PROPOSTA DE PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A ADOLESCENTES GESTANTES* (COM BASE EM ESTUDO DE MÃES ADOLESCENTES E ADULTAS)

Proposal of an assistance program for pregnant adolescents (Based on studies of adolescent and adult mothers' cases)

Anna Maria Hecker Luz[1]

RESUMO

A gravidez na adolescência, configura-se, em nosso meio como um problema que não tem merecido a atenção desejável por parte dos organismos responsáveis pela saúde e bem-estar da população. O presente trabalho, introduzido por considerações em torno das implicações de eventos dessa natureza e assentado em pesquisa de campo acerca do conhecimento de saúde das jovens mães comparativamente com o de mães adultas, propõe um programa de assistência de enfermagem a adolescentes gestantes, no decorrer do período ***gravídico-puerperal.***

Unitermos: *Gestante adolescente; Conhecimento de saúde.*

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence is a problem that has not had the adequate attention from the institutions liable for our population's health and welfare. This study is based on a comparison between the young mothers' knowledge on health and the adult mothers' one. At its end a nursing assistance program for pregnant adolescents during the pregnancy-puerperium period is proposed.

Key Words: *Pregnant adolescent; Knowledge on health.*

1 INTRODUÇÃO

Saúde, habitação, educação, transporte e lazer, entre outros, constituem-se, na nossa sociedade, em programas administrativos a serviço do povo. Mas, por mais que se possa não ser pessimista, há de se convir que o item saúde, a rigor como os demais, encontra-se relegado a condições de atendimento as mais precárias no Brasil. Para tal constatação, basta a observação das condições gerais dum posto de assistência médico-previdenciária, ou duma escola da rede pública ou, ainda, a visita a uma destas vilas da periferia das cidades. A existência de programas de assistência à saúde, resume-se a sistemas isolados e desintegrados, aliás, imagem do quadro do esgarçamento sócio-econômico hoje vivenciados no país.

A adolescência de um indivíduo, considerada como o período compreendido entre os dez e os vinte anos de idade, (OMS, 1975) é um tempo de transformações, tanto físicas como psicoemocionais e comportamentais. Quer dizer que se poderia falar numa adolescência biológica e noutra psicológica, esta última relacionada com o delineamento duma estrutura de personalidade básica. Trata-se, enfim, de uma fase de assumir-se como ser autônomo e que tem seu termo com o amadurecimento sexual.

Não seria para este grupo de indivíduos que perfazem 23% da população brasileira (IBGE, 1980), que se iria contar com programas específicos de saúde que pudessem ser considerados abrangentes. A ausência de um modelo de assistência global para esta faixa da população, tem especial conseqüência para a adolescente grávida. Isso porque, para esta jovem gestante ainda em processo biopsicossocial de amadurecimento, a gravidez representa uma pesada carga, tanto física como emocional, com possíveis danos de difícil reparação.

*Resumo de Tese apresentada para Concurso de Livre Docência – Escola de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Realizado com apoio financeiro da FAPERGS.

[1]Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O número de mães adolescentes no Brasil é significativo. Para que se tenha uma noção quantitativa deste evento, pode-se citar um estudo realizado junto à Maternidade da Universidade Estadual de Campinas-SP onde foram constatados 22,6% de partos em mulheres com idade inferior a vinte anos (PINTO E SILVA et alii, 1980), percentual este, apenas referente a jovens que levaram a termo sua gestação, donde se pode inferir um percentual bem mais elevado para gravidez em adolescentes, consideradas aquelas que são interrompidas.

Inúmeros são os fatores que poderiam ser elencados como determinantes da gravidez na adolescência. Entre as jovens pertencentes ao mais baixo nível sócio-econômico, num país em que, a cada esquina de uma grande cidade, se depara com um menor abandonado — a promiscuidade, o abandono e a falta de orientação, seriam elementos intervenientes. Tanto para este grupo como para o das adolescentes do mais elevado nível sócio-econômico, a precocidade no relacionamento sexual por estímulos dos meios de comunicação ou de grupos sociais, bem como a idéia de que esta liberação sexual constitui-se em instrumento para libertação pessoal do domínio adulto, seriam componentes significativos como indutores do evento. Por outro lado, em qualquer caso, comparece a desorientação quanto à utilização de métodos contraceptivos.

Não obstante uma moça adolescente encontrar-se pronta para o exercício da própria sexualidade, não o está em termos psicológicos. Daí decorrem problemas relevantes: a jovem mãe despreparada emocional e intelectualmente para tal desempenho face a seu filho e, ambos, face aos mecanismos de discriminação social.

De maneira geral, constata-se que, apesar do grande avanço tecnológico e científico, relativamente à assistência à saúde prestada à clientela obstétrica, não se tem conseguido solucionar as questões que estão associadas à gravidez na adolescência. Nesta perspectiva, procurou-se realizar o presente estudo visando à obtenção de maiores subsídios para a elaboração de programas regionalizados de atendimento social e de saúde, pelos profissionais das diferentes especialidades.

