

Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

COPING E SAÚDE MENTAL DE GRÁVIDAS
ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO
PROJETO MENINAS DE LUZ

Juliana de Moura Borges

Goiânia
2007

Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

COPING E SAÚDE MENTAL DE GRÁVIDAS
ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO
PROJETO MENINAS DE LUZ

Juliana de Moura Borges

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

Orientadora: Profª. Dra. Daniela Sacramento Zanini

Goiânia
2007

Catlogação na fonte: Biblioteca Central da UCG.

B732c Borges, Juliana de Moura.

Coping e saúde mental de grávidas adolescentes participantes do Projeto Meninas de Luz [manuscrito] / Juliana de Moura Borges. – 2007.

142 f.

Datilografado.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia, 2007.

“Orientadora: Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini”.

1. Gravidez na adolescência – *coping* – saúde mental. 2. Adolescência – gravidez – estresse – ansiedade – depressão. I. Zanini, Daniela Sacramento (Orient.). II. Título.

CDU: 159.922.8:618.2

618.2-053.6

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM PSICOLOGIA
DEFENDIDA EM 04 DE MAIO DE 2007. E CONSIDERADA
Aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) *Daniela Sacramento Zanini*
Dr^a. Daniela Sacramento Zanini / UCG (Presidente)

2) *Helenides Mendonça*
Dr^a. Helenides Mendonça / UCG (Membro)

3) *Ângela Elizabeth Lapa Coelho*
Dr^a. Ângela Elizabeth Lapa Coelho / UCDB (Membro Convidado)

Este trabalho é totalmente dedicado à minha mãe,
Vera Lúcia, companheira durante todo o tempo do
Mestrado: do calvário à salvação. Seu nome faz jus ao
que é para mim: *Verdadeira Luz*.

Beijo grande, mãe!

AGRADEÇO

Às jovens mães participantes desta pesquisa, pelo aceite e sinceridade ao informar dados tão particulares dessa experiência ímpar pela qual estavam passando, a primeira gravidez. Espero que estejam bem e felizes com seus filhos! Deus abençoe vocês!

À Claudinha Barrozo e à Luciene, pelo grande apoio psicológico que me deram do início ao fim. Às dicas, às suposições, às certezas, às luzes que acenderam para mim.

Aos colegas do GEPOTS, pelos deliciosos encontros semanais e também pela ajuda teórica e na categorização de algumas respostas.

Às minhas colegas de Mestrado, Ivone e Margareth, pois entre uma ajuda e outra nos tornamos amigas.

À orientadora, Dra. Daniela, que com grande sabedoria me orientou durante esse processo. Obrigada por ter acreditado em mim.

Às professoras Sônia Margarida e Helenides, pelas valiosas contribuições na qualificação.

À Profa. Me. Suzana Oellers, pela dedicação, disposição e desprendimento pessoal em fazer a revisão e normalização desta dissertação, trabalho feito com todo o critério e profissionalismo.

Aos amigos, antigos colegas da OVG, que me ajudaram na coleta de dados, agradeço mais uma vez.

Aos amigos da UNIP, Ana Carolina, Analice, Cida, Cris Vianna (Flor), Eliane, Inês, Janaína, Milton, companheiros sempre. Beijos a todos, no coração.

Aos queridos alunos, vocês são a razão do meu mestrado.

À Betinha, pois foi tudo de bom reencontrá-la nessa fase!

Aos novos amigos Mariângela, Rosseny e William, e à novíssima Su, pela força que me deram!

Às minhas primas, Anamaria e Analice (comadre), pois vocês acreditaram, deram força, ombro, lenço, comida, saídas, idéias... Saibam que as tenho como irmãs. Quantas coisas aconteceram nesses dois anos, paralelas ao Mestrado...

Aos meus adorados sobrinhos, Isadora e Guilherme, pela alegria contagiante!

Ao meu irmão, Léo, e à minha cunhada, Adriana, pela força.

Ao meu irmão, Gustavo, pela coragem incentivadora.

À tia (madrinha, mãe) Izabel e ao Mateus, pelo tempo que não tivemos!

Por tudo isso, “então minh’alma canta a Ti, Senhor. Quão grande és Tu, quão grande és Tu!”

Sexta-feira, 28 de abril de 1944

Querida Kitty,

Nunca me esqueci do sonho com Peter Schiff. Até agora consigo sentir seu rosto encostado no meu, e aquela felicidade maravilhosa que tornava tudo tão bom. De vez em quando eu tinha a mesma sensação com Peter, mas nunca tão intensamente... até ontem à noite. Estávamos sentados no divã, como sempre, abraçados. De repente, a Anne de todos os dias desapareceu, e a segunda Anne tomou o seu lugar. A segunda Anne, que nunca é confiante demais ou divertida, mas que só quer amar e ser gentil.

Fiquei encostada nele e senti uma onda de emoção me invadir. Lágrimas me vieram aos olhos; as da esquerda caíram no sobretudo dele, e as da direita escorreram pelo meu nariz e caíram perto das primeiras. Será que ele percebeu? Ele não fez qualquer movimento para mostrar que havia percebido. Será que sentia o mesmo que eu? Não falou nada. Será que percebeu que tinha duas Annes ao seu lado? Minhas perguntas continuaram sem resposta.

[...] A mesma pergunta vive me intrigando: “Está certo? Está certo me entregar tão cedo, ser tão passional, me encher de tanta paixão e tanto desejo quanto Peter? Será que eu, uma garota, posso me permitir isso?”

Só há uma resposta: “Eu desejo tanto... e desejei durante tanto tempo! Sou tão sozinha e agora encontrei consolo!”

[...] Meu coração ainda é sensível demais para se recuperar tão depressa de um choque como o que tive ontem à noite. A Anne gentil aparece raramente, e não gosta de ser expulsa depois de ter chegado. Peter tocou numa parte minha que ninguém havia tocado antes, a não ser

no sonho! Ele me agarrou e me virou pelo avesso. Será que as pessoas não precisam de algum tempo de silêncio para se recuperar? Ah, Peter, o que você fez comigo? O que quer de mim?

[...] Tenho medo de mim, medo de que meu desejo faça com que eu me entregue cedo demais. Como poderia dar certo com outros rapazes mais tarde? Ah, é tão difícil, a eterna luta entre coração e mente! Há um tempo e um lugar para as duas coisas, mas como posso ter certeza de que escolhi o tempo certo?

Sua Anne M. Frank

Resumo

Esta dissertação apresenta uma pesquisa com adolescentes grávidas cujos objetivos foram avaliar a vivência da gravidez na adolescência, conhecer as características sociodemográficas da amostra e verificar a ocorrência de correlações entre estresse, *coping*, ansiedade e depressão em função da gravidez. Os dados foram coletados no *Projeto Meninas de Luz*, um programa social dedicado a adolescentes grávidas em Goiânia–GO, com uma amostra de conveniência (n = 43). O trabalho foi dividido em duas partes: Estudo 1 e Estudo 2. Para a consecução do Estudo 1, um guia de entrevista foi construído a partir dos estudos teóricos sobre o assunto e aplicado a 11 das participantes, a fim de avaliar a apreciação das adolescentes sobre o estado de gravidez. No Estudo 2, com o total de participantes, inicialmente foi utilizado o *Coping Response Inventory Youth Form* (CRI–Y) para conhecer as estratégias de *coping* utilizadas pela amostra para o enfrentamento do problema. Posteriormente, utilizou-se o *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) para avaliar os níveis de ansiedade e depressão das participantes, respectivamente. Foram conduzidos o teste ANOVA para a análise das médias de *coping*, níveis de ansiedade e depressão por idade e a técnica de Spearman para a avaliação das correlações entre as variáveis, utilizando o pacote estatístico Windows SPSS versão 11.0. Concluiu-se que: as participantes assumiram a gravidez, embora continuassem a apresentar as características da fase da adolescência; não houve padrão de uso de estratégias de *coping*; não foram encontradas diferenças no uso de estratégias de *coping* entre as idades; e as participantes não apresentaram níveis psicopatológicos de ansiedade e depressão. Esses resultados podem ter sido encontrados em função do reduzido número de participantes da amostra.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; estresse; *coping*; ansiedade; depressão.

