolescentes. A prematuridade e a baixa do peso ao nascer foram evidenciados em estudos de



autores (26, 36, 88, 100) que salientam a influência de fatores socioeconômicos e inadequação da assistência pré-natal como importantes para a maior incidência no grupo das adolescentes.

Conforme Burst (21) há quatro fatores maternos que afetam diretamente o crescimento e desenvolvimento fetal e o preenchimento dos desígnios genéticos de um feto: a doença materna, o fumo, o abuso de drogas e álcool, e a má nutrição pré-natal. Para o mesmo autor, relacionadas ao baixo peso encontram-se associadas várias deficiências físicas e mentais, entre as quais se incluem retardamento mental, paralisia cerebral, problemas de aprendizagem, defeitos visuais e de audição, e deficiências neurológicas e de crescimento.

Até há bem pouco tempo atrás era pouca a evidência científica a respeito destas constatações. Entretanto, as descobertas começam a acumular-se. Baldwin e Cain (9) afirmam que embora um cuidado pré-natal excelente recebido pela adolescente possa resultar em um recém-nascido com boa saúde, a saúde posterior pode ser severamente atingida pela imaturidade das jovens mães frente à maternidade. Todas as análises mostram déficit no desenvolvimento cognitivo das crianças, especialmente nas de sexo masculino. Continuando, os autores ainda reforçam que os fatores mais adversos são mais freqüentemente encontrados quando a adolescente cria seu filho sem a ajuda



do pai ou dos avós.

Oppel e Royston (77) descobriram, em sua amostra, que as crianças de mães menores de 18 anos demonstravam maiores problemas comportamentais, sendo mais dependentes e distraídas, aos 10 anos, do que as crianças da mesma idade pertencentes ao grupo-controle. Estes achados demonstram que as seqüelas resultantes da maturidade precoce perpetuam-se, com o passar dos anos, nestas crianças. Quanto à interação entre mãe e filho, o mesmo estudo revela que as mães adolescentes não falam muito com seus bebês.

Embora alguns autores (62, 77) apresentem evidências de maus tratos dos filhos por mães adolescentes, Bolton e colaboradores (19) encontraram, em registros oficiais, dinâmicas semelhantes para os dois grupos de mães (adolescentes e adultas). Desta forma a associação entre idade materna precoce e maus-tratos de crianças deve ser levada em consideração, por serem elas, claramente, um grupo exposto a tal perigo (84).

Após a análise das implicações da maternidade em adolescentes, verifica-se que há uma sólida evidência, em vários estudos, de que a adolescente grávida, embora biologicamente preparada para a gravidez e para o parto, mesmo que recebendo bons cuidados e nutrição pré-natal, não o está em termos cognitivos e psicossociais.

Enquanto fica bem definido que estas jovens mães enfrentam um futuro marcado pela instabilidade e fracasso, não está claro se seus problemas subseqüentes resultam unicamente da gestação precoce ou se são devidos à existência de fatores pré-determinantes anteriores à ocorrência da gestação.

Todavia, ao se considerarem os pontos levantados quanto às implicações da maternidade na adolescência, pode-se afirmar que, certamente, urge uma atuação mais eficaz por parte dos profissionais da área da saúde, sobretudo, um atendimento especializado e personalizado, em ambiente e condições adequadas para servir as necessidades das adolescentes que se encontram em pleno processo reprodutivo.

O presente estudo constitui um passo neste sentido, na medida em que pretende diagnosticar as condições em que se encontram estas mães, relativamente ao conhecimento de saúde.

Pimont (87) enumera como o primeiro passo para as programações de saúde, a "realização dos diagnósticos educativos dos problemas de saúde", ou seja, o conhecimento da realidade local e temporal, com base no levantamento das características socioeconômicas e culturais da comunidade e a detecção das barreiras psicológicas, cul-

turais e sociais que interferem nas mudanças do comportamento dos indivíduos.

A avaliação das condições destas mães adolescentes quanto ao cuidado de saúde, em relação a si próprias e a seu filho, no puerpério, serve como subsídio para o prognóstico do conhecimento e das habilidades de que elas dispõem para o efetivo exercício de suas funções maternas, obtendo, desta forma, elementos para embasar o planejamento de modelos de assistência a estas jovens mães.

O ponto de partida foi o modelo proposto por Fernandes (44) para a análise das mudanças de comportamento, focalizando, em ordem hierárquica, três níveis:

- a) mudanças de conhecimento;
- b) mudanças de habilidades;
- c) mudanças de atitudes.

Tais níveis envolvem mudanças no desenvolvimento, em diversos graus de dificuldade.

As mudanças mais fáceis estão ligadas ao "conhecimento", sendo básicas para o nível a seguir, relacionado às "habilidades", que já apresentam maior grau de dificuldade. As mudanças de "atitude" são significativamente mais difíceis de alcançar, por estarem associadas

às vivências pessoais. Por isso, com a avaliação dos conhecimentos, ter-se-á disponível um importante dado para que se possa chegar às atitudes mínimas que se esperam das mães adolescentes, em relação aos cuidados de saúde.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Situa-se, a presente pesquisa, na área de enfermagem materno-infantil e focaliza os aspectos de conhecimentos de saúde evidenciados por grupos de mães adolescentes e adultas na ocasião da permanência, no pós-parto, em três hospitais de Porto Alegre.

O tema central motivador do estudo constituiu-se pela indagação sobre maternidade e adolescência: "É problema ser mãe enquanto adolescente?"

Por outro lado, também motiva o trabalho a preocupação relativa à ausência de programas e de um serviço específico de referência para adolescentes, em nosso meio. Por esta razão, objetiva-se a identificação de orientações que sirvam como subsídio para implementar um modelo de atuação junto às adolescentes que se encontram no ciclo grávido-puerperal.



Assim, constituiu-se a pergunta:

"Que tipo de elementos básicos devem constar no planejamento de modelos e de assistência às adolescentes mães."

Uma resposta parcial à questão resultou da pesquisa bibliográfica envolvendo os aspectos relativos ao desenvolvimento na adolescência e à sua repercussão frente à maternidade.

A seguir, o estudo se completa com uma pesquisa de campo que objetivou a coleta de dados e a análise do conhecimento de saúde das mães adolescentes, relativas à questão proposta.

Para tanto, inicialmente, considerou-se a necessidade de identificar os conhecimentos mínimos de saúde exigidos para o autocuidado e para o cuidado do recém-nascido.

Uma vez identificado o conhecimento necessário para o desempenho materno, procurou-se responder à pergunta básica implicada na pesquisa:

"Qual é o tipo de relação existente entre o conhecimento de saúde das mães adolescentes,

quanto ao autocuidado e ao do RN, no puerpério, e as seguintes variáveis - idade, escolaridade, nível socioeconômico, paridade, experiência anterior no cuidado de RN, realização de pré-natal e orientações recebidas.

E, finalmente:

"Quais as implicações desta relação para o estabelecimento de programas de saúde adequados a essas mães e seus filhos?"

### 3.2 ALVO DA PESQUISA

Tendo em vista o problema formulado, busca, então, a pesquisa responder a questões sobre mães adolescentes, em termos de programação de saúde, relacionadas com as características da adolescente e seu papel como mãe.

Em consequência, o alvo da pesquisa situa-se no âmbito das seguintes questões:

- a) Quais as características das mães adolescentes, quanto às variáveis de estudo?
- b) Qual é a relação entre a idade e o conheci-

- mento de saúde das mães?
- c) Qual é a relação entre a escolaridade e os conhecimentos de saúde das mães?
  - d) Qual é a relação entre a posição socioeconômica e o conhecimento de saúde das mães?
  - e) Qual é a relação entre a paridade e o conhecimento de saúde das mães?
  - f) Qual é a relação entre a experiência anterior no cuidado com RN e o conhecimento de saúde das mães?
  - g) Qual é a relação entre a realização do pré-natal e o conhecimento de saúde das mães?
  - h) Qual é a relação entre as orientações recebidas na gestação e o conhecimento de saúde destas mães?

As questões referidas balizam a problemática implicada pela pesquisa sobre a maternidade em adolescentes, objetivando colher elementos para subsidiar um plano de atenção dedicado a estas mães.

### 3.3 ESTRUTURAÇÃO DO FORMULÁRIO

Para obter respostas para estas perguntas, elaborou-se um instrumento baseado de duas fontes de informação e coleta de material.

- levantamento da bibliografia específica, em livros, artigos e pesquisas sobre cuidados no puerpério, para o conhecimento das mães;
- sondagem de opinião, junto a médicos e enfermeiras, obstetras e pediatras, e questionamento sobre as dúvidas que mais freqüentemente as mães manifestam, em relação ao conhecimento de saúde sobre elas próprias ou sobre os recém-nascidos, no puerpério.

Para solidificar este instrumento aplicaram-se 30 formulários, cujo objetivo era verificar a compreensão das mães, em relação às perguntas, e a operacionalidade do instrumento. As críticas e comentários permitiram aperfeiçoar o instrumento, elaborando-se a forma definitiva (Anexo 1).

O referido formulário, integrado por questões abertas, tem a seguinte estrutura:

1ª PARTE: Dados de caracterização

- idade;
- escolaridade;
- posição socioeconômica (ocupação);
- paridade;
- experiência no cuidado de RN;
- época da primeira consulta médica na gesta-



ção;

- número total de consultas na gestação;
- orientações recebidas na gestação sobre os cuidados no puerpério.

2ª PARTE: Conhecimento das mães sobre:

- a) higiene corporal;
- b) cuidado com as mamas;
- c) pausa sexual e métodos anticoncepcionais;
- d) revisão médica da puérpera;
- e) medidas dietéticas em relação ao RN;
- f) cuidados corporais com o RN;
- g) sono e repouso do RN;
- h) interação mãe e filho;
- i) revisão médica do RN.

Como já relatado, a primeira etapa foi dedicada à elaboração do instrumento de coleta de dados, a ela seguindo-se da testagem do mesmo. Na segunda fase elaborou-se o instrumento definitivo, denominado como "Pesquisa sobre conhecimento de saúde".

### 3.3.1 Definição das variáveis independentes

- a) hospital de origem - foi anotado o tipo de hospital em que a paciente está internada;

b) idade - anotou-se a idade da paciente, em anos completos, na ocasião da coleta de dados, e, posteriormente, cada paciente foi classificada em dois grupos, conforme os seguintes critérios:

- adolescente: limite de idade superior, para estas mulheres, fixado, para fins do presente trabalho, em 19 anos completos (120);

- adulta: idade entre 25 e 29 anos completos, faixa etária considerada de melhores condições para procriar (78, 113)

c) escolaridade - tomou-se por base o último ano de escola freqüentado pela paciente;

d) posição socioeconômica - foi definida pela ocupação do chefe da família ou da própria puérpera, quando esta era só e responsável economicamente por sua família. Por chefe da família considerou-se o marido, companheiro ou responsável da puérpera. As ocupações foram adaptadas e classificadas segundo critérios de Guidi e Duarte (49), sendo utilizadas as seguintes modalidades:

- Ocupações não qualificadas - a maioria das ocupações braçais, que não exigem, para

seu desempenho, experiência profissional prévia ou níveis mínimos de instrução formal; as que não são especializadas e as que têm níveis de remuneração do salário mínimo local. Estão neste caso, por exemplo, ocupações como as de carregador, empregada doméstica, passadeira, lavadeira, lixeiro, servente, operário não qualificado, faxineiro, biscateiro, lavador, garrafeiro, garção de botequim, arrumadeira, trabalhador rural braçal, meeiro, caixeiro de armazém ou de outro pequeno estabelecimento comercial varejista (quitanda, mercearia, peixaria, lanchonete), pescador e outros com idênticas características.

- Ocupação de nível inferior de qualificação
  - atividades cujo desempenho não exige necessariamente esforço braçal ou que só podem ser exercidas com um nível mínimo de instrução formal (curso primário fundamental), ou de treinamento profissional específico. Enquadram-se nesta categoria as ocupações subalternas de escritório (contínuo, datilógrafo, telefonista, mecanógrafo), que, embora consideradas inferiores e de baixa remuneração, possuem um "status" mais alto que as ocupações da ca-

tegoria precedente. Pertencem também a este nível os operários qualificados (assim considerados por terem um mínimo de aprendizado profissional, como mecânicos, gráficos, metalúrgicos), porteiros, chefes de turma e mestres das linhas de produção fabril, balconistas e empregados de lojas de artigos finos ou de estabelecimentos comerciais de grande porte (casas de roupas, sapatarias, joalherias, farmácias e drogas, "bombonieres", lojas de aparelhos eletrodomésticos e mobiliário). O pequeno proprietário rural e o pequeno comerciante também integram este nível ocupacional.

- Ocupações de nível médio - ocupações para cujo exercício é desejável, pelo menos, o 1º ou o 2º grau completo. Em outras palavras, os que compõem esse nível devem ter de 8 a 11 anos de escolaridade, formação profissional especializada de duração mais longa que a fornecida aos operários qualificados da categoria precedente e níveis de remuneração que vão aproximadamente de duas a quatro vezes o salário-mínimo local. É o caso de bancários, professores primários e atividades correlatas. O pequeno proprietário rural que dispuser de



mais de 10 empregados enquadra-se igualmente nessa categoria.

- Ocupações superiores - atividades que exigem nível mais elevado de instrução (profissionais liberais de nível universitário, como engenheiros, médicos, advogados, enfermeiros, dentistas e outros), e cargos técnico-científicos, como pesquisador, químico técnico, ou que se caracterizam pela chefia ou gerência de empresas comerciais ou industriais de porte médio. Enquadram-se, também, nesse nível os postos militares inferiores do oficialato (tenente, capitão, major), e os donos de médias propriedades rurais.
  
  - Ocupações de alta renda - altos cargos de chefia ou gerência em grandes organizações, grandes proprietários rurais, capitalistas, altas patentes militares, deputados e senadores, ocupantes de elevados postos administrativos no serviço público, diplomatas, donos de cartório, pecuaristas;
- e) paridade - considera-se o número de filhos que a parturiente deu à luz, excetuando-se

os abortos;

- f) experiência anterior no cuidado do recém-nascido (RN) - considerou-se o cuidado de crianças das próprias pacientes ou de outras pessoas - irmãos, patroa, amigos - no período de 0 a 30 dias de idade;
- g) número total de consultas realizadas pela puérpera na gestação, em assistência pré-natal;
- h) época da 1ª consulta médica na gestação; foi anotado o trimestre de gestação em que a mesma ocorreu;
- i) orientações recebidas sobre o puerpério. Toda orientação recebida por ocasião das consultas pré-natais, relativas ao autocuidado ou ao do recém-nascido.

### 3.3.2 Avaliação das respostas da variável dependente (Conhecimentos de saúde)

As respostas de cada item foram avaliadas uma a uma e, após, no seu conjunto; desta maneira, foram codificadas e pontuadas em:

- E - zero pontos: quando a resposta e a razão da questão estavam erradas;
- C - 3 pontos: quando a resposta e a razão da questão estavam corretas;
- CRE - 1 ponto: quando a resposta estava correta porém a razão errada;
- CRD - 2 pontos: quando a resposta estava certa e a razão desconhecida;
- ERC - zero pontos: quando a resposta estava errada e a razão correta;
- ERD - zero pontos: quando a resposta estava errada e a razão desconhecida;
- D - zero pontos: quando mostrou desconhecimento das respostas da questão;

Assim, foram valorizadas somente as resposta que demandaram em "ação" correta por parte das mães, podendo a razão desta "ação" ser desconhecida ou errada.