Sobre as Características da Adolescência

Estabelecer com exatidão, em termos de faixa etária, o período da vida que corresponde à adolescência é impossível: isso porque há variações de indivíduo para indivíduo, tanto no que se refere ao início como ao término das transformações características. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (1975) entende como adolescência, o período da vida do ser compreendido entre os dez e os vinte anos. Durante este tempo o jovem passa do início do aparecimento dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; acontecem profundas alterações psicológicas e comportamentais caracterizadas pela configuração da identidade pessoal e pela passagem do estado de dependência para o de independência relativa. Diz STEINBERG (1985) que "a adolescência é o resultado da inter-relação das forças biológicas, cognitivas e sociais, e o contexto no qual o homem vive".

Algumas considerações específicas do desenvolvimento biológico do adolescente, bem como sobre seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial, são fundamentais para a compreensão do aqui estudado. O que se passa a fazer.

Durante a adolescência, acontecem notáveis mudanças físicas nos meninos e nas meninas, assim como em seus sentimentos. Entretanto, no que se refere ao desenvolvimento físico, cada um atravessa essas fases em ocasiões diferentes e com maior ou menor rapidez; enquanto um adolescente de 14 anos pode já estar no pico do crescimento e com as características sexuais e comportamentais de um jovem, é possível que outro, da mesma idade, ainda se mantenha no início do crescimento e com características físicas e comportamentais predominantemente infantis. As razões que se poderiam apontar como responsáveis por estas diferenças individuais são a hereditariedade e o ambiente onde o adolescente cresce.

As modificações relacionadas com gordura e peso são, segundo COLLI (1985), geralmente, motivo de preocupação por parte das moças, sendo por outro lado, o desenvolvimento estatural a maior preocupação dos meninos. Neste sentido cabe notar que o contorno corporal das meninas tem maior percentual de tecido gorduroso, daí as formas mais arredondadas, enquanto que nos meninos os músculos são mais evidentes.

A explosão do crescimento é talvez o aspecto mais incrível do desenvolvimento da adolescência, pela rapidez com que ocorre. Pode-se notar que nos meninos, o pico do crescimento inicia-se um pouco mais tarde do que nas meninas.

No que respeita à maturação sexual do menino adolescente, a seqüência do desenvolvimento das características sexuais se faz sentir de forma mais ou menos desordenada. Geralmente o processo se inicia pelo aumento do volume dos genitais externos acompanhado do aparecimento de pêlos pubianos. Neste sentido, é importante destacar as alterações internas, com a primeira ejaculação ocorrendo por volta dos 15 anos. A mudança de voz, ao redor

dos 13 anos, como o surgimento de pêlos faciais são elementos importantes na configuração do aspecto de masculinidade (BLAKE et alii, 1971).

Com relação à maturação sexual da menina, a seqüência no desenvolvimento das características sexuais é mais uniforme do que no menino. Geralmente, o primeiro indicador do processo de maturação sexual é o crescimento mamário—muito sentido pela jovem pois trata-se duma característica externa da condição feminina — e, logo após, o surgimento dos pêlos pubianos. No pico do estirão da estatura, ocorre a menarca (GRINDER, 1976). Inicia-se aí uma nova fase da vida feminina, caracterizada socialmente como a passagem de criança para "mocinha", sem que, no entanto, a adolescente esteja ainda com plena capacidade reprodutiva. Apesar da menarca, diz BENSON (1970), "o grau de estímulo ovariano é insuficiente para induzir o óvulo, sendo os primeiros períodos menstruais quase sempre anovulatórios". Os ciclos menstruais iniciais são irregulares, conforme comenta PAGE et alii (1981), e o intervalo de esterelidade puberal, tempo necessário para a maturação ovariana, é normalmente de um ano ou mais, após a menarca. Assim, neste período, a adolescente estaria "protegida" de uma gravidez.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, "as evoluções ocorrem de forma lenta e insinuosa, pouco perceptível a quem não estiver atento a elas" (TIBA, 1986), tornando os adultos freqüentemente equivocados a respeito do pensamento dos adolescentes, uma vez que as manifestações lingüísticas escondem limitações de seu pensamento.

Na visão de JEAN PIAGET (apud GRINDER, 1976) o desenvolvimento cognitivo é "função simultânea de maturação do sistema neurológico, de interação com o mundo físico e o feedbeck de experiências sociais", onde se incluem as vivências individuais ou o pensamento egocêntrico. O egocentrismo "piagetiano" descrito por ELKIND (1975), manifesta-se com características próprias em cada faixa etária: de zero a dois anos, de dois a seis anos, de seis a onze anos e na adolescência, onde é evidenciada a conquista do pensamento.

O jovem adolescente, (PIAGET, in ELKIND, (1975) inicia a formulação de conceitos próprios acerca de determinados assuntos e, embora reconheça o pensamento de outrem, volta o mesmo, primeiramente, para si. Sua imaginação é despertada pela "fábula pessoal" e pela "audiência imaginária": acredita ser o foco das atenções tanto no sentido positivo quanto no negativo. Um processo de introspecção leva o adolescente a fazer segredo de seu pensamento e, apesar de dispor de capacidade para a tomada de decisões, sente-se, frente a estas, indeciso e conflituado. No entanto, apesar das dificuldades que encontra para tomar decisões, o jovem adolescente não aceita que os outros as tomem por ele.