Abstract

COPING AND MENTAL HEALTH OF PREGNANT ADOLESCENTS PARTICIPATING IN *PROJETO MENINAS DE LUZ*, IN GOIÂNIA–GO, BRAZIL

This dissertation presents a research with pregnant adolescents aiming to evaluate the event pregnancy in adolescence, know the sample demographics, and verify the occurrence of correlations among stress, coping, anxiety, and depression due to pregnancy. Data were collected in *Projeto Meninas de Luz*, a social program dedicated to pregnant adolescents in Goiânia–GO, a city in the Midwestern Region of Brazil, using a convenience sample (n = 43). This research was divided into two parts: Study 1 and Study 2. In order to carry out Study 1, an interview guide was built based on theoretical studies about the subject and applied to 11 of the participants to evaluate how they faced the event pregnancy. In Study 2, with all the participants, first, the Coping Response Inventory Youth Form (CRI-Y) was used in order to know the coping strategies the sample used to face the problem. After that, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI) were applied aiming to evaluate the participants' levels of anxiety and depression, respectively. ANOVA test was performed to analyze the means of coping, levels of anxiety and depression according to the age, and Spearman technique was applied to evaluate the correlations among the variables using Windows SPSS version 11.0. It was concluded that: the participants accepted pregnancy, although they continued to present the typical characteristics of adolescence; there was no pattern in the use of coping strategies; no differences in the use of coping strategies among ages were found; and the participants did not present psychopathological levels of anxiety and depression. These results might have been found due to the reduced number of participants.

Key words: pregnancy in adolescence; stress; coping; anxiety; depression.

Lista de Figuras

Figura 1.	Modelo conceitual dos processos de <i>coping</i> e estresse de Moos.	38
Figura 2.	Modelo empírico.	56
Figura 3.	Média da frequência do uso das estratégias de <i>coping</i> por idade.	90
Figura 4.	Nível médio de ansiedade e depressão por idade.	93

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Categorias básicas de estratégias de <i>coping</i> com oito subtipos de <i>coping</i> associados	41
Tabela 2.	Descrição psicométrica do BAI e do BDI	64
Tabela 3.	Apresentação das participantes do Estudo 1	67
Tabela 4.	Correlação de Spearman entre as estratégias de <i>coping</i>	96
Tabela 5.	Correlação de Spearman entre as estratégias de <i>coping</i> e a apreciação do problema	102
Tabela 6.	Correlação de Spearman entre as estratégias de <i>coping</i> , a ansiedade e a depressão	106

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychological Association

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

CDI – *Children's Depression Inventory*

CRI-Y – *Coping Response Inventory Youth Form*

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

GEPOTS – Grupo de Estudos em Psicologia Organizacional, do Trabalho e Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OVG – Organização das Voluntárias de Goiás

UCG – Universidade Católica de Goiás

Sumário

Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de figuras	x
Lista de tabelas	xi
Lista de abreviaturas	xii
Introdução	15
Parte I. Estudo Teórico	19
<i>Capítulo 1. Adolescência e Gravidez</i>	19
<i>1.1 Adolescência</i>	20
<i>1.2 Gravidez</i>	24
<i>Capítulo 2. Coping e Saúde Mental</i>	33
<i>2.1 Estresse</i>	33
<i>2.2 Coping</i>	36
<i>2.3 Saúde mental</i>	44
<i>2.3.1 Ansiedade</i>	44
<i>2.3.2 Depressão</i>	47
Parte II. Estudo Empírico	54
<i>Capítulo 3. Metodologia</i>	54
<i>3.1 Objetivo</i>	54
<i>3.2 Modelo Empírico</i>	55
<i>3.3 Hipóteses</i>	56
<i>3.4 Caracterização do Campo da Pesquisa</i>	57
<i>3.5 Participantes</i>	58
<i>3.6 Instrumentos</i>	60
<i>3.7 Procedimentos</i>	63

<i>Capítulo 4. Estudo 1 – Apreciação do Estado de Gravidez</i>	66
<i>4.1 Resultados e Discussão</i>	66
<i>4.1.1 Comportamento sexual</i>	69
<i>4.1.2 Gravidez</i>	75
<i>4.1.3 Apoio social</i>	80
<i>4.1.4 Hábitos e atividades</i>	82
<i>4.1.5 Futuro</i>	83
<i>4.1.6 Conclusões</i>	85
<i>Capítulo 5. Estudo 2 – Estudo Correlacional: Coping e Saúde Mental</i>	89
<i>5.1 Estratégias de Coping e Idade</i>	89
<i>5.2 Ansiedade, Depressão e Idade</i>	92
<i>5.3 Estratégias de Coping</i>	95
<i>5.4 Estratégias de Coping e Apreciação do Problema</i>	101
<i>5.5 Estratégias de Coping, Ansiedade e Depressão</i>	105
<i>5.6 Conclusões</i>	108
<i>Capítulo 6. Conclusão Geral e Agenda de Pesquisa</i>	111
Referências	116
Apêndices	131
<i>Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	132
<i>Apêndice B. Guia de Entrevista Estruturada e Aberta</i>	134
<i>Apêndice C. Coping Response Inventory Youth Form (Cri-Y)</i>	137

Introdução

A adolescência foi categorizada por Hall (1904), de acordo com Petersen (1988) e Takiuti (1997), como uma etapa de estresse e tumulto psicológico. Isso porque estão incluídas nessa fase do desenvolvimento mudanças constantes que podem sobrecarregar o indivíduo e torná-lo especialmente vulnerável a problemas sociais e de saúde (Petersen, 1988; Takiuti, 1997). Levisky (1998), Aquino et al. (2003), Arpini e Quintana (2003) e Salles (2005) referem-se às inúmeras mudanças comportamentais, psicológicas, das áreas de cognição, realizações, desenvolvimento social e relacionamento em pares como eventos que ocorrem na adolescência e que têm de ser enfrentados independentemente da escolha da pessoa.

O estresse a que se refere Hall (1904) é a vivência de eventos que têm probabilidade de induzir alto grau de tensão, interferindo na normalidade de respostas do indivíduo (Reppold, Pacheco, Bardgi, & Hutz, 2002). Dessa forma, a gravidez, principalmente aquela vivenciada em uma etapa evolutiva precoce, é um possível evento estressante, que varia de acordo com os padrões da cultura em que a adolescente está inserida, ou seja, a conjunção de gravidez e adolescência tende a potencializar a ocorrência de estresse.

A depender do modo como a adolescente enfrenta a gravidez, alguns problemas de saúde mental podem se desenvolver, entre os quais a ansiedade e a depressão, temas tratados na presente pesquisa. Entende-se aqui que há dois níveis de ansiedade: a patológica, que traz conseqüências para o comportamento e a convivência social, e a cotidiana, uma das emoções mais básicas do ser humano.

Caracterizada principalmente por humor deprimido, a depressão é encontrada com maior frequência em indivíduos do sexo feminino, e acredita-se que seja própria das alterações hormonais em que constantemente se encontram as mulheres (American Psychiatric Association, 2002). Embora a depressão não apareça com a mesma constância da ansiedade em estudos sobre a adolescência, sua incidência é mais comum em pesquisas com mulheres grávidas.

Várias pesquisas têm demonstrado que os índices nacionais de incidência de gravidez na adolescência crescem a cada ano (Velho, Fernandes, Ahmad, Domingues & Pacagnan, 2000; Oliveira, Arilha, Cunha, & Rocha, 2001; Ballone, 2004; Brasil, 2007). Ainda que muito se discuta acerca dos métodos contraceptivos, inclusive por intermédio dos meios de comunicação de massa, sobretudo o televisivo, as adolescentes continuam engravidando sem planejamento. Segundo a literatura, isso pode causar desde transtornos sociais, antecipando ou atrasando a trajetória da adolescente na comunidade em que está inserida, até transtornos em sua saúde geral, física e mental (Camarano, 1998; Cabral, 2003; Pantoja, 2003; Lima et al., 2004).

Contudo, embora esse tema seja relevante, tanto sob o ponto de vista teórico como por suas implicações sociais, foram encontrados poucos estudos realizados no município de Goiânia–GO sobre esse assunto. Portanto, a relevância desta pesquisa está na possibilidade de conhecer melhor as adolescentes grávidas inseridas nessa comunidade, assim como de reconhecer se há um padrão nas estratégias de *coping* utilizadas por elas e a implicação deste uso para a sua saúde mental. A partir disso, também se pode vislumbrar a elaboração e/ou a avaliação de programas de prevenção da gravidez e a melhoria ou o incremento dos programas já existentes para as adolescentes grávidas neste município. Assim, espera-se que seja oferecida às jovens melhor qualidade de vida durante o período da gestação e, posteriormente, que isso se estenda aos cuidados com seus filhos.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa com participantes do *Projeto Meninas de Luz*, um programa de atendimento a adolescentes grávidas da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG), em Goiânia, que teve como objetivo geral a avaliação da vivência da gravidez na adolescência, considerando-a um momento de importante fragilidade biopsicossocial, e suas conseqüências para a saúde mental da adolescente.

Entende-se aqui como adolescência o período da vida compreendido entre os 12 anos e os 18 anos, 11 meses e 29 dias de idade, conforme postulado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e adotado em todo o país (Brasil, 1990).