Sendo o instrumento composto de 12 questões sobre o autocuidado e 14 sobre o cuidado ao recém-nascido, o total máximo foi de 78 pontos; isto, no caso de todas as 26 questões estarem corretas.

### 3.3.3 Gabarito das respostas

Visando oferecer subsídios para estudos sobre o

tema, consta em anexo (Anexo 2) o gabarito das respostas consideradas corretas no presente estudo.

### 3.4 PLANO AMOSTRAL

#### 3.4.1 População

Para a coleta dos dados necessários ao estudo das mães adolescentes e adultas que se encontravam hospitalizadas por ocasião do nascimento do filho, realizou-se um levantamento das maternidades de Porto Alegre, que constituem a população da pesquisa, para verificar o número mensal de partos e o tipo de clientela atendida por tais instituições.

Após a análise dos hospitais com serviço de maternidade, procedeu-se ao agrupamento dos mesmos, levando em consideração os aspectos acima mencionados.

A população foi selecionada com base na representatividade de cada argumento:

- a) dá atendimento exclusivo a pacientes particulares;
- b) atende pacientes predominantemente previdenciárias, e, eventualmente, particulares;
- c) atende, na grande maioria, pacientes não pa-



gantes (ensino), resultando daí a amostra.

A amostra foi estratificada em grupos de acordo com o hospital de origem.

Optou-se pela amostra probabilística, por se acreditar ser este o método mais viável de uma amostra representativa.

### 3.5 LEVANTAMENTO DE DADOS

#### 3.5.1 Técnica

A técnica utilizada para o levantamento dos dados foi o de entrevista estruturada, orientada por um formulário aplicado às pacientes que se enquadraram nos seguintes critérios:

- a) terem tido filho nos hospitais em estudo;
- b) terem alta prevista, juntamente com o recém-nascido, dentro do período de 12-18 horas;
- c) pertencerem ao grupo de adolescentes (10 a 19 anos completos) ou adultas (25 a 29 anos completos);

- d) não terem presenciado entrevista de outras puérperas.

### 3.5.2 Treinamento de entrevistadores

As entrevistadoras, em número de três, foram previamente orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, bem como receberam explicações sobre o preenchimento de cada item do formulário.

### 3.5.3 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas na Unidade de Internação Obstétrica, após consentimento das pacientes, às quais foi explicado o objetivo do inquérito antes de se passar à obtenção dos dados.

## 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico adotado envolveu o emprego de métodos e técnicas estatísticas descritivas, coeficiente alfa de Cronbach (33), coeficiente de correlação de Pearson e regressão múltipla (101). A digitação e o processamento dos dados foram efetuados por computação eletrônica.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os dados do presente estudo foram obtidos através de entrevista orientada por formulário aplicado 12 a 18 horas antes da alta hospitalar das puérperas adolescentes e adultas internadas em três hospitais, sendo um de ensino, um previdenciário e um particular.

Das 88 pacientes selecionadas para o estudo, em um caso não foi possível realizar a entrevista, a pedido da mãe da paciente, que alegou estar esta fatigada. As demais pacientes mostraram-se receptivas, e houve cooperação por parte do corpo clínico, do pessoal de enfermagem e dos familiares das pacientes.

O instrumento de coleta de dados mostrou-se satisfatório, uma vez que permitiu a obtenção das informações desejadas.

Para medir a consistência interna do instrumen-

to, calculou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach (33), cujo resultado obtido foi  $\alpha = 0,8048$ , podendo assim, o instrumento ser analisado em seu todo, através do escore total, pois existe relação entre os diferentes conjuntos de conhecimentos.

A sistemática adotada para a análise dos resultados consta de duas seções: na primeira, procede-se à análise descritiva dos dados referentes às características dos respondentes da pesquisa; a segunda, envolve as questões relativas ao conhecimento dos respondentes.

#### 4.2 ANÁLISE DESCRITIVA

Esta seção visa a apresentar a resposta da questão de pesquisa número 1: "Quais as características determinantes das mães adolescentes em relação às variáveis em estudo?"

No que se refere à idade das mães no grupo das adultas, foram entrevistadas 65 pacientes, e no grupo das adolescentes, 22, tendo sido 15 anos a idade mínima que ocorreu neste grupo.

Quanto ao tipo de instituição e grupo de mães, a amostra constituiu-se conforme a Tabela 1.



TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO DE MÃES EM RELAÇÃO  
À CLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL

MÃES	HOSPITAIS						TOTAL
	PARTICULAR		PREVIDENCIÁRIO		ENSINO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes .....	2	9,1	4	18,2	16	72,7	22
Adultas .....	31	47,7	19	29,2	15	23,1	65
TOTAL	33		23		31		87

Enquanto o percentual mais elevado de pacientes adultas encontra-se no hospital particular, o de adolescentes ocorre no de ensino. Tal fato pode ser explicado pela tendência natural de as adolescentes que chegam ao término da gestação serem de condições socioeconômicas mais baixas, e, portanto, procurarem atendimento em instituições que não cobram pelo atendimento que proporcionam.

Os resultados, no que se refere à escolaridade das entrevistadas, constam na Tabela 2.

Verifica-se, desse modo, que enquanto as adolescentes apresentam maior percentual de escolaridade no 1º grau (68,2%), as adultas, por sua vez, possuem uma escolaridade mais de 3º grau.

Quanto ao grupo das mais jovens, a maioria enquadra-se no 1º grau (68,2%); os percentuais relativos ao

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO  
A CLASSIFICAÇÃO DA ESCOLARIDADE

MÃES	ESCOLARIDADE								TOTAL
	ANALFABETAS		1º GRAU		2º GRAU		3º GRAU		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	2	9,1	15	68,2	4	18,2	1	4,5	22
Adultas.....	6	9,2	20	30,8	15	23,1	24	36,9	65
TOTAL	8	9,2	35	40,2	19	21,8	25	28,8	87

2º e, principalmente, ao 3º grau, se revelam acentuadamente menores, quando comparados ao grupo das adultas.

Duas são as razões prováveis destes resultados. A primeira é a idade, em si, das adolescentes, que as impossibilita de estarem em graus educacionais mais elevados; a segunda relaciona-se ao nível socioeconômico, como retrata a Tabela 3, através da ocupação do chefe da família.

Na Tabela 3 verifica-se que, quanto à ocupação do chefe da família, existe uma distribuição homogênea da amostra nas diferentes classificações. Entretanto, se a-

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES EM RELAÇÃO

## À OCUPAÇÃO

MÃES	OCUPAÇÃO										TOTAL
	NÃO QUALIFICADA		NÍVEL INFERIOR		NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUPERIOR		ALTA RENDA		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.	13	59,1	7	31,8	1	4,5	1	4,5	--	--	22
Adultas.....	14	21,5	13	20,0	13	20,0	24	36,9	1	1,5	65
TOTAL	27	31,0	20	23,0	14	16,1	25	28,7	1	1,2	87

nalizados separadamente os grupos de puérperas, nota-se que, dentre as adolescentes, a quase totalidade (90,9%) tem baixa qualificação, representada por não qualificadas (59,1%) e de nível inferior (31,8%). Por outro lado, constata-se que, nas adultas, a dispersão das ocupações não apresenta valores acentuadamente elevados, o que revela a razoável homogeneidade da amostra.

Tais resultados parecem indicar o baixo nível socioeconômico no grupo das mães adolescentes, conforme já descrito por outros autores.

No que se refere à paridade, obtiveram-se os resultados que constam na Tabela 4.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES EM RELAÇÃO  
À PARIDADE

MÃES	PARIDADE								TOTAL
	UMA		DUAS		TRÊS		MAIS DE 3		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	16	72,7	4	18,2	2	9,1	--	--	22
Adultas.....	22	33,8	28	43,1	9	13,8	6	9,2	65
TOTAL	38	--	32	--	11	--	6	--	87

As mães adolescentes, em sua maioria, estão no primeiro filho (72,7%), enquanto nas adultas a tendência é de estarem já no segundo filho (43,1%). Embora a paridade das mães adultas seja pequena, pois apenas 9,2% são multíparas, lembra-se que estas mães ainda estão em plena idade reprodutiva.

Entretanto, quanto à paridade, deve ser ressaltado que 27,3% das mães adolescentes já possuem mais de um filho (2 ou 3). Se um filho, na adolescência, já tem sido motivo de controvérsias, a gravidade do problema se acentua nos casos de dois ou mais. Parece que a experiência de ter tido um filho quando ainda jovem, não diminui, entre as adolescentes, a possibilidade de outras gestações. Estes achados reforçam os dados registrados por Keve (60), que encontrou que 60% das mães adolescentes so-



frem repetidas gravidezes antes de completarem os 20 anos.

Relativamente à experiência no cuidado com o recém-nascido, obtiveram-se os resultados descritos na Tabela 5.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO  
A EXPERIÊNCIA NO CUIDADO COM RN

MÃES	EXPERIÊNCIA NO CUIDADO COM RN				TOTAL
	SIM		NÃO		
	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	14	63,6	8	36,4	22
Adultas.....	42	64,6	23	35,4	65
TOTAL	56	--	31	--	87

Observa-se que, quanto à experiência no cuidado com o recém-nascido, ambos os grupos possuem praticamente a mesma experiência, apesar de, como já se viu na Tabela 4, as adolescentes terem paridade menor que as adultas. Possivelmente, o percentual tão elevado (63,6%) da experiência no cuidado com recém-nascido se deva ao fato de, por serem estas mães provenientes de nível socioeconômico baixo, já terem tido oportunidade de cuidar de outras crianças, quer em sua residência, quer em local de trabalho.

Quanto ao número de consultas pré-natais, as mães distribuem-se conforme ocorre na Tabela 6.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO  
O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL

MÃES	NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL								TOTAL
	NENHUMA		DE 1 A 5		DE 6 A 10		11 OU MAIS		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	4	18,2	13	59,1	4	18,2	1	4,5	22
Adultas.....	6	9,2	11	16,9	32	49,2	16	24,6	65
TOTAL	10	--	24	--	36	--	17	--	87

Com os resultados apresentados nesta Tabela, verifica-se que o percentual de não realização de consulta pré-natal, no grupo das adolescentes (18,2%), é praticamente o dobro em relação ao grupo das adultas (9,2%). Quanto às demais adolescentes, que tiverem alguma consulta na gestação, a maioria delas (59,1%) não atingiu sequer o mínimo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (119), que é de seis consultas durante a gestação. Por outro lado, no grupo das adultas existe a tendência de freqüentar corretamente o pré-natal (73,8%).

Estes achados confirmam o que é enfatizado por Kreutner (52), para quem o cuidado pré-natal, na adolescente, é complicado pela limitada condição socioeconômica

e por circunstâncias sociais. Considera-se também o fato da imaturidade psicológica destas adolescentes, que, conforme Darzé (35), explica o fato de elas receberem menos assistência pré-natal do que as mulheres mais idosas, sendo o número de visitas menores e iniciando-se mais tarde a assistência à gravidez. Impõem-se, aqui, as indagações, quanto a esta atitude: "As adolescentes não realizam pré-natal pela sua baixa condição socioeconômica?" "Devido a inexistência de serviços próprios para elas?" "Por vergonha ou negação da gravidez?", ou ainda: "Por se darem conta tardiamente de que estão grávidas?"

Deste modo, a preocupação quanto ao fato de não realização, por parte das adolescentes, de pré-natal deveria ser mais valorizada pelos organizadores de programas de atenção de saúde aos adolescentes. Sugerem-se estudos, neste sentido, para identificar as causas de tal ocorrência.

Freqüentemente ouve-se que as adolescentes que procuram o pré-natal o fazem tardiamente, razão por que se analisa, a seguir, na Tabela 7, o trimestre da primeira consulta na gestação, realizado pelas entrevistadas.

Verifica-se que o percentual das adolescentes que começam no primeiro trimestre seu pré-natal (38,9%) é bastante inferior ao das adultas (86,4%). Cabe ressaltar ainda que o percentual elevado das adolescentes que come-

çaram no segundo trimestre (22,2%) ou já no terceiro (38,9%), quando comparado com o grupo das adultas, é bastante preocupante. Portanto, 61,1% iniciaram o pré-natal tardiamente.

**TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO O TRIMESTRE DA 1ª CONSULTA NA GESTAÇÃO**

MÃES	TRIMESTRE DA 1ª CONSULTA NA GESTAÇÃO						TOTAL
	PRIMEIRO		SEGUNDO		TERCEIRO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	7	38,9	4	22,2	7	38,9	18
Adultas.....	51	86,4	5	8,5	3	5,1	59
TOTAL *	58	--	9	--	10	--	77

\* Do total geral (87), 10 mães entrevistadas não realizaram pré-natal, sendo 4 do grupo de adolescentes e 6 do grupo de adultas.

Valoriza-se a necessidade da assistência pré-natal iniciada precocemente, principalmente nas gestantes adolescentes, pelo fato de ser esta muitas vezes, a oportunidade de orientá-las sobre os aspectos de saúde, fazer o diagnóstico precoce de complicações, avaliar o estado nutricional e fornecer a suplementação vitamínica e de ferro. Segundo este critério, a distribuição das mães, conforme orientações recebidas na gestação, evidencia-se na Tabela 8.

Quanto ao recebimento de orientações sobre os cuidados no puerpério, as mães adolescentes foram mais



informadas (45,5%) que as adultas (38,5%), embora esta diferença não tenha sido significativa: como se pode verificar no Quadro 3 (idade x recebimento de orientações).

**TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO O RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES NA GESTAÇÃO SOBRE O PUERPÉRIO**

MÃES	RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES				TOTAL
	SIM		NÃO		
	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes.....	10	45,5	12	54,5	22
Adultas.....	25	38,5	40	61,5	65
TOTAL	35	40,2	52	59,8	87

Este resultado pode ser explicado pelo fato de serem as mães adolescentes, em sua maioria, como se viu na Tabela 4 (72,7%), primíparas e, portanto, presumivelmente desconhecedoras destes cuidados, o que leva a maior preocupação, por parte das pessoas que lidam com estas jovens, no sentido de prepará-las mais adequadamente para a maternidade. Por outro lado, quanto às mães adultas, por já terem passado por essa experiência, na maioria delas (66,2%), é possível que não tenha sido despertada a preocupação de orientá-las. Entretanto, quando analisado separadamente, o grupo das adolescentes, na maior parte, não recebeu informação sobre os cuidados de saúde no puerpério (54,5%).

No que se refere ao conhecimento dos cuidados de saúde no puerpério, as mães distribuem-se conforme o demonstrado na Tabela 9.

**TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO A MÉDIA DE ESCORES OBTIDOS NO CONJUNTO DE CONHECIMENTO**

CONJUNTOS DE CONHECIMENTO MÃES	HIGIENE CORPORAL	CUIDADO COM AS MAMAS	PAUSA SEXUAL	REVISÃO MÉDICA PUÉRPERA	MEDIDAS DIETÉTICAS RN	CUIDADOS CORPO-RAIS	SONO E REPOUSO	INTERNAÇÃO MÃE-FILHO	REVISÃO MÉDICA RN
Adolescentes.....	3,8	4,9	5,2	4,4	5,2	5,3	3,8	7,2	4,5
Adultas.....	6,8	7,5	6,9	5,5	7,1	6,9	6,0	8,0	5,0
Escore máximo.....	9	12	9	6	9	9	9	9	6

Observa-se que a média dos escores obtidos pelas mães adolescentes foi inferior ao das adultas, em todos os conjuntos de conhecimento. Enquanto as mães adultas apresentam uma média de conhecimento mais próxima do escore máximo a ser obtido, as adolescentes possuem média bastante mais distante deste escore.