Para se entender o desenvolvimento psicossocial do adolescente deve-se entender que este é um ser a procura da própria identidade. A adolescência não se constitui apenas num período de alterações externas do corpo mas, também, numa época de mutações nos sentimentos mais internos e recônditos do "eu". Na busca da identidade pessoal e sentindo-se incompreendidos pelos pais, agregam-se àquelas que estão passando por situação idêntica, convivendo menos com a família do que com os amigos, utilizando um vocabulário e uma vestimenta próprios do grupo a que estão vinculados. O funcionamento hormonal, os impulsos sexuais e os impulsos agressivos provocam no adolescente um certo desequilíbio emocional. Na procura de sua sexualidade o jovem passa por conflitos bissexuais para, ao final, assumir sua heterossexualidade.

Paralelamente à busca da identidade aparece o desejo de tornar-se autônomo, independente. Estes jovens adolescentes reivindicam, em seu ambiente, maior liberdade. O fator sócio-econômico é um dos elementos intervenientes no processo da conquista de autonomia pelos jovens: enquanto que os de classe social mais elevada apresentam um maior atraso nesta conquista, os de mais baixo nível sócio-econômico tornam-se independentes mais precocemente, visto que têm a preocupação imediata da própria sobrevivência.

A Maternidade na Adolescência e suas Implicações

O comportamento social dos adolescentes, em especial o das mulheres, vem mudando progressivamente nos últimos anos, e, nas últimas décadas, tem se manifestado mediante prevalente interesse pela sexualidade. Reflexo evidente destas transformações é o aumento da quantidade de casos de gravidez entre a população jovem. Segundo a OMS (1976) o número de partos de mulheres menores de vinte anos, do total de nascimentos na América do Sul entre 1962 e 1973, teve aumento significativo em todos os países estudados.

O percentual de indivíduos com idade entre dez e 19 anos, nas últimas décadas, no Rio Grande do Sul, tem se mantido constante, de acordo com estudos de IBGE (s.d.). Entretanto, dois fatores merecem destaque, quanto à ocorrência de maternidade nesta faixa etária: o primeiro diz respeito ao aumento da incidência de partos no grupo das adolescentes com menos de 16 anos (AGOSTINI et alii, 1988); o segundo relaciona-se à taxa de fecundidade

total, que, na atual década, vem caindo em todas as idades, com exceção do grupo de mulheres de 15 a 19 anos, no qual registrou-se um crescimento de 13,8%, nos últimos quatro anos (OLIVEIRA & SILVA, 1987).

Pelo fato da jovem brasileira atingir a maturidade ginecológica entre os 12 e os 13 anos (MARTINS, 1980; MENDES et alii 1983), poder-se-ia admitir que, já nesta idade, ela estivesse pronta para a concepção. Entretanto, inúmeros são os relatos (AHUED, 1978; BARTEL, 1981; CABRAL, 1985, DARZÉ, 1982; MATHIAS, 1985) que apontam complicações, de todo o tipo, em grupos de mulheres menores de vinte anos. Consta, entre os dados, uma significativa redução, nas idades mais elevadas, das taxas de anemia, toxemia, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia e infecção urinária.

À inadequação alimentar, tanto ligada à pobreza quanto à excentricidade das adolescentes, pode constituir fator importante e associar-se a todas as complicações já mencionadas, uma vez que se trata de dois organismos jovens — mãe e feto — que exigem atendimento de idênticas necessidades nutricionais (ABRAMS, 1981; REZENDE, 1968).

Além destas implicações vinculadas ao desenvolvimento físico tanto da mãe adolescente como de seu filho, durante a gravidez, compete sublinhar as importantes repercussões psicossociais da maternidade nesta faixa etária.

As pressões sociais sobre estas jovens, ainda que não explícitas, se fazem sentir intensamente. Constata-se que elas são levadas direta ou indiretamente, a abandonar a escola (DARZÉ, 1982; SANTOS et alii, 1987) o que as priva do convívio dos amigos, nesta idade tão importante para a identificação pessoal. Como não completam sua educação escolarizada, vêem diminuídas suas oportunidades profissionais, não conseguindo manter-se por si mesmas, o que constitui uma autoderrota para elas: a gravidez precoce é preditora de trabalho de menor prestígio, que tanto oferece baixa remuneração como proporciona pouca satisfação profissional (CARD & WISE, 1978). Grande parte destas adolescentes passa a desenvolver atividades do lar o que significa a dependência econômica em relação à família o que contribuirá para limitar suas perspectivas para o futuro e restringir as chances de vida para seus filhos (OLSON, 1980).

Enquanto fica bem definido que estas jovens mães enfrentam um futuro marcado por 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 gestação.