Para atingir o objetivo proposto nesta dissertação foi realizada, em primeira instância, uma revisão teórica sobre os temas relevantes, a qual foi dividida em dois capítulos. Assim, no Capítulo 1 apresenta-se uma revisão dos estudos sobre a adolescência, a partir do momento em que se tornou tema de discussões científicas, perpassando pelo período histórico mundial e, por fim, brasileiro, em que o interesse por essa fase da vida tomou corpo, abordando principalmente os aspectos relacionados à maturidade sexual e à vida social do adolescente. Esse capítulo é encerrado com uma discussão sobre a visão da gestação na adolescência, dentro dos preceitos considerados normais ou esperados pela sociedade desde o início do século XX até os dias atuais, e por que é considerada precoce atualmente (Camarano, 1998; Cabral, 2003), sempre levando em consideração os aspectos socioeconômicos e culturais desse evento. No Capítulo 2 discorre-se sobre estresse, *coping* e saúde mental, nessa ordem, descrevendo-se, para cada um dos itens, suas características na adolescência e na gravidez.

No Capítulo 3 são apresentados a metodologia e o modelo empírico utilizados na presente pesquisa, que foi composta por dois estudos: o Estudo 1, para conhecer algumas características sociodemográficas da amostra e a apreciação do estado de gravidez pelas participantes; e o

Estudo 2, com características quantitativas, para avaliar as formas de enfrentamento de problemas utilizadas pelas adolescentes do *Projeto Meninas de Luz*, os níveis de ansiedade e depressão por elas apresentados, além das correlações encontradas entre esses dados.

O Estudo 1 é apresentado no Capítulo 4, em que é descrita a amostra. Além disso, nesse capítulo, os dados obtidos são comparados com os de algumas pesquisas brasileiras sobre a temática da gravidez na adolescência, tendo sido escolhidos para isso aqueles que apresentam amostras com características socioeconômicas semelhantes às verificadas neste estudo.

No Capítulo 5 é apresentado o Estudo 2, que versa sobre as correlações observadas entre as variáveis estresse, *coping*, ansiedade, depressão e idade da adolescente grávida utilizando-se a análise correlacional de Spearman e o teste ANOVA. Os dados assim obtidos são discutidos em comparação com trabalhos estrangeiros sobre a adolescência, já que não foram encontradas pesquisas sobre *coping* nessas condições feitas no Brasil até o momento. A presente dissertação pode, portanto, ser uma pesquisa desbravadora sob essa perspectiva.

No Capítulo 6 são apresentadas as conclusões gerais e uma agenda de pesquisa. Vários estudos podem ser feitos a partir dos dados obtidos para esta amostra de modo a ampliá-los. Durante este trabalho surgiram alguns temas de grande relevância para o estudo do estresse e do *coping* na população brasileira, tal como conhecer as estratégias de enfrentamento da rede de apoio social da adolescente grávida.

Parte I. Estudo Teórico

Capítulo 1. Adolescência e Gravidez

Neste primeiro capítulo discorre-se sobre algumas características da adolescência e da gravidez, os índices de ocorrência de gravidez na adolescência no Brasil e suas conseqüências sociais.

Segundo Petersen (1988) e Takiuti (1997), Hall (1904) considerava a adolescência como uma fase necessariamente conturbada em nível psicológico e afirmava que esta foi percebida como uma etapa evolutiva da vida da pessoa partir da Revolução Industrial, embora sua importância na clínica médica só tenha ocorrido na segunda década do século XX. Atualmente, existem vários estudos sobre a adolescência a partir da Psicologia e de outras ciências afins.

Outro tema de estudo considerado relevante apenas a partir do século XX é a gravidez ocorrida na adolescência. Estado exclusivamente feminino, a gravidez desencadeia inúmeras mudanças biopsicossociais na mulher. Mudanças em alguns conceitos, como casamento e maternidade, ao longo da história, foram também moldando a forma da sociedade perceber a gravidez, sobretudo quando ocorrida na adolescência. Além de abordar as mudanças sociais que permeiam esse estado, também são discutidas neste estudo as influências que a gravidez pode ter sobre a saúde mental da jovem adolescente.

1.1 Adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) postula que a adolescência compreende o período da vida entre 10 anos e 20 anos de idade (Takiuti, 1997). Porém, para definir essa fase do desenvolvimento no presente estudo foi utilizada a faixa etária proposta pelo ECA (Brasil, 1990), que define tal etapa situando-a entre as idades de 12 anos e 18 anos, 11 meses e 29 dias, por ser esta a referência empregada no Brasil em geral, inclusive no local em que foram coletados os dados desta pesquisa.

Os estudos do processo evolutivo da pessoa, no que se relaciona aos seus aspectos biológicos e psicossociais, especialmente sobre a adolescência, são relativamente recentes na história contemporânea. Até o século XVII, o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa era desconsiderado.

De acordo com Takiuti (1997), Arpini e Quintana (2003) e Salles (2005), o conceito de adolescência foi desenvolvido pela sociedade industrial a partir de leis trabalhistas, as quais tornavam os jovens dependentes dos pais. Salles (2005) também afirma que o reconhecimento dessa fase da vida emergiu com o início da escolarização das pessoas, época em que houve uma suposta separação entre aquelas que estavam em fase de desenvolvimento e seus pais. Na burguesia, isso ocorria principalmente quando o adolescente ia para o exterior com o intuito de obter educação considerada mais rígida e mais completa pelas famílias.

Takiuti (1997) fez uma ampla revisão acerca do desenvolvimento dos estudos sobre a adolescência, desde o seu início, no ano de 1918, quando a clínica médica para adolescentes foi mencionada pela primeira vez, aliando os aspectos clínicos aos educacionais e sociais. Na década

de 1920, iniciaram-se na Europa as avaliações e pesquisas a respeito do crescimento antropométrico e do desenvolvimento da personalidade, então se diferenciando a criança do adolescente. Esses trabalhos tiveram de ser interrompidos no início da década de 1940, em função da Segunda Guerra Mundial, fato este citado no estudo de Reis (1998). Em caráter internacional, apenas na década de 1980 a Organização das Nações Unidas (ONU) proporcionou levantamentos e diagnósticos locais, regionais, nacionais e mundiais, com a declaração do Ano Internacional da Juventude em 1985 (Takiuti, 1997; Aquino et al., 2003).

A partir daí, a adolescência se tornou tema literário e de preocupações moralistas e políticas (Reis, 1998), e foi, então, se consolidando como um conceito universal e com grandes repercussões sociais. A maturação biológica do ser humano, associada à sua importância social e cultural, passou a ser um ponto de partida para os estudos sobre essa fase do desenvolvimento humano (Takiuti, 1997; Reis, 1998; Cabral, 2003; Salles, 2005).

Atualmente, existem várias correntes de pensamento sobre a adolescência, às vezes consideradas até antagônicas. Há aquelas que pretendem defini-la e limitá-la com início e fim, em função da maturação biológica, assim como as que estudam essa fase da vida de acordo com as mudanças biopsicológicas que nela ocorrem, e ainda as que consideram os acontecimentos e/ou fatos ambientais, culturais e sociais que a envolvem. Neste estudo, pretende-se utilizar o complemento entre tais pensamentos, sem enfatizar ou desconsiderar quaisquer deles, ao contrário, discutindo as possibilidades de reflexão geradas por cada um deles.

Petersen (1988) e Takiuti (1997) apontam Hall (1904) como o precursor dos estudos sobre a adolescência, tendo sido quem primeiro caracterizou essa etapa evolutiva como estressante e tumultuada psicologicamente. Alguns autores, como Ana Freud, incluíram a adolescência em suas perspectivas teóricas baseados nos conceitos de Hall. Essa pesquisadora

ampliou os estudos de Hall sob uma perspectiva psicanalítica, revelando que a desordem psicológica era um aspecto necessário para o desenvolvimento do adolescente (Petersen, 1988).

Takiuti (1997) indicou em seus estudos uma vulnerabilidade a problemas sociais e de saúde da população adolescente, considerando alguns fatores sociais que se somam às características típicas dessa fase, que, por vezes, podem se apresentar com maior ou menor intensidade: necessidade de auto-afirmação, desconhecimento de limites, ímpeto em questionar normas e valores, ansiedades, dúvidas diversas, frustrações. Esses fatores podem contribuir para as sensações de magia e onipotência que os jovens experimentam, as quais produzem o sentimento de que nada de ruim lhes acontecerá, aumentando a chance de ocorrência de comportamentos de risco diversos, seja em relação à saúde, seja de ordem da segurança pessoal. Isso contribui, sobretudo, para as atitudes reivindicatórias, na maioria das vezes diferentes ou até contrárias às dos pais e dos sistemas sociais.

Quando é definida a adolescência, mesmo que sem fronteiras claras, como um período de desenvolvimento especialmente vulnerável a problemas de saúde e sociais, incluem-se nessa fase da vida mudanças constantes que podem sobrecarregar o indivíduo com alto grau de tensão, como afirmam Aquino et al. (2003) e Levisky (1998). Esses autores referem-se a mudanças comportamentais, alterações psicológicas, confusão na construção da nova identidade, além das que ocorrem nas áreas de cognição e realizações, desenvolvimento social e relacionamento em pares.