Nas questões relativas a higiene corporal, cuidado com as mamas, bem como sono e repouso do recém-nascido, as adolescentes apresentaram médias de conhecimento inferiores a 50% do escore máximo, fato que não ocorreu em nenhuma vez relativamente às mães adultas. Este resultado demonstra que a inadequação quanto aos cuidados de saúde por parte das puérperas adolescentes é mais acen-

tuada nas questões relativas ao autocuidado do que nas do recém-nascido.

Os resultados da análise desta seção da pesquisa permitem caracterizar alguns aspectos das mães adolescentes, pois proporcionam informações para as implicações decorrentes do presente estudo, que serão apresentadas na parte conclusiva do trabalho.

A seguir procede-se à análise das questões relativas ao conhecimento das respondentes quanto às variáveis estudadas.

#### 4.3 ANÁLISE DA VARIÂNCIA DO CONHECIMENTO DAS MÃES

Na análise descritiva antes efetuada, objetivou-se caracterizar as mães adolescentes quanto às variáveis de pesquisa, através do estudo comparativo com o grupo de adultas.

Neste tópico procurar-se-á analisar cada uma dessas variáveis em relação ao conhecimento de saúde que as mães possuem, tendo em vista a possibilidade de haver diferenças estatísticas significativas.

Sendo de consenso, entre os cientistas comportamentais, que qualquer fenômeno tem muitas determinantes causais, e não apenas uma, optou-se pela abordagem multivariada (61), que analisa "muitas variáveis" concomitantes.

Na medição do conhecimento das mães adolescentes e adultas, obteve-se uma variabilidade ou variância de 17,26 pontos entre os dois grupos, sendo a amplitude menor no grupo das jovens.

Desta forma, empregou-se a análise de variância, que permite identificar a influência dos diversos fatores determinantes da variabilidade do conhecimento de saúde apresentado pelas respondentes, bem como as mútuas inter-relações sobre as variáveis independentes.

Essa técnica é amplamente utilizada em trabalhos científicos, sendo útil quando há interesse em estruturar e simplificar os dados de maneira a conservar o máximo de informação inicial.

A seguir, apresenta-se a matriz de correlação das sete variáveis independentes e da variável dependente "conhecimento de saúde".

O Quadro 3 sintetiza os resultados referentes ao teste estatístico do coeficiente de correlação de Pe-



arson (101) envolvendo as questões de pesquisa formuladas no tópico relativo à metodologia.

O Quadro 3 mostra a chamada matriz de correlação, na qual, cada variável especificada está indicada na linha e na coluna. Para se ler esta matriz de correlação, escolhe-se cada uma das variáveis da linha e vai-se até a coluna que indica a segunda variável com que se pretende fazer a correlação. O coeficiente de correlação "r" expressa a magnitude da relação entre as duas variáveis analisadas (bivariada). Portanto, ele expressa, no caso, o quanto a variável "conhecimento" varia com a variação da variável independente que se está analisando. Expressa também o quanto o conhecimento pode ser predito em função da variável independente estudada.

A variação simultânea de dois conjuntos de medidas produz correlações com magnitude variando de "r" (coeficiente de correlação) de - 1,00, uma correlação negativa perfeita, passando por 0,00, "nenhuma correlação" até + 1,00, uma correlação positiva perfeita (61).

Diz-se que uma correlação é positiva quando uma relação entre as duas variáveis em estudo são do tipo que, enquanto uma aumenta, a outra igualmente aumenta, ou se uma diminui, a outra igualmente diminui.

Na análise do coeficiente de correlação da va-

riável conhecimento em relação às variáveis do estudo analisadas no Quadro 3, segue-se a ordem de formulação das questões de pesquisa.

#### 4.3.1 Questão 2 - Qual é a relação entre a idade e o conhecimento das mães?

Na medição do conhecimento das mães em relação à idade destas, obteve-se um coeficiente de correlação, conforme se constata no Quadro 3, de  $r = + 0,50$ , sendo este estatisticamente significativo a nível de ( $p < 0,01$ ) quanto ao conhecimento de saúde dela própria e de seu RN, sendo a correlação do tipo positivo, isto é, quanto menor a idade, menor o conhecimento.

Desta forma, constata-se que existe correlação entre a idade e o conhecimento das mães. Elevando o valor de  $r$  ao quadrado, tem-se a variância explicada que estas duas variáveis têm compartilhadas. Assim sendo,  $r = (0,50)^2 = 0,25$ , que significa que a variância do conhecimento é devida à idade em 25%. Outros 75% não são explicados pela idade em si, mas por fatores provavelmente correlacionados com a idade.

QUADRO 3 - SUMÁRIO DA SIGNIFICÂNCIA DOS CRUZAMENTOS  
DO CONHECIMENTO COM AS VARIÁVEIS DE ESTUDO

VARIÁVEIS DE ESTUDO	CONHECIMENTO	IDADE	ESCOLARIDADE	NÍVEL SOCIOECONÔMICO	PARIDADE	EXPERIÊNCIA COM RN	PRÉ-NATAL	ORIENTAÇÕES RECEBIDAS
Conhecimento	1,00	** 0,502	** 0,591	** 0,725	0,156	+ 0,197	** 0,528	** 0,199
Idade	** 0,502	1,000	** 0,318	** 0,446	** 0,277	0,004	** 0,448	-0,065
Escolaridade	** 0,591	** 0,318	1,000	** 0,683	** -0,253	+ -0,177	** 0,499	+ 0,178
Nível socioeconôm.	** 0,725	** 0,446	** 0,685	1,000	-0,115	* 0,244	** 0,548	** 0,554
Paridade	0,156	** 0,277	** -0,253	-0,115	1,00	** 0,578	-0,154	-0,103
Experiência com RN	+ 0,197	0,004	+ -0,177	* 0,244	0,578	1,000	-0,104	0,121
Pré-natal	** 0,528	** 0,448	** 0,499	** 0,548	-0,159	-0,104	1,000	0,033
Orientações receb.	** 0,199	-0,065	+ 0,178	** 0,554	-0,103	0,121	0,033	1,000
M É D I A	55,89	24,47	1,70	1,46	0,83	0,64	0,61	0,40
VARIÂNCIA	168,77	17,26	0,97	1,51	0,81	0,23	0,24	0,24

- \*\* Estatisticamente significativa em nível inferior a 0,01 (1 %).
- \* Estatisticamente significativa em nível inferior a 0,05 (5 %).
- Estatisticamente significativa em nível inferior a 0,10 (10 %).

#### 4.3.2 Questão 3 - Qual é a relação entre a escolaridade e os conhecimentos de saúde das mães?

No que diz respeito ao conhecimento e a escolaridade, observa-se coeficiente de correlação estatisticamente significativo nos grupos de mães adolescentes e adultas a nível de ( $p < 0,01$ ), sendo o coeficiente de correlação positivo, 0,59. Quanto menor a escolaridade, menor foi o conhecimento destas mães. Como já se viu anteriormente, na Tabela 2, as adolescentes possuem grau de escolaridade menor do que as mães adultas e, conseqüentemente, seus conhecimentos de saúde foram menores.

#### 4.3.3 Questão 4 - Qual é a relação entre a posição socioeconômica e o conhecimento das mães?

Na análise dos resultados sobre o conhecimento de saúde e sua relação com a posição socioeconômica, constatou-se um coeficiente de correlação estatisticamente significativo ( $p < 0,01$ ), sendo a correlação positiva, de 0,72. Quanto menor o nível socioeconômico, menor foi o conhecimento de saúde destas mães. Pela Tabela 3, anteriormente apresentada, verifica-se que as mães adolescentes possuíam um nível socioeconômico, em 90,9%, de baixa



qualificação, o que determinou, desta forma, seu baixo conhecimento em relação às mães adultas.

#### 4.3.4 Questão 5 - Qual é a relação entre a paridade e o conhecimento de saúde das mães?

Especificamente relacionada a paridade ao conhecimento das mães, embora havendo uma correlação positiva (0,15), esta não foi significativa. Entretanto, chama-se a atenção para o fato de que estes dados estão sendo analisados, neste momento, conjuntamente, não se levando em consideração a variável isoladamente. Provavelmente a paridade não teve uma correlação significativa por estar sendo mesclada com outra variável de maior magnitude.

#### 4.3.5 Questão 6 - Qual é a relação entre a experiência anterior no cuidado com o RN e o conhecimento de saúde das mães?

O Quadro 3 evidencia que houve correlação positiva (0,19) significativa a nível de ( $p < 0,10$ ) quanto à experiência anterior com o cuidado do RN e o conhecimento de saúde destas mães, embora a magnitude da mesma seja muito pequena. Este fato pode talvez ser explicado pela

experiência anterior ter uma correlação positiva significativa ( $p < 0,05$ ) com o nível socioeconômico (+ 0,24) e este estar influenciando a melhoria do conhecimento.

#### 4.3.6 Questão 7 - Qual é a relação entre a assistência pré-natal e o conhecimento de saúde das mães?

O pré-natal apresentou um coeficiente de correlação positivo (0,52) a nível de ( $p < 0,01$ ). Quanto maior a frequência ao pré-natal, maior foi o nível de conhecimento de saúde destas mães. Como se observa na Tabela 6, a maioria das mães adolescentes não teve o mínimo de consultas pré-natais preconizado pela Organização Mundial da Saúde (119). Enfatize-se ainda, quanto ao pré-natal, que esta variável está correlacionada positivamente, conforme Quadro 3, a "escolaridade", "nível socioeconômico" e "idade"; portanto, quanto menores forem os níveis destas variáveis, menores serão os níveis de conhecimento das mães.

#### 4.3.7 Questão 8 - Qual é a relação entre as orientações recebidas na gestação e o conhecimento de saúde destas mães?

Houve uma correlação positiva (0,19) significa-

tiva a nível de ( $p < 0,01$ ). Quanto menos orientações as mães receberam na gestação, menor foi seu conhecimento em relação aos aspectos de saúde.

Esta variável apresenta uma correlação positiva significativa com o nível socioeconômico (0,55). Portanto, as mães que receberam maior número de orientações na gestação foram aquelas de nível socioeconômico mais elevado.

A partir dos resultados obtidos dos coeficientes de correlação apresentados na matriz de correlação (Quadro 3), podem-se identificar as variáveis independentes que estão influenciando significativamente na variável "conhecimento". Na correlação bivariada, o índice que expressa a magnitude da relação é "r" de Pearson. Entretanto, como se pode observar, mais de uma variável independente está correlacionada com outra variável independente. Desta forma, a idade, por exemplo, está influenciando significativamente no conhecimento, mas isto pode ser devido a sua relação com a escolaridade. A seguir, procede-se à Análise de Correlação Múltipla, onde as variáveis independentes são controladas.

#### 4.4 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO MÚLTIPLA

A análise do coeficiente de correlação múltipla "R" expressa a magnitude da relação entre a variável dependente (conhecimento) e todas as variáveis independentes, controladas sem a influência uma das outras.

O coeficiente de correlação múltipla entre o conhecimento de saúde das mães e todas as variáveis independentes controladas, neste estudo, foi  $R = 0,82$ , significativo para ( $p < 0,01$ ).

Como se registrou no tópico anterior, ao elevar-se o coeficiente de correlação ao quadrado ( $r^2$ ), pode-se interpretar a variância compartilhada. O mesmo ocorre com  $R^2$ , que expressa a quantidade de variância da variável conhecimento, explicada pela combinação de regressão de todas as variáveis independentes estudadas. Portanto, neste estudo o coeficiente de correlação  $R^2 = (0,82)^2 = 0,67$ , ou seja 67% da variância dos escores de conhecimento é explicada pelas 7 variáveis.

Entretanto, é importante saber-se a magnitude de cada uma destas variáveis, para se poder medir o "efeito" individual ou poder explicativo de cada variável independente sobre a variável dependente.



Desta forma, foram calculados os valores (beta) dessas variáveis, como se pode verificar na Tabela 15.

A partir da identificação das variáveis relevantes significativamente, na discriminação de conhecimento, é possível relacioná-las hierarquicamente em ordem de importância.

Desta maneira, a Tabela 10 evidencia, em 1º lugar de magnitude, o nível socioeconômico como a variável que exerceu a influência significativa maior sobre "conhecimento" no grupo das mães adolescentes e adultas.

TABELA 10 - COEFICIENTE BETA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

VARIÁVEL INDEPENDENTE	COEFICIENTE B	HIERARQUIA
Idade.....	+ 0,108	6º
Escolaridade.....	+ 0,205*	3º
Nível socioeconômico.....	+ 0,462**	1º
Paridade.....	+ 0,216*	2º
Experiência anterior com RN.....	+ 0,096	7º
Pré-natal.....	+ 0,162*	4º
Orientações recebidas na gestação....	+ 0,149*	5º

\*\* Estatisticamente significativo, em nível inferior a 0,01 (1%)

\* Estatisticamente significativo, em nível inferior a 0,05 (5%)

As demais variáveis que influenciaram o conhecimento das mães foram: paridade (2º); escolaridade (3º); assistência pré-natal (4º); orientações recebidas na gestação (5º); sendo que as duas últimas, idade (6º) e experiência anterior no cuidado de RN (7º), não foram significativas.

Portanto, o fator idade, por si só, não foi fator determinante significativo nesta pesquisa sobre conhecimento de saúde das mães.

#### 4.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA

Foi possível realizar a análise de regressão múltipla devido às variáveis independentes do estudo estarem substancialmente correlacionadas com a variável dependente (conhecimento),  $R = 0,823$ , salientando-se que o valor máximo de  $R$  é 1. Desta forma, pode ser utilizada a equação de regressão, obtida através da análise do valor  $B$ , para calcular o valor preditivo no teste do conhecimento de futuras mães adolescentes. Salienta-se, no entanto, que a equação de regressão é, com segurança, válida para esta população, sugerindo-se que, para outra população, seja testada nas adolescentes, a fim de comprovar seu sucesso. Digamos que se deseje avaliar o grau de

conhecimento de um grupo de mães adolescentes quanto aos cuidados de saúde no puerpério antes até mesmo do nascimento de seus filhos. Poder-se-á fazer a classificação das variáveis independentes e, usando a equação e regressão obtidas, calcular um valor preditório de conhecimento para cada uma delas. Estes valores podem então ser usados para indicar provável "conhecimento" ou "falta de conhecimento" para os cuidados de saúde.

A equação de regressão calculada com os dados da Tabela 10 é:

$$X_1 = 0,337 X_2 + 2,270 X_3 + 4,883 X_4 + 3,122 X_5 + 2,581 X_6 + 4,315 X_7 + 3,949 X_8 + 27,439 =$$

O desvio-padrão da estimativa é:  $S_{X_1} (X_2, X_3, \dots, X_8) = 7,74$  pontos.

Nota-se que cada X tem um peso diferente, o que se deve ao grau de importância da variável.