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

2 METODOLOGIA

Este estudo é resultante da indagação acerca da problemática de ser mãe enquanto adolescente e motivado, igualmente, pela preocupação da área de enfermagem materno-infantil quanto à ausência de programas e serviços específicos para adolescentes. Desta perspectiva decorreram as formulações das questões que se objetiva responder:

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

"Qual é o tipo de relação existentes entre o conhecimento de saúde das mães adolescentes, quanto ao autocuidado e ao do RN, no puerpério, e as variáveis idade, escolaridade, nível sócio-econômico, paridade, experiência anterior no cuidado de RN, realização de pré-natal e orientações recebidas?"

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

Tendo como pano de fundo estas questões, foi executada a presente pesquisa que focaliza os aspectos de conhecimento de saúde das mães adolescentes e adultas exigidos para o autocuidado e para o cuidado do recém-nascido, procurando identificar orientações que venham a subsidiar a implantação de um modelo de assistência junto às adolescentes que se encontram no ciclo grávido-puerperal.

A pesquisa buscou responder especificamente a questões relacionadas:

a) *com as características das mães adolescentes* quanto às variáveis idade, escolaridade, nível sócio-econômico, paridade, experiência no cuidado de RN, realização do pré-natal e orientações recebidas durante a gestação;

b) com a relação entre as variáveis idade, escolaridade, nível sócio-econômico, paridade, experiência no cuidado do RN, realização do pré-natal

e orientações recebidas durante a gestação e o *conhecimento de saúde destas mães.*

Procedeu-se, inicialmente, a uma revisão bibliográfica acerca dos cuidados no puerpério; após, foi realizada sondagem junto a médicos e enfermeiras das áreas obstétrica e pediátrica, colhendo-se, desta forma, informações relativas às dúvidas mais freqüentes manifestadas pelas puérperas.

Resultou desta coleta um instrumento que, testado em trinta mães, verificou a clareza e operacionalidade do mesmo quanto aos objetivos da pesquisa; a seguir, foi elaborado um questionário definitivo denominado "Pesquisa sobre Conhecimento de Saúde". Este instrumento ficou assim estruturado:

a) Dados de caracterização, contendo informações sobre idade, escolaridade, posição sócio-econômica (ocupação), paridade, experiência no cuidado de RN, época da primeira consulta médica na gestação, número total de consultas na gestação e orientações recebidas sobre os cuidados no puerpério;

b) Conhecimento das mães sobre higiene corporal, cuidados com as mamas, pausa sexual e métodos anticoncepcionais, revisão médica da puérpera, medidas dietéticas em relação ao RN, cuidados corporais com o RN, interação mãe e filho e revisão médica do RN.

A população, definida através dos hospitais com serviço de maternidade em Porto Alegre, foi analisada quanto ao número de partos mensais, bem como pelas características da clientela atendida, ficando assim constituída:

— maternidade particular: atendimento exclusivo a pacientes particulares;

— maternidade previdenciárias: atendimento predominantemente a pacientes previdenciários;

— maternidade de ensino: atendimento, na grande maioria a pacientes não pagantes.

Obedecendo aos critérios caracterizados da população, estratificou-se uma amostra probabilística composta por 88 pacientes. A amostra, constituída por parturientes que tiveram o filho nos hospitais em estudo, com alta prevista, juntamente com o RN, para as próximas 12 a 18 horas, com idade entre dez e 19 anos (adolescentes) e 25 a 29 anos (adultas) e que não haviam presenciado outra entrevista. Resultou daí um grupo de 22 adolescentes e de 65 adultas, tendo sido de 15 anos a idade mínima observada.

Os dados foram processados eletronicamente em atendimento ao método e às técnicas estatísticas adequados à proposta da pesquisa.

A metodologia adotada exigiu, inicialmente, a medida da consistência interna do instrumento de coleta, através do Coeficiente de Cronbach, cujo resultado $\alpha = 0{,}8048$, revelou a existência de relação entre os diferentes conjuntos de conhecimentos.

Após a tabulação, procedeu-se a uma análise descritiva dos resultados quanto às características das pacientes e quanto às questões relativas ao conhecimento das mesmas sobre os cuidados de saúde no puerpério.

Com base nestas informações, empregou-se, a seguir, o procedimento "análise de variância" pela abordagem múltipla, que permitiu identificar a influência dos fatos determinantes da variabilidade do conhecimento de saúde e as inter-relações entre as variáveis independentes. Em seqüência, apresentou-se a matriz de correlação das variáveis independentes com a variável dependente "conhecimento de saúde". Assim, foi possível identificar os fatores que estavam influindo significativamente no "conhecimento". Subseqüentemente, procedeu-se à análise de correlação múltipla onde as variáveis independentes foram controladas; entretanto, fez-se necessário definir a magnitude de cada uma destas, para se medir o poder explicativo sobre a variável dependente "conhecimento de saúde".

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Inicialmente procedeu-se à análise descritiva objetivando caracterizar a situação da mãe adolescente quanto às variáveis da pesquisa através do quadro comparativo com as mães adultas.