Aberastury e Knobel (1981), Takiuti (1997), Levisky (1998), Aquino et al. (2003), Cabral (2003), Pantoja (2003), M. C. O. Costa et al., (2005) e Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) apontam que as transformações sociais e culturais influenciam a fase da adolescência. Isso é claramente percebido ao se comparar comportamentos e relações sociais nessa fase do

desenvolvimento entre diferentes grupos culturais. A condição cultural faz parte dos hábitos que mudam dentro de grupos sociais a cada etapa evolutiva. Aquino et al. (2003), Cabral (2003) e Salles (2005) enfatizam que as interpretações e os significados da adolescência elaborados em épocas ou contextos diferentes dependem dos aspectos sociais e culturais do meio em que o jovem está inserido. Nesse sentido, Figueiró (2002), Cabral (2003), Pantoja (2003) e Lima et al. (2004) argumentam que a cultura é determinante na constituição da adolescência, e o resultado disso se faz visível na integração dos processos de desenvolvimento biológico, mental e social. A respeito da cultura do jovem, Lavinias (1997) afirma que:

[...] a seqüência juventude não tem a mesma duração ontem e amanhã, e o uso desse lapso de tempo ao longo de uma vida é marcado por constrangimentos particulares ligados ao pertencimento a um grupo sexual de uma dada categoria sócio-econômica e cultural. (p. 17)

Em sua pesquisa, Lavinias (1997) ressalta também o grande anseio que alguns adolescentes têm pela independência financeira e por trabalho. Isso mostra a concorrência que os jovens passam a exercer com seus pais, no sentido de mostrar-lhes que estão aptos a tratar de si e até de uma nova família.

Em se tratando da saúde mental nessa fase de desenvolvimento, estudos de Petersen (1988) mostram que é grande a proporção de adolescentes que experimenta aumento de dificuldade nessa área da saúde. Segundo o autor, isso justificaria a incidência de suicídio, uso de drogas e diagnósticos de desordens psicológicas nessa faixa etária.

Outro aspecto significativo para este estudo é a existência de divergências entre as pesquisas sobre adolescentes capazes e não capazes de enfrentar os desafios dessa etapa de transição. Adolescentes considerados não capazes podem internalizar suas dificuldades na forma

de depressão, ou podem tender a externalizá-las como comportamentos delinqüentes e pelo uso de drogas lícitas e ilícitas (Petersen, 1988).

Em outros estudos, a ênfase observada se refere ao desenvolvimento psicológico dessas pessoas, e uma característica bastante comum aos adolescentes é apontada: o uso que fazem de sua maturidade sexual. Para Aberastury e Knobel (1981), isso pode ocorrer em função da vulgarização do que é privado, ou da falta de distinção entre o que é privado e o que é público. Segundo esses teóricos, a manifestação da sexualidade do adolescente pode apresentar uma gama que vai desde o auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta.

Para que o adolescente assuma o exercício genital de forma mais saudável e segura, deve experimentar as fases de exploração e preparação que antecedem a fase genital. Contudo, embora biologicamente o adolescente pareça habilitado para o desenvolvimento das funções sexuais adultas, na prática ainda se encontram inúmeras adolescentes que, no exercício de sua sexualidade, acabam engravidando sem planejamento prévio (Aberastury & Knobel, 1981). Tal fato pode justificar os altos índices de maternidade e paternidade precoces que vêm ocorrendo no mundo, bem como a necessidade de se desenvolver estudos sobre esse tema.

1.2 Gravidez

Até o início do século XX, as famílias abastadas consideravam que suas meninas entre 12 e 14 anos estavam aptas para o casamento, pois após essa idade já poderiam estar velhas para a procriação (Goellner, Pilotto, Altmann, & Vieira, 1995; Bocardi, 1998; Aquino et al., 2003; Gonçalves & Gigante, 2006). Atualmente, gravidez e matrimônio nessa faixa etária são

considerados precoces e até imorais por alguns grupos sociais (Reis, 1998; Gonçalves & Gigante, 2006). Portanto, percebe-se que, assim como a concepção de adolescência, a de maternidade não se atrelava apenas às questões físico-biológicas e psicológicas das jovens no começo do século passado, mas também ao contexto socioeconômico e cultural em que estavam inseridas.

De acordo com Romero (1995), Szapiro e Féres-Carneiro (2002) e Aquino et al. (2003), no século XVIII, o sistema reprodutor feminino era considerado não só como determinante do comportamento emocional e moral da mulher, mas também justificava sua debilidade intelectual. O que as capacitava à criação dos filhos era justamente a combinação de seus músculos menos desenvolvidos, sua incapacidade intelectual e sua sensibilidade emocional. Conseqüentemente, o que definia o lugar das mulheres na sociedade como mães era a presença do útero.

Takiuti (1997) e Reis (1998) informam que essa idéia no Brasil só mudou em função do Ano Internacional da Mulher, em 1975, quando os serviços públicos de atendimento à saúde passaram a atender a saúde feminina como um todo, inclusive atentando para a mulher adolescente. Pois, “até então, as mulheres eram reduzidas a um útero e os serviços de atendimento limitavam-se à saúde reprodutiva” (Takiuti, 1997, p. 218).

Para Reis (1998) e Szapiro e Féres-Carneiro (2002), houve uma mudança no modo de vida de algumas sociedades, com as primeiras lutas trabalhistas das mulheres, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. A partir de então, começou-se a perceber, por intermédio de estudos e da mídia, que esse público vem paulatinamente almejando experiências profissionais diferentes das vividas por suas bisavós, avós e, às vezes, até mesmo por suas mães. As mulheres vêm mudando gradativamente o antigo estilo de vida, que priorizava a maternidade, e têm procurado se estabelecer financeiramente a partir de um projeto de realização profissional

(Reis, 1998; Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002; Aquino et al., 2003; Pantoja, 2003; Menezes & Domingues, 2004; Goldenberg et al., 2005). Pode-se dizer que a história mundial vem construindo um lugar para o feminino em todas as áreas de atuação, sejam elas na esfera administrativa, política ou acadêmica (Bocardi, 1998; Ballone, 2004; Menezes & Domingues, 2004).

Como afirmam Soifer (1992), Maldonado (1997), Vitalle e Amancio (2001), Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) e C. S. Martins e Petean (2005), a gravidez, em qualquer fase da vida da mulher, sendo desejada/planejada ou não, é capaz de mudar seu estilo de vida. A partir da comprovação da gravidez, passando pela preparação médica, psicológica e econômica enfrentada pela mulher no período gestacional, e chegando até o momento do parto, faz-se um desencadear de mudanças diversas, que vão desde sintomas físicos e emocionais, para os quais ela pode ou não estar preparada, até os primeiros cuidados com o bebê, incluindo mudanças em seu grupo social.

É a partir do início do segundo trimestre da gestação que a mulher se percebe realmente gerando uma nova vida. Inicia-se a percepção dos movimentos fetais e as mudanças corpóreas são notadas pelas demais pessoas: a mulher começa a sentir a concretude do feto em sua vida. Reconhece, portanto, de forma mais real, a responsabilidade que deverá assumir a partir daquele momento; percebe a realidade de trazer à vida um ser que se acrescentará à sua própria existência; seu corpo também cede para que a nova vida se instale e se desenvolva (Soifer, 1992; Maldonado, 1997; Bocardi, 1998; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Piccinini, Silva et al., 2004).

Soifer (1992) e Maldonado (1997) afirmam que nesse estágio da gravidez, o perigo de aborto é bem menor do que nos meses anteriores, ao passo que a ansiedade provocada pelo medo

da perda pode se desenvolver. Existem outros temores ligados a crenças que surgem também no segundo trimestre: temor de lesões nos órgãos internos da mulher, devido aos movimentos do feto; temor de que sua criança seja disforme; temor de que algo não esteja bem, caso os movimentos diminuam, entre vários outros (Soifer, 1992; Maldonado, 1997).

C. S. Martins e Petean (2005) citam o relacionamento entre o casal de pais como outro aspecto que não se pode deixar de considerar. “O feto ainda *in utero* já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar” (Maldonado, 1997, p. 43). A mulher se angustia com o próprio corpo, que é visto por algumas como disforme, e teme que ele permaneça com aquelas características após o parto (Menezes & Domingues, 2004). O sentimento de fealdade é motivo para depressão e fantasias a respeito do marido/parceiro, fazendo com que a mulher sinta-se incapaz de lhe dar algum prazer. Sendo assim, seu desejo sexual tende a diminuir e, portanto, a relação do casal pode ser posta em risco (Soifer, 1992; Maldonado, 1997).