Naturalmente o procedimento é falível, como todos o são. As predições são probabilísticas: diz-se, apenas, com base nas variáveis independentes, se uma mãe adolescente tem conhecimento ou não. Exemplo:

Suponha-se uma gestante adolescente, no pré-na-

tal, e quer se fazer uma predição de seu conhecimento sobre os cuidados de saúde no puerpério. Identificam-se as variáveis independentes, que são classificadas conforme "descrição das variáveis independentes" na metodologia, e, usando a equação de regressão obtida na análise anterior calcula-se a nota preditória.

Esta adolescente foi a de nº 001 no presente estudo, e suas classificações foram: Idade (X 2) = 18 anos, escolaridade (X 3) = 1, nível socioeconômico (X 4) = 1, paridade (X 5) = 0, experiência anterior (X 6) = 0, pré-natal (X 7) = 0 e orientações recebidas (X 8) = 0.

Cálculo da equação de regressão:

$$\begin{aligned} X1 &= 0,337 X2 + 2,270 X3 + 4,883 X4 + 3,122 \\ &X5 + 2,581 X6 + 4,315 X7 + 3,949 X8 + \\ &27,439 = X1 = 6,006 + 2,270 + 4,883 + 0 + 0 + 0 \\ &+ 27,439 = X1 = 40 \text{ pontos.} \end{aligned}$$

No caso, a nota preditória foi de 40 pontos e a nota no teste de conhecimento havia sido 37 pontos para esta mesma adolescente. Os 3 pontos de diferença estão dentro da previsão do desvio-padrão.

A nota preditória desta paciente está bastante aquém do total dos pontos possíveis de serem obtidos (78 pontos), portanto ela não possui conhecimento adequado



para o cuidado de saúde no puerpério, sendo indicada para um programa especial de atendimento.

A própria equação revela pistas para a relativa importância, em sua suposta influência no conhecimento, ou seja, as variáveis que têm maior relação com o conhecimento possuem peso maior na equação. Estas variáveis, então, influem de maneira significativa para a predição do conhecimento. Portanto, nas programações de saúde, até que ponto é válido um programa que leva em consideração somente a orientação a estas adolescentes mães e esquece as demais variáveis relacionadas?

A equação de regressão propõe um modelo preditivo do conhecimento de mães adultas e adolescentes, que, teoricamente, explicaria o nível de conhecimento com base nas variáveis identificadas.

Os resultados obtidos permitem, então, fazer a triagem das mães para os diversos tipos de programas que a elas se destinam.

## 5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Este capítulo tem por objetivo apresentar as principais conclusões e implicações do estudo, tomando por base os resultados das análises dos cruzamentos de variáveis e dos testes utilizados para responder às questões de pesquisa.

O relatório da pesquisa, mediante a fundamentação teórica e as tabelas resultantes dos dados coletados, permite uma visão detalhada do assunto.

A seguir apresentam-se as principais conclusões e implicações decorrentes do estudo, para fins de desenvolvimento de adequados programas de atendimento das adolescentes frente à maternidade.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DAS PUÉRPERAS ADOLESCENTES

O reconhecimento da tendência do aumento de

percentagem de mães jovens, em comparação com outros grupos etários, e, conseqüentemente, da nova dimensão no atendimento de saúde desta população materno-infantil, motivaram a autora a orientar este trabalho no sentido de levantar algumas características destas jovens.

De forma conclusiva, com base nas informações obtidas nos resultados da comparação entre os grupos adolescentes e adultos, o perfil das mães adolescentes contém as seguintes características preponderantes:

- a) são oriundas de hospital ensino (72,2%);
- b) tem nível de escolaridade de 1º grau (68,2%);
- c) pertencem ao nível socioeconômico baixo, na sua quase totalidade, sendo não qualificado (59,9%) e de nível inferior (31,8%);
- d) estão na primeira paridade (72,7%);
- e) possuem experiência anterior no cuidado de recém-nascido (63,3%);
- f) apresentam número de consultas pré-natais inferior a 5 consultas;
- g) procuram tardiamente (61,1%) a primeira consulta pré-natal;
- h) não receberam orientações (54,5%) quanto aos cuidados de saúde no puerpério;
- i) revelam média de escores menor em todos os conjuntos de conhecimentos.

Em vista da constatação de que 72,2% das mães adolescentes pesquisadas são oriundas de hospital ensino, pode-se concluir que realmente esta problemática é considerada agrada, pois esta instituição atende principalmente pessoas sem recursos financeiros próprios e sem vínculo com a previdência social.

No que se refere à escolaridade das respondentes adolescentes, verificou-se que 68,8% situaram-se no 1º grau, além de 9,1% serem analfabetas. Desta forma, os programas de atendimento a estas jovens devem levar em conta a baixa escolaridade, provendo recursos e estimulação para o adequado aprendizado das informações e dos conhecimentos necessários aos cuidados de saúde dela própria e de seu bebê. A simples transmissão de informação não garante o entendimento, por parte da jovem, em que, à baixa escolaridade, como se constatou pela literatura, soma-se um desenvolvimento cognitivo ainda em formação, com características de não entendimento das consequências futuras da maternidade precoce.

A classificação das mães adolescentes por nível socioeconômico demonstra que sua quase totalidade (90,9%) pertence ao nível socioeconômico baixo, representado por não qualificadas (59,1%) e de nível inferior (31,8%). Este fato é agravado na medida que, além da maternidade precoce, terão restrições de futuras oportunidades de me-



lhoraria de condição socioeconômica devido à interrupção da educação e da carreira. Como se viu, se já apresentam baixa escolaridade ao terem o filho, o compromisso do cuidado da criança constituirá, em muitos casos, um óbice para o regresso à escola. Com o objetivo de melhorar tal situação, os programas devem contar com suporte educacional especial, visando a estas adolescentes, o que poderia ocorrer mediante convênios com as instituições educacionais. O contato com a escola que a adolescente frequenta também se insere entre os objetivos para promover um atendimento globalizante, voltado tanto à saúde quanto à educação.

Igualmente importante é a colaboração da família, para que estas garotas tenham com quem deixar o filho e poder frequentar a escola.

Outro aspecto observado refere-se à paridade verificando-se que 72,7% das mães adolescentes estão no seu primeiro filho. Entretanto, é bem mais significativo o percentual destas jovens que já possuem mais de um filho (27,3%).

Há uma necessidade muito nítida de novas atitudes frente ao atual comportamento sexual e ao conseqüente aumento na incidência de gestação e paridade entre os jovens.

Deve dar-se ênfase, a nível primário, a providências preventivas relativamente a esta situação e, quando já houve a falha, a prevenção de gravidezes repetidas deve-se constituir num objetivo de primeira ordem. É fundamental a educação orientada para esta clientela, levando-se em consideração principalmente os aspectos do desenvolvimento físico e cognitivo da adolescente.

A experiência no cuidado anterior com crianças foi vivenciada pela maioria das mães adolescentes. Conseqüentemente, este fato deve ser levado em consideração, em programas educativos, para aproveitamento desta experiência vivida pelas mães adolescentes, tentando identificar as dificuldades que nela encontraram.

Quanto ao pré-natal, no grupo das adolescentes, o não comparecimento (18,2%) é praticamente o dobro, face ao encontrado no grupo das adultas (9,2%). Dentre as que freqüentaram, a maioria não atingiu o mínimo de 6 consultas durante a gestação, provavelmente devido ao início tardio com que compareceram à primeira consulta pré-natal na gestação (61,1%).

Do mesmo modo, a constatação de que 54,5% dessas mães não obtiveram orientação sobre o puerpério demonstra que o pré-natal, para as adolescentes, pode ser considerado pouco ligado a aspectos preventivos e educa-

cionais, apesar de já difundida a importância desta prática para as gestantes em geral.

Quanto às adolescentes, a necessidade educativa torna-se maior devido ao desconhecimento do próprio corpo, devido à fase de desenvolvimento e de adaptação em que se encontra, e pelo tipo de raciocínio cognitivo voltado muito mais para o egocentrismo, e desta forma, com pouca capacidade de atenderem seu próprio recém-nascido.

O conhecimento das mães adolescentes quanto aos aspectos de saúde no puerpério demonstrou, através da média dos escores alcançados, ser menor no grupo destas mães do que na das adultas. Frente a estes resultados, sugere-se sejam desenvolvidas atividades educacionais, com prioridade para adolescentes grávidas, a fim de se poder, capitalizar conhecimentos de saúde específicos às necessidades decorrentes da maternidade, servindo o período de hospitalização pós-parto para reforçar os conhecimentos já adquiridos.

Igualmente, estes resultados chamam atenção para a exigência de continuidade no acompanhamento, durante o período do pós-parto, após a alta hospitalar, quando deverão ser postas em prática as habilidades e atitudes destas mães frente aos cuidados de saúde no puerpério e quando, possivelmente, surgirão os questionamentos. À medida que a unidade familiar evolui, é possível que se

acumulem os conflitos, pela concomitância das tarefas da adolescência com as da maternidade.

## 5.2 ANÁLISE DA VARIÂNCIA DO CONHECIMENTO DAS MÃES

Considerando-se o efeito conjunto das variáveis estudadas na presente pesquisa, sobre o conhecimento, pode-se concluir, em função da correlação positiva existente, que:

- quanto menor foram a idade, a escolaridade, o nível socioeconômico, a experiência anterior no cuidado de recém-nascido, a frequência de consultas pré-natais e as orientações recebidas na gestação sobre os cuidados no puerpério, menor foi o conhecimento que as mães expressaram sobre os cuidados de saúde de si próprias e de seu filho, no puerpério.

Isto indica que não só uma melhor preparação em termos educativos para as mães adolescentes virá promoverá conhecimentos dos aspectos de saúde, mas que outros fatores condicionantes, preexistentes à gravidez, como escolaridade e nível socioeconômico, estiveram correlacionados ao conhecimento, devendo, portanto, ser considerados conjuntamente.



Na análise do coeficiente de correlação múltipla, de acordo com os resultados obtidos, os fatores que intervêm significativamente no conhecimento das mães são apresentados, a seguir, em ordem de importância:

- 1º) nível socioeconômico;
- 2º) paridade;
- 3º) escolaridade;
- 4º) pré-natal;
- 5º) orientações recebidas na gestação;

A idade e a experiência anterior com recém-nascidos não foram estatisticamente significativas na intervenção do conhecimento.

Tais resultados evidenciam que, muito mais do que o fator da idade precoce na maternidade, o nível socioeconômico constitui fator preponderante no baixo conhecimento de saúde destas mães adolescentes.

Com isso, mais uma vez se reforça a necessidade de atendimento globalizado, educacionais e de saúde para estas mães, pois o problema é muito mais social que educacional, impondo-se a urgência de um atendimento não somente relacionado à saúde, como por outros segmentos da sociedade como um todo.

### 5.3 PROPOSTA DE PROGRAMA EDUCATIVO DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES FRENTE À MATERNIDADE

A partir da fundamentação teórica desenvolvida na parte inicial deste estudo e com o embasamento dos resultados obtidos na pesquisa de campo, considera-se a gravidez na adolescência um problema de saúde pública, com sérias implicações assistenciais, educacionais e psicossociais, tanto para a mãe como para seu bebê. As mães adolescentes estão em evidente desvantagem, em relação aos aspectos acima mencionados, quando comparadas com as mulheres adultas. Estas desvantagens, parecem não ser primariamente relacionadas aos aspectos perinatais em si. A gravidez precoce deve ser vista, antes de mais nada, como um sintoma de desequilíbrio em algum aspecto da vida destas jovens.

A complexidade dos problemas envolvidos na gravidez destas adolescentes é real, fazendo-se necessário um programa de atenção de saúde específico para elas. Embora se entenda que a prevenção primária deveria constituir o ponto de partida destes programas, as falhas infelizmente ocorrem e, em conseqüência, a intervenção envolve a minimização dos riscos e problemas a que estão expostas.

Tomou-se por base, para a elaboração deste pro-

grama, a adaptação das etapas propostas por Morales (74), que se apresentam a seguir:

- 1 - Análise de fundamentos;
- 2 - Determinação de objetivos;
- 3 - Agrupamento ou organização dos objetivos e estruturação do programa;
- 4 - Avaliação.

#### 5.3.1 Análise de fundamentos

Para a elaboração deste programa de saúde para adolescentes frente à maternidade, impôs-se a necessidade de análise de fundamentos, para a avaliação da "situação atual" e da "situação desejável". A diferença entre ambas é que constituirá o que deve ser feito. Para tanto, importam os seguintes aspectos:

- instituição que se pretende desenvolver o programa;
- contexto social e político;
- características da população a ser atendida.

Quanto à instituição em que se pretende desenvolver o programa, em vista da constatação de que 72,2% das mães adolescentes são provenientes de hospital-ensino, estas devem ser as instituição primeiramente instru-

mentalizadas para o atendimento especializado ao caso. Tais instituições, assim, além da prestação de serviço saúde propriamente dito, em relação a estas adolescentes, cumprem a finalidade da formação de profissionais multidisciplinares e servem de campo de pesquisa para encontrar formas de modificar eficazmente esta problemática emergencial da sociedade atual, que tende a se estender, se nada for feito para obstá-la.

No que diz respeito ao contexto socioeconômico e cultural, estas jovens mães sofrem a discriminação social e a despreocupação quanto ao atendimento especializado, aumentando assim as chances de terem um futuro marcado pela instabilidade e pelo fracasso. Este fato reforça, uma vez mais, a urgente necessidade de discussão, em todos os setores da sociedade, para que se tome consciência da necessidade de mudança de atitude frente aos fatos. As implicações desta discriminação repercutem sobre a sociedade como um todo na medida que se depara com o problema do menor carente, desassistido pela mãe adolescente.

Do ponto de vista político, os adolescentes, assim como as crianças, não representam um grupo organizado e articulado capaz de obter os recursos e os programas que se exigem para atendimento de suas necessidades políticas e sociais.



O governo deveria desempenhar papel crítico importante, no sentido de prevenir e amenizar este problema. Entretanto, apesar das tentativas esboçadas de elaboração de programas visando a estas jovens, a ênfase tem recaído muito mais sobre o nível curativo do que sobre o preventivo.

Com relação aos subsídios para programas de atendimento aos adolescentes frente à maternidade, os resultados sugerem a orientação dos mesmos no sentido de dois contextos, que devem ser trabalhados integralmente e envolvem os seguintes aspectos:

- características discriminadas das adolescentes;
- baixo conhecimento destas mães quanto aos cuidados de saúde pós-natal;

Desta forma, são evidentes as necessidades de programas de saúde específico para as adolescentes.

Dadas as evidências da pesquisa e as inferências decorrentes da literatura, algumas implicações importantes podem ser sugeridas em relação à caracterização destas mães, no que se refere à prática assistencial.

Quanto às implicações relativas ao desenvolvi-

mento físico da adolescente grávida, deve ser dada prioridade às exigências de atendimento às deficiências alimentares, freqüentes nestas gestantes e decorrentes dos padrões alimentares influenciados pelos hábitos de vida próprios desta idade ou pela falta de recursos econômicos, como se constatou nos resultados deste estudo, em que 90,9% dos casos são de mães de nível socioeconômico baixo. A ação proposta, frente a esta constatação, seria a de efetuar-se acompanhamento por pessoal da área da nutrição para a avaliação higieno-dietética, bem como um programa de suplementação alimentar.