Constatou-se que um percentual mais elevado, entre as adolescentes que buscam atendimento com instituição hospitalar de ensino (72,7%); segue que estas adolescentes possuem condições sócio-econômicas mais baixas, conforme já descrito por alguns autores.

A distribuição das mães quanto à escolaridade não diferiu em percentual (9,0%) de analfabetas em ambos os grupos entretanto nos demais níveis enquanto a maior parte (68,2%) das adolescentes estão no 1.º grau, já as adultas (60,0%) estão no 2.º e 3.º grau.

Estes dados permitem que se pense em justificar o nível inferior de escolaridade dominante, por duas razões: a idade em si das adolescentes e as condições sócio-econômicas.

Enquanto que entre as adultas a dispersão das ocupações é mais homogênea, entre as adolescentes verificou-se maior incidência no nível sócio-econômico mais baixo (90,9%) sendo destes 59,1% de ocupação não qualificada e 31,8% nível inferior.

No que diz respeito à paridade das mães cabe ressaltar o percentual de adolescentes que já possuem mais de um filho (27,3%). A gravidade do pro-

blema se acentua na medida em que a experiência de ter tido um filho ainda jovem, não impediu a possibilidade de outra gestação.

Ambos os grupos possuem praticamente a mesma experiência anterior no cuidado com Rn. Quanto às adolescentes, por serem de nível sócio-econômico mais baixo, tal fato sugere que as mesmas já tenham tido a oportunidade de cuidar de outras crianças em suas residências ou no local de trabalho.

Considera-se preocupante a constatação do percentual de adolescentes que não realizou nenhuma consulta no pré-natal (18,2%). Além do mais, a maioria delas (59,1%) não atingiu sequer o número mínimo destas consultas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1952). Destaca-se ainda que dentre as que freqüentaram as consultas pré-natais apenas 38,9% o fizeram no primeiro trimestre de gravidez. No grupo das mães adultas este percentual foi bem maior (86,4%).

Tais dados são reveladores de que o cuidado pré-natal na adolescência é limitado pela condição sócio-econômica por circunstâncias sociais e pela imaturidade própria da idade.

Assim, um trabalho de assistência pré-natal à adolescente grávida poderia ser fomentado pelos organismos da saúde.

A necessidade de um atendimento pré-natal particularizado para a adolescente, iniciado precocemente, é justificado pela oportunidade de orientações sobre os aspectos de saúde incluindo-se aí uma avaliação da mãe com vistas a fornecer a complementação vitamínica necessária.

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

Estas constatações podem ser explicadas pelo fato de serem as mães adolescentes, em sua maioria, primíparas e 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.

No que se refere ao conhecimento dos cuidados de saúde, segunda etapa do instrumento de coleta, as mães distribuem-se conforme demonstrado a seguir:

TABELA 1 — Escores médios das mães nas especificações do conjunto de conhecimentos

Conjuntos de conhecimento / Mães	Higiene corporal	Cuidado com as mamas	Pausa sexual	Revisão médica puérpera	Medidas dietéticas RN	Cuidados corporais	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

As respostas de cada item foram avaliadas uma a uma, codificadas e pontuadas, sendo valorizadas somente as respostas que demandaram em ação correta por parte das mães. Desta quantificação resultaram os escores máximos registrados na tabela.

Observou-se que a média dos escores obtidos pelas adolescentes foi significativamente inferior, em todo o conjunto de conhecimento, ao escore máximo esperado. Estes resultados demonstraram despreparo por parte das puérperas adolescentes quanto aos cuidados de saúde.

Após a análise descritiva com objetivo de caracterizar as mães adolescentes, buscou-se responder às questões acerca da relação entre aquelas características e o *conhecimento de saúde* destas mães.

Tendo em vista a possibilidade de haver variabilidade significativa do conhecimento de saúde das entrevistadas, foram analisadas cada uma das variáveis relativamente a este aspecto. Admitindo que qualquer fenômeno tem muitas determinantes causais, optou-se pela análise multivariada, através da qual se pode identificar a influência dos fatores determinantes.

A seguir, efetuou-se o cálculo do coeficiente de correlação de PEARSON (r) entre as sete variá-

veis independentes e a variável dependente "conhecimento de saúde". Resultou daí, a *matriz de correlação* (QUADRO 1), que sintetiza os resultados deste teste estatístico.

QUADRO 1 — Matriz de correlação

Variáveis de estudo	Conhecimento	Idade	Escolaridade	Nível socio econômico	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 sócio-econôm.	** 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
MÉDIA	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 significante em nível inferior a 0,01 (1%).
* Estatisticamente significante em nível inferior a 0,05 (5%).
+ Estatisticamente significante em nível inferior a 0,10 (10%).

O coeficiente de correlação expressa a magnitude da relação entre duas variáveis analisadas; expressa, no caso, o quanto o "conhecimento de saúde" varia com a variação da variável independente que se está analisando; ou ainda, representa o quanto este conhecimento pode ser predito em função da variável independente estudada.