Além disso, outro motivo que pode levar a mulher a perder a disposição para o sexo é a crença de que a criança seja atingida durante a relação sexual em decorrência da penetração do pênis na vagina, e que, assim, participe da relação sexual (Soifer, 1992).

Brazelton e Cramer (1992), Soifer (1992) e Maldonado (1997) comentam que se sentir feia durante a gravidez faz com que a ansiedade da mulher muitas vezes se transforme em sintomatologias somáticas, que podem ser explicadas por fatores fisiológicos, embora a Psicologia não descarte a relevância dos aspectos emocionais em sua etiologia. Entre esses sintomas estão: náuseas, dores musculares, câimbras, enxaquecas, constipação ou diarreia, hipertensão ou hipotensão, lipotimias transitórias ou ocasionais.

Esses estados de ansiedade podem ser passageiros ou prolongar-se nas formas de depressão, transtornos de ansiedade ou outras sintomatologias fisiológicas (Soifer, 1992;

Maldonado, 1997). Vale mencionar ainda que, como afirma Soifer (1992), no segundo trimestre da gestação já se inicia o temor pelo parto. A confirmação do feto por meio de seus movimentos no ventre faz com que a mulher finalmente acredite que está grávida e que, ao final da gestação, terá de parir.

Todas as características físicas, sociais e psicológicas da gravidez se fazem pertinentes tanto para as mulheres adultas como para as adolescentes. Às transformações próprias da idade, somam-se as esperadas durante a gestação, quando esta ocorre em idade precoce.

De acordo com Dias e Gomes (2000), a literatura a respeito da temática gravidez na adolescência marca uma ambigüidade vivida pelas jovens, fruto da revolução sexual dos anos 70. Naquela década, a função reprodutiva desvinculou-se do ato sexual, dando à mulher o direito ao prazer, com a inclusão da liberdade oferecida pela ciência de ter ou não filhos, decorrente do advento da pílula anticoncepcional, refletindo-se também sobre a mulher adolescente (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002). Sendo assim, faz-se necessário rever os valores envolvidos nessas transformações sociais, as quais não se dão na mesma velocidade das modificações corpóreas, que, por sua vez, não acompanham as psicológicas.

J. M. R. Almeida (1987), M. C. O. Costa e Formigli (2001) e Goldenberg et al. (2005) ressaltam a importância de se conhecer os dados estatísticos mundiais sobre mães adolescentes, em função do crescimento dessa população. No Brasil, essa é uma situação preocupante, pois cresce cada vez mais no país o número de mães nessa fase de desenvolvimento.

Em uma pesquisa com brasileiras entre 15 e 19 anos, o *Family Health International* publicou em 1996 que uma em cada dez mulheres nessa faixa etária já era mãe de dois filhos. A estimativa era de que, a cada ano, um milhão de adolescentes entre 10 e 19 anos se tornariam mães no país. Assim, conclui-se que 26% do total dos bebês nascidos vivos são filhos de

adolescentes e que 50% delas têm seu primeiro filho antes dos 16 anos. Outro dado importante daquela pesquisa é que em 50% dos casos, a gravidez não foi planejada (Oliveira et al., 2001).

Por sua vez, Velho et al. (2000) apontam que anualmente em torno de um milhão de adolescentes dão à luz no Brasil, resultando em um dado alarmante: um em cada três recém-nascidos tem mãe com idade igual ou inferior a 18 anos. Segundo Ballone (2004), 84% das grávidas no Brasil, no ano 2000, tinham entre 16 e 17 anos, o que confirma a necessidade crescente de trabalho com essa população. Já dados do Ministério da Saúde mostram que 17,9% das mulheres que se tornaram mães em 2004 em Goiânia tinham idades entre 10 e 19 anos (Brasil, 2007).

Em seu estudo, Sabroza, Leal, Souza Jr. e Gama (2004) constataram a ocorrência de 26,8% de adolescentes grávidas com sofrimento psíquico em uma amostra que tinha entre 12 e 19 anos de idade. Além disso, devem ser levadas em consideração as implicações sociais que atingem as jovens mães e a comunidade na qual estão inseridas. O engajamento da mãe adolescente em seu grupo social se faz de forma limitada ou até adiada, em função das obrigações que seu novo papel exige dela (Bocardi, 1998; Vitalle & Amancio, 2001; Yazlle et al., 2002; Aquino et al., 2003; Cabral, 2003; Goldenberg et al., 2005; L. Silva & Tonete, 2006). L. Silva e Tonete (2006) afirmam que, por ser o corpo da adolescente ainda imaturo, a esses fatores aliam-se algumas ocorrências biológicas capazes de provocar problemas de saúde à jovem mãe e ao conceito gerado naquele corpo.

Camarano (1998) e Cabral (2003) consideram precoce a fecundidade do grupo de mulheres com idade entre 15 e 19 anos. A gestação nessa faixa etária antecipa os movimentos socialmente institucionalizados em relação à reprodução, isto é, o casamento e a família tradicionais, com os papéis de pai, mãe e filhos. Assim, essa antecipação ou modificação da

ordem das coisas considerada padrão pode trazer conseqüências indesejadas para as mães adolescentes e para seus filhos. Isso justifica, portanto, o uso do termo precoce, não apenas pelas razões biológicas, relacionadas ao desenvolvimento humano, mas também pelas conseqüências que a gravidez na adolescência pode trazer para a comunidade em que está inserida a jovem mãe. Pantoja (2003), ao falar da gravidez precoce, também chama a atenção para que o termo não seja utilizado apenas em função da idade, o que daria uma visão reducionista do fenômeno em questão.

De acordo com alguns pesquisadores, vários são os fatores associados ao aumento da probabilidade de gravidez na adolescência em nosso país (Vitalle & Amâncio, 2001; Figueiró, 2002; Cabral, 2003; Lima et al., 2004). As justificativas para isso perpassam pelas características físico-biológicas e psicológicas próprias dessa fase da vida, assim como por aspectos sociais e contextos culturais que envolvem tanto as condições próprias da família como as da sociedade brasileira em geral.

Existem inúmeros fatores predisponentes da gravidez precoce. Quando mencionam as características físico-biológicas próprias da adolescência como motivo para engravidar, Vitalle e Amancio (2001), Figueiró (2002), Cabral (2003) e Lima et al. (2004) referem-se à menarca em idades mais precoces e à sexarca ocorrendo mais cedo como fatores relevantes. Lima et al. (2004) mencionam a impulsividade, o imediatismo, os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade, a aspiração à maturidade para concorrer em nível de igualdade com os pais e a tentativa de alcançar autonomia econômica e emocional em relação à família como fatores psicológicos considerados de risco para a gravidez nessa fase. D. V. Silva e Salomão (2003) afirmam que a gravidez pode ser uma alternativa para a adolescente sair de casa ou da escola, ou mesmo uma tentativa de prender o namorado. Vitalle e Amancio (2001), Figueiró (2002) e Lima

et al. (2004) referem-se ao desejo que as adolescentes têm de testar sua feminilidade por meio da maternidade. A influência do par, sobretudo para a afirmação da identidade masculina, foi citada por Figueiró (2002) e por Lima et al. (2004). Vários desses fatores podem ser resultantes da baixa auto-estima da jovem adolescente, considerada por Lima et al. (2004) um fator de risco para a gravidez nessa fase de desenvolvimento.

A desestruturação familiar, especificamente a ausência do pai (Dias & Gomes, 1999; Figueiró, 2002; D. V. Silva & Salomão, 2003; Lima et al., 2004) e a falta de participação regular em grupos religiosos (Vitalle & Amâncio, 2001; Figueiró, 2002; Lima et al., 2004), também são apontadas como importantes fatores facilitadores da gravidez na adolescência. Tais situações, que podem ser encontradas em várias famílias brasileiras, são consideradas parte da estrutura familiar e/ou de hábitos pertinentes a grupos familiares.

A falta de informações ou a baixa qualidade daquelas que são obtidas sobre métodos contraceptivos (Godinho, Schelp, Parada & Bertencello, 2000; Vitalle & Amancio, 2001; Figueiró, 2002; Cabral, 2003; D. V. Silva & Salomão, 2003; Lima et al., 2004), a falta de programas de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde, sobretudo voltados para a adolescência (Godinho et al., 2000; Pantoja, 2003), o abandono da escola e/ou a frequência escolar por menos anos do que o esperado (Vitalle & Amâncio, 2001; M. C. O. Costa et al., 2002; Figueiró, 2002; Cabral, 2003) também são discutidos como causas prováveis da gravidez na adolescência.

Vários dos fatores citados podem ser decorrentes da falta de políticas públicas voltadas para a educação e a saúde, de responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais, segundo os autores consultados. Quando a essas causas são acrescentadas as características

psicológicas do adolescente, o risco de gravidez é potencializado, principalmente nas camadas mais desfavorecidas da população (Figueiró, 2002; Cabral, 2003; Pantoja, 2003).