O desconhecimento do próprio corpo, causado pela dupla transformação, a primeira própria da idade e a segunda da gestação, provoca confusão na imagem corporal que as adolescentes tentam fazer de si.

As médias mais baixas destas mães foram relativas ao conhecimento de saúde relacionado aos cuidados corporais, o que enfatiza a necessidade educativa destes aspectos. A visão e a inspeção do próprio corpo devem ser estimuladas. A utilização do vídeo-cassete pode constituir grande ajuda para estas jovens, pois, por intermédio deste, elas poderão ver seu corpo gravídico ou puerperal sob uma ótica externalizada, como os outros as vêem.

O aspecto atinente ao desenvolvimento cognitivo é pouco valorizado. Entretanto, as dificuldades do racio-

cínio encontram-se associadas a causa e efeito desta problemática. Esta é, possivelmente, a característica mais difícil de lidar, pois faz parte de um processo de desenvolvimento gradual. As adolescentes tanto engravidam por desconhecerem o processo reprodutivo como por necessidade de testarem seu corpo feminino e sua independência. A ação proposta para estas jovens é a de proporcionar subsídios e experimentação, por divisão de experiência, através de grupos de adolescentes, com o objetivo de desenvolver o raciocínio abstrato, levando, por exemplo, a adolescente a analisar as conseqüências de um relacionamento sexual desprovido de anticoncepção, ou de gravidez repetida, e, paralelamente, incentivando nestas jovens o sentido da auto-estima e o senso de responsabilidade em relação a si e a seu bebê.

Desta forma, os programas devem ser compostos não só de pessoas interessadas, que gostam de adolescentes, mas que conheçam o padrão de pensamento cognitivo característico destas jovens. A metodologia da assistência proposta deve ser planejada especificamente para as adolescentes, prevendo-se maior disponibilidade de tempo por consulta individual médica, de enfermagem, de nutrição e assistência social, além de ser proporcionado o atendimento em setor ou dia específicos para elas. Evita-se, assim o constrangimento vivenciado por estas adolescentes quando de sua exposição gravídica frente a gestantes mais velhas.

Quanto às características escolares, 68,2% das adolescentes estão no primeiro grau e, o que é mais sério, 9,1% são analfabetas. Estes fatos implicam uma ação educativa que leve em conta essa baixa escolaridade e que, envolvendo recursos audiovisuais, comunique mais através de figuras, cartazes e filmes do que pela escrita.

O estímulo à continuidade dos estudos é fundamental para uma melhor opção de trabalho e independência econômica, no caso destas adolescentes, bem como a escolarização daquelas que não a possuem. Para que isto ocorra, fazem-se necessários esforços conjuntos de instituições de saúde, educacionais e assistência social. A família deverá ser integrada juntamente no programa em que a adolescente está inserida, com o objetivo de compreender o processo por que ela está passando e poder apoiá-la.

A constatação de que 27,3% das mães adolescentes possuíam já 2 ou 3 filhos, mesmo antes de terem alcançado a idade adulta talvez seja a configuração mais sombria da questão em foco. Não obstante, esse contexto é limitadamente destacado quando da assistência a estas mães, sendo, em consequência, muito pouco trabalhado.

Cabe destacar que o aprendizado de atitudes deve ser planejado e permanentemente perseguido a nível de



programas, sem limitar-se a simples improvisações ocasionais. Por isso, sugere-se que a programação de atendimento de adolescentes seja desenvolvida dando acompanhamento do pré-natal até o período de um ano pós-parto, visando alcançar a mudança de atitude destas jovens para uma maternidade responsável.

Serviços de planejamento familiar deveriam ser oferecidos especialmente para esta clientela jovem, gratuitamente, e incentivados entre aquelas com atividade sexual ativa ou que já são mães, pois constituem o grupo de maior risco de gravidez.

Apesar de a maioria das adolescentes, no caso deste trabalho, possuírem experiência anterior no cuidado com crianças, têm deficiências no conhecimento do cuidado de saúde de seus filhos. Face a isso, cabe sugerir o ensinamento destes cuidados de forma prática, com o próprio filho, mediante supervisão da equipe de saúde, e continuada após a alta hospitalar. Estas adolescentes deveriam participar de grupos de mães, pelo período de um ano, com a finalidade de discutirem e encontrarem soluções vivenciadas na maternidade precoce.

O pré-natal deveria ter caráter eminentemente preventivo para estas adolescentes, entretanto apenas 22,7% delas realizaram um número correto de consultas (+6).

Por outro lado, a análise permitiu constatar um nível elevado de adolescentes que não fez nenhuma consulta pré-natal durante a gestação, o que impõe a investigação das razões desta não-assistência, para evitar-se que o fato continue acontecendo. Uma vez que falhou a prevenção devem as jovens ser incluídas, por ocasião da hospitalização para o parto, na continuidade de programas pós-parto, objetivando minimizar os riscos a que se expuseram.

Compete à equipe de saúde servir-se da oportunidade do pré-natal para orientar e educar as adolescentes para os cuidados de saúde imediatos com o recém-nascido no puerpério, pois parece não ser ele valorizado, dado o fato de 54,5% dentre elas não terem recebido informações sobre este tópico na gestação. A enfermeira, como a mais capacitada para tal função, devido à sua característica de educadora de saúde, deve assumir tal papel em programas para adolescentes.

A constatação de que o nível socioeconômico foi o fator principal na determinação do baixo conhecimento das mães adolescentes implica a necessidade de ações assistenciais e educativas na programação de saúde, principalmente a mães adolescentes de nível socioeconômico baixo.

### 5.3.2 Determinação dos objetivos

Uma vez analisados estes marcos referenciais, já se dispõe de subsídios para a determinação dos objetivos do programa.

Desde a fase inicial deve haver um encorajamento para a participação de vários especialistas, tanto no planejamento como na implantação, mas principalmente no desenvolvimento do programa.

Objetivos gerais:

- diminuir a incidência de gravidez repetida na adolescência;
- preservar a continuidade educacional e de saúde da adolescente;
- alcançar a precocidade no início dos cuidados pré-natais (1º trimestre gestacional);
- aumentar a média de consultas pré-natais na gestação.

Para a divulgação do programa, deve ser enviada correspondência aos diretores de todas as escolas de primeiro grau, lares que dão atendimento a estes jovens, associações comunitárias e principalmente, levando em consideração o gosto dos adolescentes pela televisão, mediante patrocínio governamental, publicidade através des-

tes órgãos de comunicação.

A partir dos objetivos gerais, competirá aos reponsáveis pelas especialidades elaborar os objetivos específicos, sendo apresentados a seguir os da enfermagem:

- 1º) Estabelecer interação com a adolescente e dar continuidade à assistência, pela mesma profissional, desde o pré-natal até o pós-parto, para promover segurança neste período de crise.

Na primeira entrevista, a enfermeira se identificará, dará as informações a respeito do programa e do ambiente, e encaminhará a adolescente para o grupo das gestantes adolescentes.

A enfermeira deverá ser imparcial, paciente e compreensiva, frente à situação da adolescente; dizer-lhe da importância do pré-natal; Relacionar-se com cada futura mãe, além de uma base individual; esforçar-se para tornar o programa aceitável a todas, considerando os desvios dos padrões de pensamento cognitivo da adolescente, que muitas vezes dificultam o processo de compreensão.

- 2º) Oferecer informações abrangentes sobre os serviços de nutrição e serviço social.



Uma reunião com profissionais destes dois serviços, em grupo, e, posteriormente, conforme a necessidade, entrevistas individuais.

A nutricionista dá as noções básicas sobre alimentação adequada, partindo de um levantamento do que cada adolescente ingeriu nas últimas 24 horas. A assistente social informa sobre os recursos disponíveis na comunidade para as adolescentes grávidas.

- 3º) Estimular o autocuidado e a responsabilidade, com a prevenção de saúde, visando à obtenção da boa qualidade de saúde materno-filial.

Já desde a primeira consulta, a adolescente deverá receber uma carteirinha, conforme o modelo proposto por Peoples (82; Anexo 3), que ela mesma irá preenchendo, conforme a avaliação do dia, envolvendo-se, assim, em seu autocuidado.

- 4º) Envolver a família no processo da maternidade, para um melhor apoio e colaboração na divisão de tarefas da gestante.

A participação dos pais e do companheiro são de suma importância. Eles precisam entender o processo pelo qual passa a adolescente. Às vezes, a pessoa mais ligada

à adolescente pode ser uma irmã mais velha ou uma tia.

- 5º) Reforçar a auto-estima e auxiliar no desenvolvimento de habilidades e atitudes responsáveis, tanto para consigo mesma como para com o bebê.

Valorizar os pontos positivos que ela possui é mais importante do que destacar aspectos negativos. A adolescente está em fase de afirmação e precisa sentir-se segura e valorizada.

- 6º) Promover grupos de técnicas psicoprofiláticas ao parto, que oferecem conforto e segurança, por ocasião do parto.

Estas jovens, em muitas ocasiões, precisam receber explicações específicas sobre o quê esperar e por que isto vai ocorrer. O toque, no trabalho de parto, por exemplo, pode ser desagradável, mas se a adolescente estiver informada das razões da avaliação, nessa situação, entenderá e aceitará melhor estas avaliações.

Folhetos ilustrados, com explicações objetivas e simples, para serem entregues às adolescentes, constituiriam instrumento importante no sentido de facilitar o processo de reconhecimento e da maneira de proceder, quando do início do trabalho de parto.

- 7º) Fornecer ensinamentos sobre os cuidados, no pós-parto, e ao RN.

Expor estas jovens ao estresse do dia-a-dia pós-parto, com a participação neste grupo de adolescentes que já são mães, e em conjunto, a partir de vivência delas próprias, sugerir alternativas e recursos para ajuda durante este período.

- 8º) Fornecer informações sobre planejamento familiar.

Aqui também o relato de outras adolescentes com experiência no uso e não-uso da anticoncepção, bem como sobre as conseqüências da gravidez, possibilita uma visão mais realística desta problemática.

As enfermeiras, capacitadas que estão, devem desenvolver programas educacionais dirigidos à vida familiar, incluindo educação sexual, anticoncepção e, principalmente, questões envolvendo a responsabilidade implicada pela maternidade, não somente a nível hospitalar, mas também nas escolas de 1º e 2º graus, centros comunitários, clubes, etc. Campanhas em meios de comunicação de massa deveriam ser utilizadas igualmente para os mesmos fins.

9º) Oferecer suporte frente às dificuldades e conflitos, na responsabilidade e no cuidado, no pós-parto e durante o primeiro ano de vida do RN.

A motivação, neste período, para aprender é maior, uma vez que o bebê já chegou. Lembrar sempre que a adolescente vive muito mais o aqui e agora do que o amanhã. Apresentação de linha antecipatória nas mudanças de papéis que enfrentará pode ser de ajuda.

### 5.3.3 Organização dos objetivos e estruturação do programa

Uma vez testados os objetivos gerais e específicos, tem-se o marco referencial para a estruturação, em si, do programa. Para esta estruturação deve-se providenciar:

- conteúdo a ser desenvolvido;
- recursos disponíveis;
- metodologia;
- tempo de realização.

De acordo com o tipo de necessidade destas adolescentes, do local de aplicação do programa e dos recursos com que se contar, tanto de pessoal quanto financeiri-



ro, bem como com os objetivos que se perseguem, far-se-á a seleção dos métodos e meios de aplicação.

A metodologia, em um programa educativo para jovens mães, é ponto chave para que se alcancem os objetivos propostos, e, integrando-a, as técnicas participativas do grupo, do que resultará que as informações sobre a gestação, parto e período pós-natal sejam tratadas de maneira aberta e cooperativa desfazendo-se as dúvidas.

Ao trabalhar com grupos de adolescentes, Velasco (ficha nº 114) enfatiza a necessidade de serem levadas em consideração as características dos jovens: "rebeldia da autoridade, busca de autonomia e independência, escala própria de valores, formação de grupos, linguagem e vestuário próprios".

Por esta razão, a autora aconselha que se trabalhe com as técnicas afetivo-participativas, que facilitam o envolvimento afetivo-cognitivo, não agridem a autonomia e independência e não estabelecem confronto de autoridade.

A experiência grupal é importante para o aprendizado com as demais gestantes adolescentes pela divisão de experiência e apoio mútuo. Para Billing-Meyer (17), é importante para estas jovens vivenciarem, com outras ga-

rotas na mesma situação delas, as transformações do corpo, as ocorrências emocionais e as dificuldades sociais. O grupo, para as adolescentes, é necessário na medida em que elas precisam sentir que outras adolescentes sentem o que elas sentem.

Nestas reuniões grupais, sugere-se que, além da participação do líder grupal (coordenador), se faz necessária a presença de outro membro da equipe, que fará a avaliação posterior da participação do grupo.

A seguir apresentam-se exemplos de dinâmica utilizada na transmissão de conhecimento.

Exemplo 1:

Técnica: Discussão dirigida

Tema: modificações físicas na gestação.

Objetivo: ao término da atividade, as participantes devem ser capazes de reconhecer as alterações que ocorrem no seu físico durante a gestação.

Tempo: 45 minutos.

Material: cartolina e pincel atômico

Procedimento:

- dividir o grupo em 2 ou 3 subgrupos:
- solicitar aos subgrupos que listem as alterações físicas que ocorrem na gestação - como era, como ficou e qual a razão desta modifi-

cação;

- um representante de cada subgrupo anotará na cartolina as alterações encontradas e apresentará para os demais.

O objetivo desta dinâmica é, além de relaxar o grupo, também cumprir a função de alcançar os objetivos. Através da discussão em subgrupos e posterior apresentação ao grupo, os participantes tomam consciência de que as alterações físicas na gestação ocorrem com todas as grávidas.

Exemplo 2:

Técnica: Dramatização

Tema: reações psicológicas vividas na gestação.

Objetivo: ao término da atividade, os participantes devem ser capazes de listar as reações psicológicas que foram evidenciadas pelos "atores".

Tempo: 90 minutos.

Procedimento:

- seleção das pessoas que desejam participar na dramatização;
- as adolescentes relacionadas "atuam" para o resto do grupo alguma situação previamente escolhida que se refere ao assunto.

Exemplo: uma adolescente grávida aceita pela família e outra com quem isso não tenha ocorri-

do;

- o resto do grupo permanece atento ao que ocorre; após a representação, se elaboram críticas e conclusões ou sugestões.

O objetivo da dramatização se refere à interpretação "teatral" de uma situação ou problema no campo das relações humanas. Esta técnica despersonaliza a situação problemática, permitindo maior liberdade de discussão. O método permite dramatizar as soluções alternativas para um problema e proporciona aos adolescentes oportunidade de vivenciarem a compreensão da situação.

Exemplo 3:

Técnica: Exposição

Tema: saúde reprodutiva, concepção, gravidez, parto (cuidados).

Objetivo: ao término da atividade, os participantes devem ser capazes de explicar o processo da concepção até o parto e os cuidados básicos neste período.

Discutir a responsabilidade que implica na "paternidade".

Tempo: 90 minutos.

Material: diapositivos e filmes.

Conteúdo temático:

- concepção;
- etapas da gravidez e pré-natal;



- higiene da gravidez;
- espaçamento entre filhos e a saúde materno-infantil;
- idades ideais para a procriação.