Ao ser analisada a matriz de correlação aparecem as seguintes conclusões:

a) que existe correlação positiva entre o "conhecimento de saúde" das mães em relação à idade destas ($r = 0,50$, significativo em nível de $p < 0,01$); tal resultado sugere que quanto menor a idade menor o conhecimento. Sendo $r = 0,50$, $r^2 = 0,25$ (va-

riância explicada) significa que a variação do "conhecimento" é devida à idade em 25%. Outros 75% não são explicados pela idade em si, mas possivelmente por valores correlacionados com a idade;

b) no que diz respeito ao conhecimento e a escolaridade, uma correlação positiva (r = 0,59, estatisticamente significativa em nível p < 0,01) revela que quanto menor a escolaridade menor o conhecimento de saúde das mães.

c) correlação positiva (r = 0,72, significativa em nível de p < 0,01) no que se refere à análise sobre o conhecimento de saúde e sua relação com a posição sócio-econômica. Constatação já mencionada onde 90,9% das mães adolescentes possuíram nível sócio-econômico de baixa qualificação.

d) especificamente relacionada — a paridade ao conhecimento das mães — embora apresentando valor positivo (r = 0,15), não foi um resultado significativo. Nestas condições, provavelmente a paridade deve sofrer influência de outra variável de maior magnitude;

e) a evidência de correlação positiva (r = 0,19, significativa em nível p < 0,01) quanto à experiência anterior com o cuidado com o RN e o conhecimento de saúde destas mães, embora a pequena magnitude, talvez possa ser explicada pela correlação positiva entre experiência anterior e nível sócio-econômico;

f) que o pré-natal apresentou um coeficiente de correlação positivo (R = 0,52, significativo em nível de p < 0,01); desta constatação deduz-se que quanto maior for a freqüência ao pré-natal, maior o nível de conhecimento, isso enfatizado pelas correlações positivas desta variável com a escolaridade, o nível sócio-econômico e a idade;

g) que houve uma correlação positiva (r = 0,19, significativa em nível de p < 0,01) entre as orientações recebidas durante a gestação e o conhecimento de saúde destas mães; pode-se observar a correlação positiva entre o nível sócio-econômico e a variável aqui focalizada, ou seja, as mães que receberam maior número de orientações foram aquelas de nível sócio-econômico mais elevado.

A seguir procedeu-se à análise de correlação, através do coeficiente R, com o objetivo de se expressar a magnitude da relação entre o "conhecimento de saúde" das mães e todas as variáveis independentes controladas sem a influência uma das outras.

Neste estudo resultou R = 0,82, significativo para p < 0,01; a partir deste valor, obteve-se $R^2 = (0,82)^2 = 0,67$ que expressa a quantidade de variância da variável "conhecimento" explicada pela combinação de regressão de todas as variáveis independentes estudadas. Portanto, 67% da variância dos escores de conhecimento é explicado pelas sete variáveis.

Para se poder medir o efeito individual das variáveis independentes sobre o "conhecimento de saúde", calculou-se o coeficiente (TABELA 2) através do qual foi possível hierarquizar, em ordem de importância, as que mais influenciaram a variável independente.

TABELA 2 — Coeficiente Beta das variáveis independentes

Variável independente	Coeficiente β	Hierarquia
Idade	+0,108	6.º
Escolaridade	+0,205*	3.º
Nível sócio-econômico	+0,462**	1.º
Paridade	+0,216*	2.º
Experiência anterior com RN	+0,096	7.º
Pré-natal	+0,162*	4.º
Orientações recebidas na gestação	+0,149*	5.º

**Estatisticamente significativo, em nível inferior a 0,01 (1%).
*Estatisticamente significativo, em nível inferior a 0,05 (5%).

Enfatiza-se aqui o fator sócio-econômico que comparece como elemento primeiro na problemática estudada; ainda, fatores como paridade, escolaridade, pré-natal e orientação recebida na gestação são todos antecessores do fator idade.

4 A SUGESTÃO DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Tendo como back-ground as considerações preliminares aqui enunciadas na fase introdutória bem como os resultados da pesquisa de campo, pode-se pensar na gravidez das adolescentes como um problema de saúde pública, em nosso meio, de difícil solução. A complexidade das questões que envolvem a gestação nesta faixa etária é de clara evidência. Acredita-se, portanto, necessária a implementação de programa de atenção à saúde destas jovens. Nestas condições, passa-se a propor linhas norteadoras de tal programa.

Ao princípio, deve-se considerar:

— o tipo de instituição em que se pretende desenvolver o programa; o contexto social e político; as características da população a ser assistida.

Atendendo à primeira consideração, vale inicialmente sublinhar que 72,7% das adolescentes, conforme já notado, são usuárias de hospital-ensino. Assim, estas instituições devem ser as primeiras a serem instrumentalizadas para este atendimento especializado. Com tanto mais razão, por suas fina-

lidades de formação profissional multidisciplinar e de pesquisa, podendo, por isso, contribuir, num futuro próximo, para a modificação daquele problema.