Portanto, considerando-se a adolescência e a gravidez nessa fase da vida como eventos a serem enfrentados que podem interferir na normalidade da vida da jovem mulher, de acordo com a definição de estresse de Hutz (2002), foram pesquisadas neste estudo as estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes para vivenciar a gravidez e suas possíveis repercussões na saúde mental.

Capítulo 2. Coping e Saúde Mental

Para abordar *coping* e saúde mental, faz-se necessária uma introdução sobre algumas teorias do estresse, cuja vivência pode ou não contribuir para a etiologia de doenças psicológicas, no caso desta pesquisa, a ansiedade e a depressão. No decorrer de todo este trabalho será usado o termo *coping* referindo-se aos processos de enfrentamento ao estresse, empregando-se o termo original em inglês porque dentro dessa perspectiva há toda uma teoria conceitual que poderia se perder quando da tradução do vocábulo para o português, mesma justificativa utilizada por Zanini (2003).

Considera-se o estresse como qualquer evento ou problema que os indivíduos têm de enfrentar e as estratégias de *coping* como a forma empregada para esse enfrentamento. Contudo, dependendo de como se usam as estratégias de *coping* para esse enfrentamento, pode ou não haver contribuição para a evolução de patologias como a ansiedade e a depressão. Assim, neste capítulo são abordados estresse, *coping*, ansiedade e depressão.

2.1 Estresse

A primeira definição teórica do termo estresse na área da saúde foi feita por Hans Selye, em 1936 (Lipp & Malagris, 1998; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Zanini 2003). De acordo com Zanini (2003, p. 30), Selye afirma em sua teoria que “o estresse seria a resposta corpórea, representada através de um conjunto de defesas sanguíneas, contra qualquer forma de estímulo nocivo (estressor), incluindo o estímulo psicológico proveniente do ambiente”.

Existem várias definições para estresse: estímulo proveniente do ambiente (vivência de uma guerra ou acidentes da natureza); resposta corpórea, relacionada às reações do organismo (definição que mais se aproxima daquela de Selye); e, finalmente, a teoria que postula que a interação da pessoa com o ambiente determina se o evento é estressante ou não.

Calais, Andrade e Lipp (2003) consideram que a adolescência é fase da vida em que a probabilidade de estresse se faz maior, sem desconsiderar as questões culturais e individuais. Em adolescentes estudantes, independentemente do grau de escolaridade, os aumentos de responsabilidade, ansiedade e competitividade, que podem estar presentes em seu dia-a-dia, apresentam tendência para facilitar o estresse, sobretudo no momento em que essas pessoas têm de fazer sua opção profissional (Calais et al., 2003).

Em revisão bibliográfica, Boekarts (1996) comenta sobre a distinção que Compas (1987) faz entre estímulos crônicos e agudos. As demandas crônicas são: relacionadas a eventos da vida, como a depressão pós-parto; condições pessoais que criam algum prejuízo ou responsabilidade, como doenças crônicas; condições ambientais de privação ou desvantagem, como situação financeira da família. Já as demandas agudas consistem dos eventos próprios das transições vitais, tais como o primeiro aniversário, a primeira menstruação ou a primeira gravidez.

Uma colocação importante sobre o estresse foi feita por Cuixart (s.d.), ao afirmar que um determinado grau de estresse sempre estimula o organismo quando este tem uma tarefa a ser cumprida. Ao alcançar o objetivo, o corpo pode voltar ao estado de homeostase, dependendo de suas disposições biológicas e psicológicas.

Os aspectos envolvidos na resposta ao estressor são os cognitivos, os comportamentais e os fisiológicos (Margis et al., 2003; Zanini, 2003). A eficácia desses três níveis garante ao sujeito o processamento das informações estressoras de forma mais rápida, de tal modo que isso o

capacite a adotar a conduta adequada àquela demanda e facilite ao organismo uma ação mais positiva, na forma de uma resposta que não o prejudique. Segundo Lipp e Malagris (1998), o estresse é a condição que mais produz essa interação entre o corpo e a mente. Os sintomas fisiológicos do estresse citados por esses autores são: taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de alerta. Os sintomas emocionais são: apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade.

Além dos sintomas já mencionados, a vivência de estresse ou de eventos estressantes pode contribuir para a etiologia de doenças como a ansiedade e a depressão, entre outras, além de interferir na qualidade de vida do indivíduo (Lipp & Malagris, 1998; Sparrenberger, Santos & Lima, 2004).

Existe um intercâmbio entre a condição psicológica e o organismo para garantir melhor adaptação diante de um fato que pode provocar o estresse. Há uma “combinação de fatores, tais como: traços de personalidade, presença ou não de transtornos mentais, disponibilidade de suporte social e estratégias de adaptação diante de uma situação estressante” (Moreira, Lima, Sousa & Azevedo, 2005, p. 120).

Moreira et al. (2005) afirmam ainda que há de se considerar as características individuais para avaliar, vivenciar e adaptar-se ao problema. O desenvolvimento ou não de patologias dependerá das estratégias, ou *coping*, utilizadas para lidar com o evento estressor.

2.2 Coping

Coping pode ser definido como um conjunto de estratégias de enfrentamento de problemas, as quais podem ajudar as pessoas no manejo interno e externo de eventos ou episódios estressantes que exijam delas esforços cognitivos e comportamentais excedentes aos seus recursos (Compas, 1987; P. T. Costa Jr., Somerfield & McCrae, 1996; Holahan, Moos & Schaefer, 1996; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Zanini, 2003; Folkman & Moskowitz, 2004; Zanini, Forns & Kirchner, 2005). Alguns estudiosos citados por Compas (1987) argumentam ainda que *coping* inclui tanto reações instintivas e reflexas às ameaças como uma variedade de respostas aprendidas ao longo das experiências vitais.

Como postula Zanini (2003), a evolução do conceito de *coping* passa pela teoria psicológica do ego de base psicanalítica de Freud e Haan, pelo modelo neurobiológico de Vaillant, pelo modelo de experimentação animal e, finalmente, pela proposta cognitiva de Lazarus e Folkman (1984).

Lazarus (1999 citado por Zanini, 2003) declara que o processo de *coping* é consequência da avaliação que a pessoa faz do problema, elaborada em dois níveis: o primário, quando o problema a enfrentar está relacionado com valores, compromissos e crenças do indivíduo sobre si e sobre o mundo; e o secundário, que está relacionado com o processo cognitivo, levando o sujeito a refletir sobre o que há de estressante entre ele e seu ambiente.

Boekarts (1996) diferencia as táticas para o enfrentamento dos eventos estressantes em controle primário, que permite modificar os aspectos da situação, e controle secundário, que permite a adaptação às circunstâncias inalteráveis.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que Gardner, Holzan, Klein, Linto e Spence (1959) desenvolveram o conceito de controle cognitivo para o enfrentamento de problemas, que é um estilo assumido na mediação entre a percepção da consistência do problema e suas atitudes e orientações para enfrentá-lo. Podem ser incluídos no controle cognitivo: o exame do problema, que exige atenção espontânea em variadas situações; a organização dos problemas por categorias próprias da pessoa, permitindo a ela julgar as situações; a flexibilidade e o controle restrito, que a faz ter novas respostas para uma mesma situação quando observada a ineficácia da estratégia; a tolerância por experiências não reais, com a percepção de situações em que a resposta está aquém de uma realidade externa.

Seiffge-Krenke (2000) enfatiza que algumas estratégias de *coping* podem servir para regular possíveis emoções negativas relacionadas a um evento estressante, ou ainda para reduzir conseqüências negativas quando o evento se torna fator de risco.

Moos (1995) amplia a definição de *coping* detalhando as influências pessoais e ambientais na avaliação do problema e suas conseqüências para a saúde. O esquema de seu modelo conceitual está representado na Figura 1.

Pelo modelo explicativo de Moos (1995), nos processos de *coping* e estresse, o ambiente está representado pelos estressores atuais e os recursos sociais (Painel I), e o sistema pessoal, por recursos como a auto-estima e a habilidade cognitiva (Painel II), interagindo e influenciando a vivência de crises ou de grandes mudanças da vida (Painel III). É esse conjunto, segundo o autor, que modera a apreciação do problema e as respostas pessoais de *coping* (Painel IV), tal como o estado de saúde e de bem-estar da pessoa (Painel V) (Zanini, 2003).