Procedimento: o professor expõe para o grupo e incentiva a participação dos membros através de solicitação da narração de vivências ocorridas por eles quanto ao conteúdo programático.

Esta técnica é utilizada para narrar experiências e alcançar objetivos relacionados ao aprendizado de conhecimentos teóricos.

#### 5.3.4 AVALIAÇÃO

Todo programa implica uma avaliação, que deve ocorrer em três níveis:

- Avaliação Prévia - viabiliza a percepção sobre o nível de conhecimento do grupo. Exemplo: se no grupo das adolescentes com que se vai trabalhar há gestantes que já tiveram filhos ou se é composto por primigestas; em cada caso, o enfoque e a profundidade serão diferentes;
- Avaliação Intermediária - pode ser feita

oralmente, no caso das adolescentes, e permite modificar ou repetir a informação, para que se alcancem os objetivos;

- Avaliação Final - possibilita saber se foram alcançados os objetivos propostos, quantificar os resultados e estabelecer a retroalimentação do programa. Exemplo: se um objetivo não foi alcançado, deve-se tentar identificar a razão, verificar se o conteúdo programático, a técnica ou o tempo permitiram a obtenção do objetivo; caso contrário, muda-se e passa-se, após a aplicação, por outra avaliação.

#### 5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A maternidade na adolescência se constitui num problema complexo, que apresenta a possibilidade de inúmeras abordagens. No presente estudo devido à curta permanência no hospital, por ocasião do período do pós-parto, fez-se somente a avaliação do conhecimento das mães quanto aos aspectos dos cuidados de saúde no puerpério. Saliencia-se que as respostas poderiam ser diferentes se elas já tivessem se deparado com a necessidade de demonstrar suas habilidades e atitudes quanto a estes cuidados.

Além disso, a abordagem teórica que embasa a pesquisa é calcada na literatura norte-americana, devido ao estágio inicial de diagnóstico da problemática da gravidez na adolescência em estudos brasileiros, o que pode implicar distorções, pela desconsideração de aspectos culturais genuinamente brasileiros.

Em termos metodológicos, a principal limitação diz respeito à generalização dos resultados da pesquisa, devido às condições da amostragem utilizada, que, mesmo considerando a estratificação dos níveis socioeconômicos, não foi representativa de todas as classes sociais, devido à natureza probabilística da amostra. Impõem-se pesquisas adicionais com adoção de um plano amostral mais abrangente, a fim de que os resultados possam levar a inferências válidas para o universo.

No decurso da pesquisa, percebe-se que muitos aspectos mereceriam estudos mais profundos e utilização de amostras diferentes daquelas empregadas no presente caso, o que permite sugerir estudos complementares.

## 5.5 DIRECIONAMENTO PARA OUTRAS PESQUISAS

A abordagem do problema e as análises efetuadas não se acham, de forma alguma, esgotadas. Antes, expressam a complexidade do assunto e revelam limitações do presente estudo, requerendo a realização de outras pes-

quisas, orientadas no sentido de se enriquecerem os subsídios imprescindíveis à implementação de programas especiais para adolescentes grávidas e mães.

Uma abordagem do tema, colhendo a percepção das mães quanto aos aspectos de habilidades e atitudes, quanto aos cuidados de saúde no puerpério, certamente aumentaria a consistência das conclusões.

A realização de pesquisas similares, com outras amostras e em outras realidades, replicando o mesmo instrumento e comparando os resultados com a equação de regressão proposta, propiciaria a possibilidade de maior e mais segura generalização das conclusões.

Espera-se, todavia, que o trabalho, apesar de suas restrições, sirva de estímulo para o desenvolvimento de novos estudos, que venham solidificar o alcance das conclusões, e que os resultados obtidos possam contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento às mães adolescentes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABRAMS, B. Helping pregnant teenages eat right. *Nursing*, New Jersey, 11(3):46-7, Mar. 1981.
- 2 ADRIASOLA, G. et alii. Influencia del control prenatal sobre la mortalidad materna y perinatal. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, 83(5):413-24, nov. 1977.
- 3 AGOSTINI, S. M. M. et alii. Anticoncepção na adolescência. Trabalho apresentado no XXXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador, nov. 1987.
- 4 AHUED, J. R. et alii. Atencion obstetrica en la adolescencia. *Ginecologia y Obstetricia, Mexicana*, Mexico, 43(255):3-6, Enero 1978.
- 5 APPLEBAUM, R. M. Técnicas modernas para o êxito da amamentação. Rio de Janeiro, Liga do Leite Materno no Brasil, s.d.
- 6 AQUINO, C. P. Administração de Recursos Humanos. São Paulo, Atlas, 1980. p. 73.
- 7 ARRUDA, J. M. et alii. Anticoncepção no adolescente brasileiro. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Adolescente, Rio de Janeiro, jun. 1987.
- 8 BABIKIAN, H. & GOLDMAN, A. Study in teenage pregnancy. *American Journal of Psychiatric*, Washington, 128(6):111-6, Dec. 1971.
- 9 BALDWIN, W. & CAIN, V. S. The children of teenage parents. *Family Planning Perspectives*, New York, 12(1):34-43, Jan./Feb. 1980.
- 10 BARBOSA, N. B. Cuidados psicológicos com o recém nascido. In:\_\_\_\_\_. *Do pediatra às mães*. São Paulo, Liv. Santos, 1979. Cap. 5, p. 55-62.
- 11 BARTEL, C. H. Old enough to get pregnant...too young

- to have *babis Nursing*, London, 43(255):44-5, Mar. 1981.
- 12 BATISTA, N. A. et alii. Gravidez em mãe de 13 a 18 anos: estudo prospectivo materno e neonatal. *Revista IATROS*, São Paulo, 11(1):5-11, 1º sem. 1983.
  - 13 BENSON, R. C. Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino. In:\_\_\_\_\_. *Manual de obstetrícia e ginecologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970. Cap. 1, p. 1-40.
  - 14 \_\_\_\_\_. O puerpério. In:\_\_\_\_\_. *Manual de obstetrícia e ginecologia*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1970. Cap. 8, p. 226-44.
  - 15 BETHEA, D. C. Assistência de enfermagem del recién nacido. In:\_\_\_\_\_. *Enfermería materno-infantil*. 2.ed. Mexico, Interamericana, 1977. Cap. 18, p. 194-206.
  - 16 \_\_\_\_\_. Cuidados de enfermagem durante el puerperio. In:\_\_\_\_\_. *Enfermería materno-infantil*. Mexico, Interamericana, 1977. Cap. 14, p. 150-71.
  - 17 BILLUNG-MEYER, J. The single mother: can we help? *The Canadian Nurse*, Winni Pegg, 26:26-8, Nov. 1979.
  - 18 BLAKE, G. et alii. Crecimiento, desarrollo y asistencia durante pubertad y adolescencia (13 a 14 años). In:\_\_\_\_\_. *Enfermería pediátrica de Jeans*. 8.ed. Mexico, Interamericana, 1971. Parte 6, p.596-21.
  - 19 BOLTON, F. G. et alii. Child neotreatment risk among adolescent mothers: a study of reported cases. *American Journal of Orthopsychiatric*, Boston, 50(3):489-503, Jul. 1980.
  - 20 BOOKMILLER, M. M. et alii. Assistencia durante el purperio. In:\_\_\_\_\_. *Enfermería obstetrica*. 5.ed. Mexico, Interamericana, 1968. Cap. 17, p. 251-78.1
  - 21 BURST, H. V. Adolescent pregnancies and problems. *Journal of Nurse Midwifery*, Washington, 24(2):19-24, Mar./Apr. 1979.
  - 22 CABRAL, A. C. V. et alii. Gravidez e adolescência. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, São Paulo, 95(6): 251-3, jun. 1985.
  - 23 CARBALLO, M. Em busca de identidade. *Saúde do Mundo*, Genebra:26-9, dez. 1976.
  - 24 CARD, J. & WISE, L. Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early child bearing on the pa-

- rent's personal and professional lives. *Family Planning Perspectives*, New York, 10(4):199-205, Jul./Aug. 1978.
- 25 CASTRO, A. C. Adolescência: fenômeno psicossociocultural. In: VELASCO, A. M. de et alii. *Salud, sexualidad y adolescencia*. Mexico, Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. Cap. 1, p. 59-66.
- 26 COSTA, C. F. F. Primiparidade precoce na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira*, São Paulo, 5(1):115-45, 1982.
- 27 CHIPKEVITCH, E. O adolescente e o corpo. *Pediatria Moderna*, Rio de Janeiro, 22(6):231-7, jul./ago. 1987.
- 28 CIULA, L. Adolescência, etapa conflituosa. In: \_\_\_\_\_. *Saúde mental nas etapas da vida*. Porto Alegre, Ed. Movimento, 1976. Cap. 8, p. 119-37.
- 29 CLARK, J. Lip-service only. *Nursing Mirror*, Sussex, 140(3):39-40, 16 Jan. 1975.
- 30 COLLI, A. S. Variabilidade do desenvolvimento pubertário. *Comunicação*. São Paulo, 6(1):8-9, 1985.
- 31 CONGER, J. O corpo em crescimento. In: \_\_\_\_\_. *Adolescência - geração sob pressão*. São Paulo, Ed. Harper & Row do Brasil, 1980. Cap. 2, p. 17-20.
- 32 COSTA, P. L. Clínica obstétrica: conselho às mães. In: MANUAL do residente do Hospital Ernesto Dornelles. 2.ed. Porto Alegre, Hospital Ernesto Dornelles, 1969. p. 57-60.
- 33 CRONBACH, I. J. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. In: MEHRENS, W. A. & EGEL, R. L. *Principles of educational and pshychological measurent*. Chicago, Ed. Rand Mc Nally & Company, 1967. p. 132- 66.
- 34 CRONIN, T. J. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet*, London, 2:422, 1968.
- 35 DARZÉ, E. A gravidez e o parto na adolescência. In: TOURINHO, Carlos Ruy et alii. *Ginecologia da infância e adolescência*. 2.ed. Rio de Janeiro, Fundo Ed. Byk-Prociencx, 1982. Cap. 24, p. 195-206.
- 36 \_\_\_\_\_. *O parto na adolescência*. Salvador, Faculdade de Medicina, s.d. 121p. Tese.



- 37 DICKENS, H. et alii. 100 pregnant adolescents: treatment approaches in a university hospital. *American Journal of Public Health*, Washington, 63:794-800, 1973.
- 38 EARLS, F. & SIEGEL, B. Precocious fathers. *American Journal of Orthopsychiatric*, Boston, 50(3):469-79, Jul. 1980.
- 39 EGELALD, B. et alii. A prospective study of antecedents of child abuse. *Caring*, Washington, 5(4):1-4, 1979.
- 40 EIDT, C. R. Influência de ações das mães no estado nutricional de crianças de 0 a 12 meses. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1976. 65p. Tese.
- 41 ELKIND, D. Como a mente se desenvolve: dois caminhos de desenvolvimento mental. In:\_\_\_\_\_. *Crianças e adolescentes; ensaios interpretativos sobre Jean Piaget*. 2.ed.rev.aum. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. Cap. 5, p. 68-82.
- 42 \_\_\_\_\_. Estrutura cognitiva e experiência em crianças e adolescentes. In:\_\_\_\_\_. *Crianças e adolescentes: ensaios interpretativos sobre Jean Piaget*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. Cap. 7, p. 104-11.
- 43 \_\_\_\_\_. O egocentrismo nas crianças e adolescentes. In:\_\_\_\_\_. *Crianças e adolescentes: ensaios interpretativos sobre Jean Piaget*. 2.ed.rev.aum. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. Cap. 6, p. 83-103.
- 44 FERNANDES, E. Da C. Análise de fatores de desempenho do profissional de recursos humanos: contribuição do processo de capacitação gerencial. São Paulo, USP/Faculdade de Economia e Administração, 1985. Tese de Doutorado.
- 45 FIELDING, J. Adolescent pregnancy revised. *New England Journal of Medicine*. London, 299(16):893-6, 1978.
- 46 FUERST, E. V. et alii. Promover a higiene pessoal. In:\_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5.ed. Mexico, Interamericana, 1974. Cap. 21, p. 231-54.
- 47 GAUDERER, E. Pronunciamento sobre gravidez na adolescência: divulgação. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 50(5):205-8, maio 1981.
- 48 GRINDER, R. Estudios sobre el desarrollo del adolescente. In:\_\_\_\_\_. *Adolescencia*. Mexico, Ed. Linnsa, 1976. Cap. 1, p. 15- 62.



- 49 GUIDI, M. L. M. & DUARTE, S. G. Um esquema de caracterização sócio-econômica. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Rio de Janeiro, 52(115):65-82, jul./set. 1969.
- 50 HAMACHEK, Don E. O autoconceito como relacionado ao crescimento físico, à aparência e aos resultados evolutivos. In:\_\_\_\_\_. *Encontros com o self*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. Cap. 4, p. 106-35.
- 51 HERTZ, D. G. Psychosocial implications of adolescents pregnancy: patterns of family interaction in adolescents mothers to be. *Psychosomatics*, New York, 18(1):13-6, Jan./Mar. 1977.
- 52 HOLLINGSWORTH, D. R. Labor and Delivery of the Pregnant Adolescent. In: KREUTNER, A. K. K. & HOLLINGSWORTH, D. R. *Adolescent Obstetrics and Gynecology*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1980. Cap. 11, p. 223-47.
- 53 \_\_\_\_\_. Prenatal care of the adolescent. In: KREUTNER, A. K. K. & HOLLINGSWORTH, D. R. *Adolescent Obstetrics and Gynecology*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1980. Cap. 6, p. 121-37.
- 54 HUFFMAN, J. W. et alii. Adolescence: the menarche and menstruation. In:\_\_\_\_\_. *The gynecology of childhood and adolescence*. 2th.ed. Philadelphia, Saunders, 1981. cap. 15, p. 386-407.
- 55 HUNTER, C. A. Puerpério. In: MÓDULO de auto-instrução. Porto Alegre, PUC, s.d. 26p. Polígrafo.
- 56 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. IX Recenseamento Geral - 1980.
- 57 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - Rio Grande do Sul.
- 58 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - IBE - Sinopse Preliminar do Censo de 1980. Rio de Janeiro apud: MOREIRA, I. A. G. *O espaço geográfico - geografia geral e do Brasil*. 20.ed. São Paulo, Ática, 1983. 288p.
- 59 IFFRIG, M. C. Nursing care and success in breast feeding. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, 3(2):345-54, Jun. 1968.
- 60 KEEVE, J. P. & SCHLESINGER, E. Fertility experience of juvenil girls: a community wide ten years study.