No que diz respeito à segunda consideração — contexto social e político — compete salientar:

a) que, em nosso meio, a mãe adolescente é discriminada, levando para o porvir a marca desta gravidez;

b) que os adolescentes, como as crianças, não constituem-se em grupo politicamente organizado e articulado, com capacidade de reivindicações de recursos para programas de saúde visando ao seu atendimento.

Assim, o poder público deveria chamar para si o importante papel político e social de fomentar a discussão do problema bem como de estimular e subsidiar programas de saúde em nível preventivo para esta população.

Ao se cogitar do terceiro aspecto a ser considerado — as características da população — tal será feito ao tempo em que se perpassará algumas sugestões atinentes à prática assistencial: uma sugestão de programa.

a) No que diz respeito ao desenvolvimento ficou característico, na adolescente grávida deve-se dar ênfase ao atendimento das deficiências alimentares. (É inescapável, neste sentido, que, em verdade, este é um país em que uma ingente maioria vive sob precárias condições alimentares). Assim, faz-se necessário o acompanhamento das adolescentes grávidas, por pessoal da área de nutrição visando à avaliação higieno-dietética, bem como através de implementação de programa de suplementação alimentar.

b) Acerca dos cuidados corporais da jovem mãe, sugere-se um programa educativo neste sentido. A visão e inspeção do próprio corpo gravídico ou puerperal sob uma ótica externalizada — como os demais as vêem — entende-se como importante. A utilização de vídeo-cassete neste trabalho pode ser valiosa.

c) Conforme já referido, as adolescentes tanto engravidam por desconhecerem o processo reprodutivo como por necessidade de testarem seu corpo feminino e sua independência. Sugere-se, então, proporcionar subsídios e experimentação, por divisão de experiência, através de grupos de adolescentes, objetivando desenvolver raciocínio abstrato, levando, por exemplo, a adolescente a analisar as conseqüências de um relacionamento sexual desprovido de anticoncepção. Poder-se-ia igualmente incentivar nestas jovens o sentido de auto-estima e o sendo de responsabilidade em relação a si e ao seu bebê.

Por tais caminhos o atendimento somente poderá ser levado a bom termo, se do programa participarem pessoas interessadas, que gostem de adolescentes e que conheçam os padrões cognitivos destes jovens. A metodologia da assistência proposta deve ser especificamente para as adolescentes, prevendo-se maior disponibilidade de tempo por consulta individual médica, de enfermagem, de nutrição e de assistência social, além de ser proporcionado o atendimento em setor ou dia específico para elas.

d) Face ao baixo nível de escolarização constatado, faz-se necessário que o programa, na sua dimensão educativa, desenvolva-se, o mais possível através de recursos audiovisuais e não por meio de matéria escrita: figuras, cartazes, filmes, fitas-cassete, etc.

Também o contínuo estímulo à atividade de estudo escolarizado é fundamental na medida em que este oportuniza melhores opções de trabalho e independência futura.

e) Constatou-se por este estudo que 27,3% das mães adolescentes possuíam dois ou três filhos: constatação sombria e de difícil encaminhamento de solução. Sugere-se aqui que uma programação de atendimento a adolescentes seja desenvolvida, proporcionando acompanhamento desde o pré-natal até o período de um ano pós-parto, visando alcançar a mudança de atitude destas jovens para uma maternidade responsável.

Serviços de atendimento familiar deveriam ser oferecidos 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.

f) Por este estudo constatou-se que a maioria das adolescentes trazia consigo experiência em cuidado de crianças, embora com deficiência no conhecimento no cuidado de saúde de seus filhos. Cabe, então, sugerir o ensinamento destes cuidados de forma prática, com o próprio filho, mediante supervisão de equipe de saúde, e continuada após a alta hospitalar. Estas adolescentes deveriam participar de grupos de mães durante um ano pós-parto, para discussão destas questões.

g) 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 RN no puerpério. A enfermeira, como mais capacitada para tal função, devido à sua característica de educadora de saúde, deve assumir este papel em programas para adolescentes.

h) A constatação de que o nível sócio-econômico foi o fator principal na determinação do baixo conhecimento de saúde das mães adolescentes implica a necessidade de ações assistenciais e educativas na programação de saúde, principal-

mente a mães adolescentes de mais baixo nível sócio-econômico.

Uma vez analisados estes marcos referenciais, já se dispõe de subsídios para a determinação dos *objetivos gerais* deste programa:

— 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 (primeiro trimestre gestacional);

— aumentar a média de consultas pré-natais na gestação.

A partir dos objetivos gerais, competirá aos responsáveis pelas diversas especialidades elaborar os objetivos específicos de cada área. Aqui seguem expressos os da área de enfermagem.

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

b) Oferecer informações abrangentes sobre os serviços de nutrição e serviço social.

c) Estimular o autocuidado e a responsabilidade com a prevenção de saúde, com vistas à boa qualidade de saúde da mãe e de seu filho.

d) Envolver a família no processo da maternidade, para um melhor apoio e colaboração na divisão das tarefas da gestante.