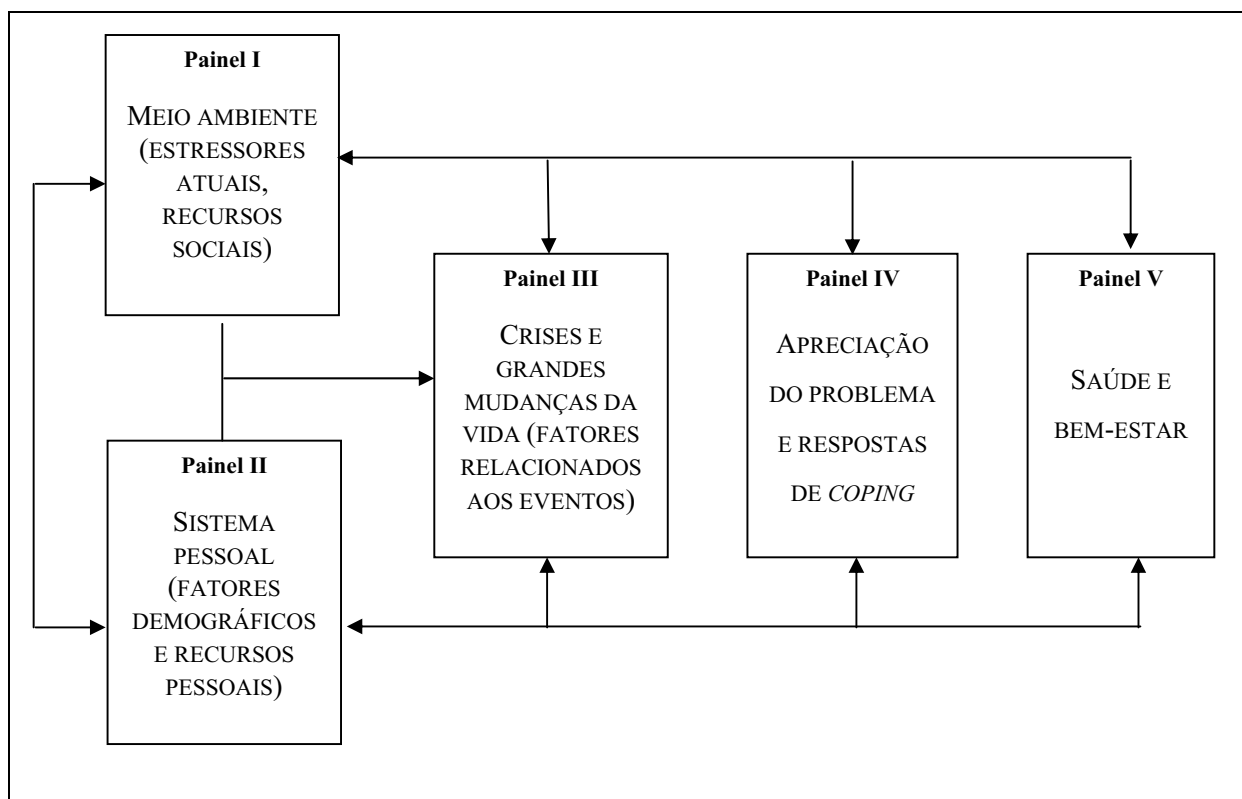


Figura 1. Modelo conceitual dos processos de *coping* e estresse de Moos.

Fonte: Moos (1995).

O processo de *coping* é um conjunto de sistemas transacionais e de retroalimentação, como afirma Zanini (2003). Não há influência unilateral, assim como não é um processo rígido. Pode-se afirmar que, em determinados momentos, um dos sistemas pode ser mais influente do que os outros, e também que em momento algum um dos sistemas, ou painéis, fica isolado. Compas (1987) completa esse pensamento enfatizando que uma estratégia de *coping* pode ser adaptativa diante de um estressor, ou mal-adaptativa se utilizada em outra situação, ainda que seja em um mesmo contexto mas em época diferente do ciclo vital.

Didaticamente, as estratégias de *coping* estão divididas em duas funções: foco no problema e foco na emoção (Compas, 1987; Boekarts, 1996; Holahan et al., 1996). O foco de *coping*, de acordo com Moos (1993), situa-se em como o indivíduo se orientará, qual será sua atividade em resposta ao estressor e qual método de esforço cognitivo ou comportamental usará para enfrentar os eventos vitais.

O foco no problema é a estratégia utilizada pela pessoa ao se aproximar do evento na tentativa de alterá-lo, confrontá-lo, ajustar-se ou adaptar-se a ele ou planejar sua resolução, o que implica também a melhoria da relação entre o indivíduo e o ambiente (Compas, 1987). Chamados também de estratégias de aproximação, os esforços cognitivos e comportamentais, facilitados pela regulação emocional, fazem com que a pessoa esteja mais envolvida com o problema para poder enfrentá-lo. Daí pode-se concluir que aquelas pessoas que se utilizam mais dessa estratégia tendem a apresentar melhor adaptação ao problema, diminuindo tanto a influência negativa dos eventos da vida quanto a sua força no funcionamento psicológico.

Holahan et al. (1996) postulam que o *coping* focado no problema envolve melhores negociações e otimismo, podendo reduzir o elo entre a angústia e o aparecimento de futuros problemas. De acordo com esses autores, isso pode contribuir para a redução da probabilidade de uma depressão, por exemplo.

Também chamado de evitação, o foco na emoção faz com que a pessoa queira manejar ou equilibrar suas emoções para diminuir seu sofrimento diante do estressor, o que pode ocorrer, como afirma Boekarts (1996), por intermédio do distanciamento do problema ou do autocontrole da emoção. Os esforços para o manejo de sentimentos desagradáveis podem resultar em sintomas de tensão física e psicológica. Essa estratégia envolve mais os pensamentos sobre o evento

estressor, assim como suas implicações para o manejo dos efeitos a ele associados (Zanini & Forns, 2004).

Holahan et al. (1996) citam quatro categorias de *coping* consideradas básicas, descritas na Tabela 1. Os mesmos autores relatam que o *coping* pode ter a qualidade de aproximar a pessoa do problema, o que é denominado estratégia de aproximação, ou de levá-la a evitar o problema, o que é chamado de estratégia de evitação. A aproximação é definida como cognição, ação e comportamento individual direcionados ao estressor, podendo o sujeito monitorá-lo, controlá-lo e até buscar melhores informações sobre ele, por exemplo. A qualidade de evitação implica esforços cognitivo, emocional e comportamental, que são direcionados para fora do estressor com a intenção de evitá-lo, podendo o indivíduo distanciar-se dele ou até mesmo ignorá-lo.

Geralmente, os recursos estão bem aliados aos valores, às crenças e às metas pessoais. Isso faz com que a pessoa se utilize deles com uma tendência particular, a cada conjunto de situações distintas (Zanini & Forns, 2005). Pode-se também afirmar que os recursos podem ser variados de acordo com a época da vida em que o evento estressante ocorre e com o contexto ambiental (Compas, 1987).

Determinadas variáveis podem influenciar as respostas de *coping*, quais sejam: sexo, idade e características de personalidade (Compas, 1987; Zanini, 2003). Portanto, adolescentes do sexo feminino podem apresentar estilos e estratégias de *coping* bem diferenciados quando comparadas com aqueles do sexo masculino.

A adolescência é uma fase considerada muito importante quando se trata do processo de *coping*, em função da variedade de problemas (estressores) com que o jovem se defronta pela primeira vez. Diante disso, o indivíduo adolescente já passa a manejar uma ampla variedade de estratégias de enfrentamento de problemas, como defendem Patterson e McCubbin (1987),

Zanini e Forns (2005) e Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres e Sobral-Fernández (2006).

TABELA 1

Categorias básicas de estratégias de *coping* com oito subtipos de *coping* associados

Categorias básicas de <i>coping</i>	Subtipos de <i>coping</i>
Aproximação cognitiva	Análise lógica
	Reavaliação positiva
Aproximação comportamental	Busca de apoio
	Resolução de problemas
Evitação cognitiva	Evitação cognitiva
	Aceitação resignação
Evitação comportamental	Busca de gratificação alternativa
	Descarga emocional

Fonte: Holahan et al. (1996).

Segundo Boekarts (1996) e Zanini et al. (2005), essa fase de transição para a idade adulta tem uma demanda significativa de episódios estressantes em função do desenvolvimento cognitivo, físico e psicossocial da pessoa, vista como incontrolável e até insubstituível nessa

época da vida. O tempo é que se encarregará de substituir esses eventos por outros controláveis, a partir do momento em que as estratégias do indivíduo se tornem mais diversas e sofisticadas.

Zanini e Forns (2004) citam várias características da adolescente ante as estratégias utilizadas, as quais podem ser resumidas em resolução do problema pela interação com outras pessoas e envolvimento emocional com o problema.

Griffith, Dubow e Ippolito (2000) e Zanini e Forns (2004) consideram os conflitos e as situações próprias dessa fase como múltiplos e em constante fluxo, geradores de estresse e com a finalidade de preparar os jovens para o início da vida adulta: transformações biológicas e psicológicas, amadurecimento cognitivo, desenvolvimento de habilidades próprias, construção de novos relacionamentos pessoais e novas situações sociais.