- American Journal of Public Health,, Washington, 59: 2185-97, 1969.
- 61 KERLINGER, F. N. A abordagem multivariada: regressão múltipla e partição da variância. In:\_\_\_\_\_. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo, EPU/EDUSP, 1980. Cap. 11, p. 179-201.
  - 62 KINARD, E. M. & KLERMAN, L. V. Teenage parenting and child abuse. Are they related? *American Journal of Orthopsychiatry*, Boston, 50(3):481-8, Jul. 1980.
  - 63 LA LEACHE LEAGUE INTERNATIONAL. Lo mejor para tu bebe - lo mejor para ti. In:\_\_\_\_\_. **El arte femenina de amamantar**. Illinois, 1975. Cap. 1, p. 1-10.
  - 64 LAURENTI, R. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da investigação interamericana de mortalidade na infância na área de projeto de São Paulo, Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, 79(1):1-14, jul. 1975.
  - 65 MALDONADO, M. T. P. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In:\_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis, Vozes, 1976. Cap. 1, p. 11-65.
  - 66 MALDONADO, M. T. P. et alii. **Nós estamos grávidos**. Rio de Janeiro, Bloch, 1970. 94p.
  - 67 MARTINS, A. D. et alii. Idade da menarca em nosso meio. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, 90(2):77-80, 1980.
  - 68 MATHIAS, L. et alii. Gravidez na adolescência. I. Primigestas de 9 a 15 anos. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, 95(3):89-91, mar. 1985.
  - 69 MATTOS, E. Fenomenologia atual da adolescência. In:\_\_\_\_\_. **Infância e adolescência: uma abordagem médico-social**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980. Cap. 11, p. 233-52.
  - 70 \_\_\_\_\_. O adolescente. In:\_\_\_\_\_. **Infância e adolescência: uma abordagem médico-social**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980. Cap. 10, p. 215-32.
  - 71 McANARNEY, E. R. Adolescent pregnancy: a national priority. *American Journal of Diseases of Children*, Chicago, 132(2):125-6, Feb. 1978.
  - 72 MENDES, S. M. e A. et alii. Gravidez na adolescência: atuação da enfermeira. **Revista Brasileira de**



- Enfermagem, Porto Alegre, 36(1):3-12, jan./mar. 1983.
- 73 MOORE, D. S. et alii. Adolescent pregnancy and parenting: the role of the nurse. *Topics in Clinical Nursing*, Germantown, 6(3):72-82, Oct. 1984.
- 74 MORALES, G. M. N. Bases para la elaboración de un programa de orientación sexual para adolescentes. In: VELASCO, A. M. et alii. *Salud, sexualidad y adolescencia*. Mexico, Centro de orientación para adolescentes, 1985. Cap. 4, p. 259-71.
- 75 OLIVEIRA, L. A. P. & SILVA, N. L. P. Tendências de fecundidade nos primeiros anos da década de 80. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 5, anais. Aguas de São Pedro, SP, out. 1986. v.1, p.213-32. Apud: ARRUDA, José Maria et alii. *Anti-concepção no adolescente brasileiro*. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Adolescência, Rio de Janeiro, jun. 1987.
- 76 OLSON, L. Social and psychological correlates of pregnancy resolutions among adolescent women. a review. *American Journal of Orthopsychiatric*, Boston, 50(3):432-44, Jul. 1980.
- 77 OPPEL, W. & ROYSTON, A. Teenage births: some social, pshychological and physical sequalae. *American Journal of Public Health*, Washington, 61: 751-6, 1974.
- 78 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programas de planejamento da família. *Population Reports*, Washington, Série J, (10):169-92, ago. 1976.
- 79 OSOFSKY, H. J. et alii. Nutricional status of low income pregnant teenagers. *The Journal of Reproductive Medicine*, London, 6(1):52-6, Jan. 1971.
- 80 OSOFSKY, J. D. & OSOFSKY, H. J. Teenage pregnancy: psychological considerations. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, New York, 21(4):1161-73, 1978.
- 81 PAGE, E. W. et alii. The functional bases of gynecology and andrology. In:\_\_\_\_\_. *Human reproduction: essentials of reproductive and perinatal medicine*. 3th.ed. Philadelphia, Saunders, 1981. cap.3, p.41-82.

- 82 A MODEL for delivery of health care to pregnant adolescent. Part I: Assessment and planning. *JOGN Nursing*, 8(6): 339-43, Nov./Dec. 1979.
- 83 PERKINS, R. P. et alii. Intensive care in adolescent pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, 52(2):179-88, Aug. 1978.
- 84 PHIPPS-YONAS, S. Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, Minnesita, 50(3):403-31, Jul. 1980.
- 85 PIKUNAS, J. Desenvolvimento puberal. In:\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. 3.ed. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, 1979. cap.13, p.273-85.
- 86 \_\_\_\_\_. Dinâmica do comportamento adolescente. In:\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. 3.ed. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, 1979. Cap.14, p.286-307.
- 87 PIMONT, R. P. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 82(1):14-22, Enero/Jun. 1977.
- 88 PINTO-ALEIXO, P. Gestaçã na adolescência. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, São Paulo, 91(6):439-42, dez. 1981.
- 89 PINTO E SILVA, et alii. Gravidez na adolescência. I conduta frente a anticoncepcional e o sexo. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, São Paulo, 90(6):283-7, jun. 1980.
- 90 PIZZATO, M. G. & DA POIAN, V. R. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para RN e mãe. In:\_\_\_\_\_. *Enfermagem neonatológica*. Porto Alegre, Ed. da Universidade, UFRGS, 1982. cap.3, p.101-27.
- 91 POWELL, D. H. Helping your youngmaster through the teenage years. In:\_\_\_\_\_. *Teenages when to worry and what to do*. New York, Doubleday, 1986. p.2-9.
- 92 PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. Resultados de las investigaciones intramericanos de la mortalidad referentes a la reproduccion. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 81(3):252-65, set. 1976.
- 93 REEDER, S. R. et alii. Cuidados de enfermagem durante o puerpério. In:\_\_\_\_\_. *Enfermeria maternoinfantil*.



- Genebra, OPS/OMS, 1978. cap.20, p.347-75.
- 94 \_\_\_\_\_. Cuidados del recién nacido. In:\_\_\_\_\_. Enfermeria materno-infantil. Washington, OPS/OMS, 1978. cap.21, p.377-421.
- 95 REZENDE, J. de & KAMNITZER, M. de B. O puerperio. In: REZENDE, J. de. *Obstetricia*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. cap.18, p.324-36.
- 96 REZENDE, J. de & BELFORT, P. Primiparidade precoce. *Revista Ginecologia e Obstetricia*, São Paulo, 6-17, jul. 1968.
- 97 REZENDE, J. de & PERRICELLI, F. Primiparidade precoce e tardia. Alguns comentários sugeridos pela observação de 2764 partos em primíparas. *Revista de Ginecologia e Obstetricia*, São Paulo, 46(5):305-24, maio 1953.
- 98 SANTOS, E. da S. et alii. Maternidade e adolescência: sentimentos e atitudes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 8(1), jan. 1987. No prelo.
- 99 SAVASTANO, H. et alii. De 0 a 2. In:\_\_\_\_\_. *Seu filho de 0 a 12*. São Paulo, IBRASA, 1977. p.19-29.
- 100 SIQUEIRA, A. A. F. de et alii. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 15:449-51, 1981.
- 101 SNEDECOR, G. W. & COCHRAN, W. C. *Metodos estatísticos*. 2.ed. Mexico, Companhia Ed. Continental, s.d. 703p.
- 102 SOUZA, R. P. de et alii. Alimentação. In:\_\_\_\_\_. *Nossos filhos, a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. cap.2, p.13-26.
- 103 \_\_\_\_\_. Formação de hábitos. In:\_\_\_\_\_. *Nossos filhos, a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. cap.3, p.27-33.
- 104 \_\_\_\_\_. O recém-nascido. In:\_\_\_\_\_. *Nossos filhos, a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. cap. 1, p.1-12.
- 105 STEINBERG, L. Adolescence development in context. In:\_\_\_\_\_. *Adolescence*. New York, Alfred A. Knopf, 1985. Introd., p.3-18.
- 106 \_\_\_\_\_. Psychological development during adolescence

- autonomy. In:\_\_\_\_\_. **Adolescence**. New York, Alfred A. Kroft, 1985. chap.9, 273-308.
- 107 \_\_\_\_\_. Psychological development during adolescence - identity. In:\_\_\_\_\_. **Adolescence**. New York, Alfred A. Kroft, 1985. chap.8, p.241-71.
- 108 \_\_\_\_\_. Puberty and its impact. In:\_\_\_\_\_. **Adolescence**. New York, Alfred A. Knopf, 1985. chap.1, p.23-56.
- 109 TIBA, I. Puberdade. In:\_\_\_\_\_. **Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial**. 2.ed. São Paulo, Ed. Agora, 1986. cap.1, p.7-36.
- 110 VALENTE, C. A. et alii. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, 83(5):229-35, maio 1977.
- 111 VELASCO, A. M. de. Consequencias de la crianza durante la adolescencia. In: VELASCO, A. M. de et alii. **Salud, sexualidad y adolescencia**. Mexico, Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. cap.2, p.173-77.
- 112 \_\_\_\_\_. Desarrollo psicosexual de niño y del adolescente. In: VELASCO, A. M. de et alii. **Salud, sexualidad y adolescencia**. Mexico, Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. cap.1, p.67-81.
- 113 \_\_\_\_\_. Estrategias para conservar la salud reproductiva metodos anticonceptivos. In: VELASCO, A. M. de et alii. **Salud, sexualidad y adolescencia**. Mexico, Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. cap. 2, p.179-94.
- 114 \_\_\_\_\_. Grupos de adolescentes. In: VELASCO, A. M. de et alii. **Salud, sexualidad y adolescencia**. Mexico, Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. cap. 4, p.245-57.
- 115 VITIELLO, N. Antecedentes sexuais de puerperas adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, 5(5):247-50, set./out. 1983.
- 116 \_\_\_\_\_. Caracterização biológica de adolescência. In: VITIELLO, N. & CAVALCANTI, R. C. **Adolescência hoje**. São Paulo, Ed. Sana, 1986.
- 117 VITIELLO, N. & CONCEIÇÃO, I. S. C. Anticoncepção na adolescência. In: VITIELLO, N. & CAVALCANTI, R. C. **Adolescência hoje**. São Paulo, Ed. Sana, 1986.

- 118 WONG, J. A. & CLARK, J. F. J. The Adolescent Parturient. *Journal of the National Medical Association*, New York, 63(2):125-7, 1971.
- 119 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert committee on maternity care. First report, a preliminary survey. Geneva, 1952. (Technical Report Series, 51)
- 120 \_\_\_\_\_. Pregnancy and abortion in the adolescence. *Technical Report Series*. Geneva, (583):7-27, 1975.
- 121 WORTHINGTON, R. et alii. Necessidades nutricionais da adolescente grávida. In: \_\_\_\_\_. *Nutrição na gravidez e na lactação*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1986. cap.6, p.165-86.
- 122 YUNES, J. et alii. Estudio medico social del tetanos del recién nacido en la zona metropolitana del gran São Paulo, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 76(2):135-51, Feb.1974.
- 123 ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. Alimentação do recém-nascido. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem obstétrica*. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. cap.28, p.533-69.
- 124 \_\_\_\_\_. Assistência da Enfermagem à família no pós-parto: respostas fisiológicas. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem obstétrica*. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. cap.23, p.428-37.
- 125 \_\_\_\_\_. Assistência da Enfermagem à família no pós-parto: respostas psicossociais. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem obstétrica*. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. cap.24, p.438-52.

**ANEXO 1**



## FORMULÁRIO

## PESQUISA SOBRE CONHECIMENTO DE SAÚDE NO PUERPÉRIO

LOCAL \_\_\_\_\_

## CONTATO

- Bom dia!

- Como vais?

- Sou enfermeira e me chamo \_\_\_\_\_ gostaria de conversar um pouco contigo sobre os cuidados que vais ter contigo e com teu bebê.

- Conversando, eu talvez possa ajudar a completar algumas noções que ajudem a te cuidar melhor e também do teu bebê.

- Enquanto falas, eu vou anotando, para mais tarde eu não confundir as respostas. Certo?

- Não tenhas medo de errar, estou aqui para te ajudar.

- Antes de começar, gostarias que eu te explicasse alguma coisa?

## QUESTÕES

## 1ª PARTE: IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA

I - Idade? \_\_\_\_\_

II - Até onde estudaste, na escola?

- 0 - analfabeta;
- 1 - primeiro grau;
- 2 - segundo grau;
- 3 - terceiro grau.

III - Qual é a ocupação do chefe da família?

(Em caso de a paciente ser só, tomar sua  
ocupação) \_\_\_\_\_

- 0 - ocupação não qualificada;
- 1 - ocupação de nível inferior de qualificação;
- 2 - ocupações de nível médio;
- 3 - ocupações de nível superior;
- 4 - ocupações de alta renda.

IV - Já tiveste quantos filhos?

- 1 - esse foi o primeiro;
- 2 - dois;
- 3 - três;
- 4 - mais de três.

V - Nesta gestação, quando consultaste pela  
primeira vez?

\_\_\_\_\_/mês

1 - Quantas consultas de assistência pré-natal tiveste nesta última gestação? \_\_\_\_\_

2 - Recebeste orientações de cuidados de saúde durante a gestação com respeito a:

Puerpério 1 - ( ) Sim 0 - ( ) Não

Cuidado com a criança 1 - ( ) Sim 0 - ( ) Não

## 2ª PARTE: CONJUNTO DE CONHECIMENTOS

### I - Higiene Corporal

1 - Achas que podes tomar banho após o parto?

a) Sim b) Não c) Não sei

Por que e quando? \_\_\_\_\_

2 - Em relação à lavagem de cabeça, logicamente achas que podes fazê-la?

a) Sim b) Não c) Não sei

3 - Achas necessário fazer higiene dos genitais, após evacuar ou urinar? \_\_\_\_\_

a) Sim b) Não c) Não sei

Por que e quando? \_\_\_\_\_

Como? \_\_\_\_\_

4 - Achas que deves limpar os seios antes e depois de dar de mamar ao nenê?

a) Sim b) Não c) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

Com quê? \_\_\_\_\_

5 - Achas necessário o uso de sutiã no pós-parto?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por que? \_\_\_\_\_

6 - Sabes quanto tempo deve durar a mamada?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por quanto tempo em cada seio? \_\_\_\_\_

7 - Sabes como retirar a boquinha do nenê da mama?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

Como tu fazes? \_\_\_\_\_

### III - PAUSA SEXUAL E MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

8 - Achas que podes reiniciar as relações sexuais logo após a alta hospitalar?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

Quando? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

9 - Achas que teu organismo já está pronto para outra gravidez?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

10 - Sabes o que fazer para evitar nova gravidez?

- a) Sim      b) Não      c) Não sei

O quê? \_\_\_\_\_

Quando pretendes usá-lo? \_\_\_\_\_



## IV - REVISÃO MÉDICA

11 - Achas necessário ir ao médico após alta hospitalar?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Quando? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

12 - Sabes o local onde deverás consultar, após a alta hospitalar?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Onde? \_\_\_\_\_

## V - MEDIDAS DIETÉTICAS

13 - Sabes qual a melhor alimentação para teu bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Qual? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

14 - Achas que teu leite é suficiente para teu bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por que? \_\_\_\_\_

15 - Sabes por quanto tempo é aconselhável dar de mamar no peito ao teu bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

Até quando? \_\_\_\_\_

## VI - CUIDADOS CORPORAIS

16 - Sabes quando, em teu entender, deve ser dado o primeiro banho de banheira em teu bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Quando? \_\_\_\_\_

Descrever a seqüência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17 - Achas necessário colocar algo no umbigo do bebê, quando já estiver em casa?

a) Sim      b) Não sei      c) Não sei

O quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18 - Sabes o que fazer para teu bebê não ter assadura?

a) Sim      b) Não

O que fazer? \_\_\_\_\_

#### VII - SONO E REPOUSO

19 - Sabes quantas horas de sono por dia são necessárias para teu bebê?

a) Sim      b) Não

Quantas? \_\_\_\_\_

20 - Sabes onde é o melhor local da casa para o teu bebê dormir?

a) Sim      b) Não

Onde? \_\_\_\_\_

Até quando? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

21 - Sabes o que fazer caso o teu bebê chore durante a noite?

a) Sim      b) Não

O que pretendes fazer? \_\_\_\_\_

#### VIII - INTERAÇÃO MÃE E FILHO

22 - Achas que podes demonstrar amor por teu bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Como? \_\_\_\_\_

23 - Falas com teu bebê?