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

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

g) Fornecer ensinamento sobre os cuidados, no pós-parto, e ao RN.

h) Fornecer informações sobre planejamento familiar.

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

Finalmente, vale considerar algumas limitações que em tal ou qual aspecto desse estudo possam vir a ser constatadas: a maternidade na adolescência se constitui num problema complexo, que apresenta a possibilidade de inúmeras abordagens.

O embasamento teórico desta pesquisa está assentado, especialmente, em literatura norte-americana devido ao estágio incipiente de diagnóstico da problemática da gravidez na adolescência em estudos brasileiros, o que pode ser implicado distorções, face à 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 considerado a estratificação dos níveis sócio-econômicos, não foi representativa de todas as classes sociais, devido à natureza probabilística da amostra. Impõem-se pesquisas adicionais com adoção de plano amostral mais abrangente, a fim que os resultados possam levar a inferências válidas para o universo.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ABRAMS, B. Helping pregnant teenages eat right. *Nursing*. New Jersey, *11*(3): 46-7, Mar. 1981.

2 AGOSTINI, S.M.M. et alii. Adolescência: informação sobre anticoncepção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, *9*(1): 23-8, jan. 1988.

3 AHUED, J.R. et alii. Atencion obstetrica en la adolescencia. *Ginecologia y Obstetricia Mexicana*, México, *43*(255): 3-6, ene. 1978.

4 BARTEL, C.H. Old anough to get pregnant... too young to have babis. *Nursing*, London, *43*(255): 44-5, Mar. 1981.

5 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.

6 BLAKE, G. et alii. Crecimiento, desarrollo y assistencia durante puberdad y adolescencia (13 a 14 años). In: ____ . *Enfermeria Pediatrica de Jeans*. 8.ed., México, Interamericana, 1971. Parte 6, p.596-21.

7 CABRAL, A.C.V. et alii. Gravidez e adolescência. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, São Paulo, *95*(6): 251-3, jun. 1985.

8 CARD, J. & WISE, L. Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early child bearing on the parent's personal and professional lives. *Family Planning Perspectives*, New York, *10*(4): 199-205, July/Aug. 1978.

9 COLLI, A.S. Variabilidade do desenvolvimento pubertário. *Comunicação*, São Paulo, *6*(1): 8-9, 1985.

10 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-Procienx, 1982. Cap. 24, p.195-206.

11 ELKIND, D. *Crianças e adolescentes; ensaios interpretativos sobre Jean Piaget.* 2.ed. rev. aum., Rio de Janeiro, Zahar, 1975. 154p.

12 GRINDER R. Estudios sobre el desarrollo del adolescente. In: ____. *Adolescência.* México, Ed. Linnsa, 1976. Cap. 1, p.15-62.

13 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) IX Recenseamento Geral — 1980.

14 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Rio Grande do Sul, s.d.

15 MARTINS, A.D. et alii. Idade da menarca em nosso meio. *Jornal Brasileiro de Ginecologia,* Rio de Janeiro, *90*(2): 77-80, 1980.

16 MATHIAS, L. et alii. Gravidez na adolescência: primigestas de 9 a 15 anos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia,* São Paulo, *95*(3): 89-91, mar. 1985.

17 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.

18 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. Águas de São Pedro, SP, out. 1986. v.1, p.213-32. Apud: ARRUDA, José Maria et alii. *Anticoncepção no adolescente brasileiro.* Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Adolescência, Rio de Janeiro, jun. 1987.

19 OLSON, L. Social and psychological correlates of view. *American Journal of Orthopsychiatric,* Boston, *50*(3): 432-44, July1980.

20 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programas de planejamento de família. *Population Reports,* Washington, Série J, (10): 169-92, ago. 1976.

21 PAGE, E.W. et alii. The functional bases of gynecology and andrology. In: ____. *Human reproduction: essentials of reproductive and perinatal medicine.* 3.ed. Philadelphia, Saunders, 1981. Cap. 3, p.41-82.

22 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.

23 REZENDE, J. de & BELFORT, P. Primiparidade precoce. *Revista Ginecologia e Obstetrícia,* São Paulo, p.6-17, jul. 1968.

24 SANTOS, E. da S. et alii. Maternidade e adolescência: sentimentos e atitudes. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* Porto Alegre, *8*(1): 27-45, jan. 1987.

25 STEINBERG, L. Adolescence development in context. In: ____ . *Adolescence.* New York, Alfred A. Knopf, 1985. Introd., p.3-16.

26 TIBA, I. Puberdade. In: ____ . *Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial.* 2.ed. São Paulo, Ed. Agora, 1986. Cap. 1, p.7-36.

27 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert committee on maternity care. First report, a preliminary survery.* Technical report series, Geneva, (51), 1952.

28 ____. Pregnancy and abortion in the adolescence. *Technical Report Series,* Geneva, (583): 7-27, 1975.

Endereço do autor: Anna Maria Hecker Luz
Author's address: Rua São Manoel, 963 — Campus da Saúde
90.620 — PORTO ALEGRE — RS