Por quê? \_\_\_\_\_

24 - Dar colo, em teu entender, é importante para o bebê?

a) Sim      b) Não      c) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

#### IX - REVISÃO MÉDICA

25 - Pretendes levar teu nenê ao médico após a alta hospitalar?

a) Sim      b) Não

Quando? \_\_\_\_\_

26 - Sabes o local onde deverás levar seu nenê para ser examinado?

a) Sim      b) Não

ANEXO 2



## GABARITO DAS RESPOSTAS

O gabarito das respostas corretas foi elaborado com base na experiência profissional e mediante consulta à bibliografia citada.

### I - HIGIENE CORPORAL

#### 1) Banho

Pode ser tomado banho após o parto. Segundo Bethea (14), as medidas destinadas a promover bem-estar da mãe incluem o banho diário. Rezende (95) permite o banho de chuveiro no 2º dia pós-parto.

#### 2) Lavagem de cabeça

Pode ser lavada no puerpério. Segundo Fuerst (46), o cabelo está sujeito à mesma sujeira e oleosidade que a pele, devendo ser lavado com freqüência. Para a maior parte das pessoas, lavá-lo uma vez por semana é suficiente. A higiene dos cabelos da paciente é importante, tanto para a sua aparência quanto para seu bem-estar, e pode ser realizada tão logo a paciente consiga fazê-lo.

A não lavagem da cabeça no puerpério não passa de uma superstição, segundo Bookmiller (20).

### 3) Higiene dos genitais e períneo

É necessária a limpeza da vulva, do períneo e da região anal, como meio de evitar as infecções do útero, promover a cicatrização do períneo e manter a comodidade da mãe. Reeder (93), afirma que este cuidado deve ser praticado cada vez que a mãe urine ou evacue os intestinos, tenha ela episiorrafia ou não. Segundo Ziegel & Cranley (124), esta limpeza deve ser feita com água e sabão, limpando-se primeiro a região dos lábios e vulva e por último a região anal (95).

## II CUIDADO COM AS MAMAS

### 4) Limpeza dos seios

Existem casos especiais em que não é necessária limpeza adicional antes de cada amamentação, a não ser no caso de a paciente fazer uso de pomada nos mamilos. Necessária, porém, se faz, a lavagem das mãos com água e sabão sempre que estas entrarem em contato com as mamas, conforme preconiza Reeder (93) e Ziegel & Cranley (123).

Embora tendo-se encontrado em algumas referências que a paciente deve fazer higiene nas mamas antes e depois das mamadas, considera-se correta a proposta de Reeder (93) e Iffrig (50), que o uso de água é, com frequência, desnecessário porque a pele do mamilo se limpa

por si só com o antisséptico natural da lisoenzima.

A conduta atual é lavar os seios e os mamilos apenas uma vez por dia, na hora do banho, usando sabão neutro suave e água (123).

No caso de ser necessária a higiene, deverá ser com água destilada ou fervida, evitando-se o uso de água boricada ou sabonetes, pois, segundo Rezende (95) estes ressecam a pele, facilitando a presença de rachaduras no mamilo.

#### 5) Uso de sutiã

Rezende (95) e Reeder (93) são da opinião de que, durante todo o período do aleitamento, devem as mamas ser trazidas bem elevadas, pelo uso do sutiã, para evitar acotovelamentos vasculares e de ductos glandulares, responsáveis pela congestão sangüínea, como por galactoestase e galactocele.

#### 6) Duração da mamada

Costa (32) chama atenção para o aspecto de que "as reservas nutritivas do recém-nascido permitem que nos primeiros dias as mamadas sejam pequenas". No primeiro dia, as mamadas não devem ultrapassar os 5 minutos em cada seio, sendo igualmente esta a idéia de diversos autores (5, 55, 59, 93).

Deverá ser feito um aumento gradual na duração das mamadas, não ultrapassando o tempo de 15 minutos em cada seio, pois, após este período, a sucção continuada da mama propiciaria o traumatismo e a rachadura dos mamilos.

#### 7) Retirar o nenê da mama

Para retirar o nenê da mama, Iffrig (59) orienta no sentido de fazer pressão para baixo, no queixo, repetidas vezes. Já Applebaum (5) propõe que isso deva ser feito tapando-se as narinas do nenê até ele abrir a boca para respirar, ou interrompendo-se a sucção, colocando o dedo anular no canto da boca do nenê antes de afastá-lo do seio.

### III PAUSA SEXUAL E MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

#### 8) Início das relações sexuais

Diversos autores - Bethea (16), Costa (32), Reeder (93) e Rezende (95) - recomendam evitar as relações sexuais antes da revisão médica, período que varia de 4 a 6 semanas, para prevenir infecções e traumas dos órgãos e estruturas em processo de cicatrização. Além disso, a relação sexual pode ser dolorosa, devido à falta de lubrificação vaginal induzida pelo estrogênio, especialmente se a mulher estiver amamentando (125).



Hunter (55) refere que, nas infecções puerperais, o microorganismo ganha acesso ao útero, como resultado de uma infecção ascendente, podendo este originar-se de bactérias normalmente encontradas na flora vaginal e que se tornam virulentas, ou de organismos virulentos que foram introduzidos pelo trato genital.

#### 9) Organismo pronto para outra gravidez

Para Rezende (95), o organismo não está pronto para nova gravidez, pois o útero completa sua involução, o endométrio prolifera nos moldes habituais e o esfregaço vaginal readquire padrão normoestrogênico entre 50 e 60 dias após o parto. Entretanto, do ponto de vista psicossocial, é recomendado o espaçamento de 2 anos entre as gravidezes.

#### 10) Evitar nova gravidez

Para evitar nova gravidez, Cronin (34) demonstrou que as mães que não amamentam devem provavelmente usar alguma forma de anticoncepção, em torno da 4ª semana após o parto, pois cinquenta por cento podem começar a ovular nessa época. Recomenda-se que este cuidado se estenda também às mães que estão amamentando, pois há evidência de casos, na prática profissional, de gravidez nesse período.

Reeder (93) ressalta que, com freqüência, a mulher vê as coisas de forma real, especialmente a múltipa-

ra, e que, se mantiver relação neste período, o condon é anticonceptivo de uso mais prático.

A inserção de um DIU e o uso de diafragma, ou de espuma, ou de outros agentes espermicidas é geralmente utilizada somente depois da involução uterina completa.

Na resposta deste item, a preocupação girou em torno de anticoncepcional até a revisão médica.

#### IV - REVISÃO MÉDICA DA PUÉRPERA

##### 11) Revisão médica após alta hospitalar

A revisão médica se faz necessária de 4 a 6 semanas após o parto, segundo Costa (32), Bethea (39), Rezende (95), Ziegel e Cranley (124), porque nesta ocasião o médico revisará o estado das mamas e mamilos, períneo e vagina, colo e posição do útero (20). Para Benson (14) esta também é a oportunidade de aconselhar a paciente quanto ao planejamento da família, prescrevendo o método anticoncepcional mais adequado ao casal, se tal lhe for pedido.

##### 12) Local da revisão médica

A paciente deve saber com exatidão o local onde irá para consultar e, preferentemente, já estar agendada para esta revisão quando da saída do hospital.

## V - MEDIDAS DIETÉTICAS DO RECÉM-NASCIDO

## 13) Melhor alimento para o bebê

O leite materno é o melhor alimento para o bebê. Segundo a Liga Internacional do Leite (63), o leite materno está adaptado ao aparelho digestivo do bebê; é assimilado com mais facilidade, contribuindo para que o bebê conserve melhor sua energia, com a qual desenvolverá melhor seu corpo e seu cérebro. Além deste aspecto, para Souza e colaboradores (102) o leite materno é disponível em poucos segundos, quando o bebê está com fome. É servido na temperatura ideal e é o único alimento de que a natureza dispõe que vai direto da fonte ao consumidor.

## 14) Leite materno suficiente

De acordo com a Liga Internacional do Leite (63), se forem atendidas as necessidades alimentares do nenê, ele estará satisfeito, dormindo entre as mamadas, porque recebe alimento suficiente. Entretanto, conforme Souza e colaboradores (102), existem algumas manifestações que denunciam quando o leite é insuficiente: o bebê prolonga o tempo de sucção para 30 a 40 minutos, encurta o intervalo entre as mamadas, reclamando antes de duas horas, e toma grandes quantidades de água ou chá. A melhor maneira de saber se o leite é suficiente ou não consiste em pesar o bebê a intervalos de 3 ou 4 dias, para consta-

tar se seu aumento de peso é satisfatório.

15) Até quando dar de mamar

A relação a esta medida, conforme Clark (29) "estamos convencidos que o crescimento e o desenvolvimento físico e emocional satisfatórios, após o nascimento, são mais certos quando um bebê recebe volume adequado de leite materno; recomendamos que todas as mães sejam incentivadas a alimentar seus filhos no seio de preferência durante os primeiros quatro a seis meses de vida."

#### VI - CUIDADOS CORPORAIS DO RN

16) Banho de banheira

Conforme Souza e colaboradores (102), após a cicatrização do umbigo, o bebê pode receber banho de imersão com água e sabonete neutro. Este deve ser feito de acordo com a técnica descrita por Bethea (15). Inicia-se pela cabeça e rosto, seguindo o resto do corpo.

Sustentando o corpo e a cabeça do nenê com a mão esquerda, a mãe deve apoiá-lo no lado esquerdo do seu corpo tendo assim a outra mão livre para poder lavá-lo. Lavar o rosto com água e, após, os cabelos com água e sabonete; enxaguar e secar a cabeça. Só então deverá colocar o nenê dentro da banheira para lavar os braços, pernas e corpo, tendo-o sempre apoiado em seu corpo.



## 17) Cuidados com umbigo

Para a cicatrização do umbigo, deve ser usado algum tipo de antisséptico, como álcool, mertiolate ou álcool iodado, aplicado na base do coto do umbigo, para facilitar sua secagem (122, 125). A faixa umbilical é considerada desnecessária, por Souza e colaboradores (104), pois não previne o surgimento de hérnia umbilical.

## 18) Assadura

Para evitar a assadura, Ziegel e Cranley (125) salientam a importância das trocas de fraldas frequentes e, nessa ocasião, deve ser lavada sempre a genitália, para remover a urina ou fezes que promovam irritação.

## VII SONO E REPOUSO DO RN

## 19) Horas de sono do RN

O recém nascido dorme em torno de 20 horas diárias (15, 90, 94).

## 20) Melhor local do RN dormir

Para Barbosa (10) e Pizzato (90), o bebê deve dormir em seu berço, em local tranqüilo e preferentemente sem barulho.

Nos primeiros meses, aconselha-se o alojamento

conjunto, principalmente para as mães que estão amamentando durante a noite. Souza e colaboradores (103) indicam que se retire o bebê do quarto dos pais a partir do 3º mês de vida, pois ele acorda com os ruídos, como o roncar e ressonar, ou com o movimento dos adultos na cama.

Barbosa (10) aconselha que, mesmo havendo somente um quarto de dormir, o berço do bebê fique separado por biombo, colcha ou cobertor, que pode ser até enfeitado; assim, o bebê já terá o seu canto separado.

#### 21) Choro do RN

O choro é a principal maneira de que o nenê dispõe para comunicar algum tipo de desconforto e que precisa ser atendido. Pizzato (90) descreve como sendo as causas mais comuns do choro: fome, sede, fraldas molhadas, traumatismos, frio ou o calor, estímulo sensorial forte, posição desconfortável, frustração de movimentos, doença.

O atendimento, conforme Maldonado e colaboradores (66), se faz na base da tentativa: muda-se a fralda, amamenta-se, embala-se, dá-se remédio para cólica, pega-se no colo, verifica-se se está com frio ou calor.

## VIII INTERAÇÃO MÃE E FILHO

## 22) Demonstrar amor pelo RN

O amor que se quer transmitir ao RN pode ser feito pensando nele em tudo que se faz. Trocar as fraldas é uma maneira de demonstrar amor e atenção por ele. Atendê-lo quando ele chora, amamentá-lo, etc.

## 23) Falar com o bebê

Falar com o bebê é importante, porque a adaptação do bebê ao mundo de fora do ventre materno se faz lentamente. Os primeiros dias, as primeiras semanas são para tomar contato, adaptar-se aos poucos à realidade e, para isto, Maldonado e colaboradores (66), entre outros procedimentos, aconselham a cantar para ele, falar com ele. Continuando, os autores referem que os bebês não entendem o significado das palavras, mas sim o tom da voz.

Savastano (99) diz que falar com carinho à criança é uma maneira para ela se sentir amada e em segurança.

## 24) Dar colo

Para Maldonado e colaboradores (66), acariciar, alisar, tocar o bebê, pegá-lo no colo e aconchegá-lo é uma excelente maneira de lhe transmitir amor.

Além disto, o colo é importante para o bebê sentir o cheiro da mãe, o calor do seu corpo e, assim, sentir-se aninhado e protegido.

O colo deve ser dado, conforme Barbosa (10), algumas vezes ao dia, quando a criança estiver acordada, quieta, sem chorar: fazer-lhe carinho; conversar baixinho. Não esperar que o bebê chore para então ganhar colo, pois nesta situação ele aprenderá que só chorando receberá atenção.

Se a mãe não tem muito tempo disponível para dar colo ao seu bebê, deverá fazê-lo pelo menos nas vezes em que lhe der de mamar.

#### IX REVISÃO MÉDICA DO RN

##### 25) Revisão médica do RN após alta hospitalar

A revisão médica do RN se faz necessária aos 15 dias de vida, aproximadamente, dependendo das necessidades da mãe e do bebê (32, 104)

Esta revisão constará de um exame físico e discussão sobre os cuidados e comportamentos do bebê (124)

##### 26) Local da revisão médica do RN

A paciente deve saber com exatidão o local onde



irá, para consultar, e, preferentemente, a criança já deve estar agendada para esta revisão quando sair do hospital.

ANEXO 3

FICHA PRÉ-NATAL DA GESTANTE ADOLESCENTE

NOME _____	CONSULTAS														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
DATA _____															
Hoje, meu peso é ____ kg ____ g minha altura é ____ m ____ cm															
Hoje, minha pressão é _____	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hoje, meu útero está em ____ cm															
Hoje, o coração do bebê bate em ____ p/min															
Hoje, meu bebê tem ____ semanas gestação															
Meu tipo sangue é ____ RH ____															
Hoje, meu hematócrito é _____															
Hoje, minha hemoglobina é _____															
Meu bebê mexeu pela primeira vez em _____											FOTO DO BEBÊ				
Minha assistente social é _____															
Minha nutricionista é _____															
Minha enfermeira é _____															
Meu médico é _____															