Boekarts (1996) também se refere a estudos que postulam que o estresse em indivíduos mais jovens é focado na ocorrência de eventos negativos da vida e nos sintomas psicológicos que os causam, sem interferir em seus esforços de *coping*. Um evento estressante é improvavelmente estático e os jovens tornam-se mais vulneráveis a ele em função de sua inexperiência ao contato. Alguns dos fatores que justificam isso são a imaturidade de sua rede social e a inadequação de suas habilidades para a auto-regulação (Boekarts, 1996; Griffith et al., 2000).

Seiffge-Krenke (2000) comenta sobre comportamentos e problemas emocionais do adolescente, a partir dos quais se identificam dois grupos maiores de problemas: os externos (ambientais) e os internos (emocionais). Alguns pesquisadores, citados por Seiffge-Krenke (2000), afirmam que o estresse está vinculado a vários problemas de ajustamentos internos, tais como a ansiedade e a depressão.

À medida que o adolescente se aproxima mais da idade adulta, o uso de estratégias se torna mais eficaz e elas se tornam mais adaptadas ao evento estressante. Os indivíduos mais velhos tendem a ser mais ativos, a ter maior amplitude de estratégias de *coping* e maior habilidade para ver seus problemas sob várias perspectivas (Ebata & Moos, 1991; Seiffge-Krenke, 2000). Sobre isso, Boekarts (1996) sugere que quanto mais a idade aumenta, mais acesso os adolescentes têm aos próprios pensamentos e às estratégias que expandem os repertórios e as técnicas de *coping* para cada situação.

Quanto ao sexo, alguns estudos mostram que homens e mulheres utilizam o *coping* de formas distintas, como enfatizam Zanini e Forns (2004). As adolescentes tendem a utilizar mais a estratégia de aproximação do problema, o que pode decorrer da maior socialização que elas adquirem ou de apresentarem mais comportamentos afiliativos (Patterson & McCubbin, 1987; Griffith et al., 2000). Frydenberg (1994) comenta que as adolescentes geralmente fazem mais uso do suporte social, de fantasias, de redução de tensão emocional e menos uso de atividade física, por exemplo. Em seus estudos, Griffith et al. (2000) e Seiffge-Krenke (2000) afirmam que as garotas têm melhores condições para comunicar-se sobre seus problemas com outras pessoas, usualmente tentando resolver tais conflitos.

A forma como se usa o *coping* para vivenciar um estresse é que influenciará a saúde mental. A seguir, são abordadas a ansiedade e a depressão, aspectos da saúde mental avaliados nesta pesquisa.

2.3 Saúde Mental

Com base em vários trabalhos de pesquisa, para este estudo considerou-se que a ansiedade e a depressão são problemas de saúde mental que podem ocorrer em grávidas adultas ou adolescentes (Kirchner & Forns, 2000; Asbahr, 2004; Cova, Maganto & Melipillán, 2005).

2.3.1 Ansiedade.

A ansiedade é reconhecida como uma das emoções humanas mais básicas, e seus sintomas podem ser considerados como aqueles que constituem as principais dificuldades a serem enfrentadas pelos seres humanos (Peniche & Chaves, 2000; Cunha, 2001; Luna, Hamana, Colmenares & Maestre, 2001; N. A. M. Almeida, Souza, Bachion, & Silveira, 2005). Osório, Crippa e Loureiro (2005) caracterizam a ansiedade como medo persistente de enfrentar dificuldades, quaisquer que sejam elas.

De acordo com American Psychiatric Association (2002), a característica principal da ansiedade patológica é o excesso de preocupação. Sua taxonomia depende do grau dos sintomas, do tempo de duração e ainda das conseqüências para o convívio social da pessoa. Existem limites entre o que se classifica como ansiedade normal e patológica, como comentam A.P.M. Cruz, Zangrossi Jr. e Graeff (1998), os quais também afirmam que tais limites não são de fácil identificação.

A ansiedade normal apresenta a possibilidade de se dar como influência genética, podendo também ser considerada um estado ou traço de personalidade. Como distingue La Rosa

(1998): a ansiedade normal se caracteriza por uma situação emocional transitória, advinda de sentimentos de tensão e apreensão e por respostas fisiológicas momentâneas; já a ansiedade patológica é consequência de uma exposição a situações percebidas pela pessoa como ameaçadoras nos campos físico e/ou psicológico.

Os principais sintomas dos transtornos de ansiedade, de acordo com Peniche e Chaves (2000), Cunha (2001) e American Psychiatric Association (2002), são: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular, incapacidade de relaxar, dormência ou formigamento, tremores nas pernas e/ou nas mãos, perturbação do sono, sintomas somáticos (tais como diarreia e náusea), indigestão ou desconforto no abdômen, palpitação ou aceleração cardíaca, sensação de calor, afogamento do rosto, sudorese, sensação de sufocação, dificuldade para respirar, falta de ar, medo que aconteça o pior, medo de perder o controle, medo de morrer, sensação de desmaio, atordoamento ou sensação de tontura, perda de equilíbrio, sensação de terror, nervosismo.

A.P.M. Cruz et al. (1998) e Luna et al. (2001) reportam-se a outras patologias consequentes de alto nível de ansiedade, tais como fobia social, agorafobia, distúrbios de ansiedade generalizada e distúrbio de pânico, que também trazem prejuízo social. A ansiedade é um sofrimento subjetivo decorrente de preocupação aparentemente desnecessária. Na maioria das vezes, a pessoa não a considera excessiva, mas uma preocupação pertinente às próprias e reais possibilidades de acontecimentos.

Pessoas de todas as faixas etárias são passíveis de sofrer tal transtorno, inclusive os adolescentes. Asbahr (2004) considera que um dos fatores de risco mais importante para o transtorno de ansiedade nessa fase da vida é ter pais que apresentam ou já apresentaram algum tipo de transtorno de ansiedade ou de depressão.

A causa mais prevalente para a incidência de transtornos na fase de adolescência refere-se ao tempo em que os pais ou cuidadores ficam longe do jovem por terem de ir ao trabalho ou executar outras atividades. Quando esses períodos parecem excessivamente longos aos olhos do adolescente, os prejuízos e os sofrimentos são intensos e significativos em diversas áreas de sua vida (Asbahr, 2004; Cova et al., 2005).

Outros estudos demonstram que a vivência de problemas importantes durante a fase da adolescência pode constituir fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias nos jovens em geral, com alta incidência de problemas relacionados ao aumento da ansiedade na população feminina (Zanini, 2003; Cova et al., 2005). Kirchner e Forns (2000) consideram que os fatores de risco e/ou as causas de qualquer psicopatologia não devem ser enumerados para o adolescente, já que pode haver eventos que não são percebidos por ele, embora sejam bastante relevantes para a incidência de ansiedade.

Os sintomas mais comuns de ansiedade na adolescência são: medo que os pais se separem definitivamente por acidente ou morte; resistência em dormir, para não os perder de vista; pesadelos com temas de separação; recusa em ir à escola por que lá ficariam “sozinhos”; manifestações somáticas, como dor abdominal, dor de cabeça, náusea, vômitos, sintomas cardiovasculares, tonturas e sensação de desmaio. Esse quadro se reflete na independência do adolescente, diminuindo sua capacidade acadêmica e interferindo em suas relações sociais e familiares (Asbahr, 2004; Cova et al., 2005).

Entre as pessoas de nível socioeconômico mais elevado, o índice de ansiedade tende a ser menor do que entre aquelas menos privilegiadas (La Rosa, 1998). Esse fato pode ser decorrente da maior possibilidade de acesso a recursos socioinstitucionais pela população de maior renda, os quais constituem fatores de proteção (Cova et al., 2005).

Em se tratando de sexo, Inderbitzen e Hope (1995), Silverman, La Greca e Wasserstein (1995), La Rosa (1998), Luna et al. (2001), Bahls (2002) e Cova et al. (2005) demonstraram em suas pesquisas que as mulheres, tanto as adultas como as adolescentes, apresentam índices bem maiores de ansiedade do que os homens.

As mulheres grávidas são altamente afetadas por vários transtornos afetivos. N. A. M. Almeida et al. (2005) e Falcone, Mäder, Nascimento, Santos e Nóbrega (2005) consideram a ansiedade durante a gestação um transtorno bastante importante. Seu aparecimento nesse período de vida da mulher se dá por vários fatores, entre os quais se encontra o estresse gravídico, sobretudo por temerem a dor durante o parto, medo que surge no início do período gestacional, se intensifica a partir do segundo trimestre e persiste até o momento do nascimento do bebê.

A ansiedade instalada pode dar origem à depressão, dependendo do controle e da eficácia com que a pessoa lida com a primeira.

2.3.2 Depressão.

Um outro transtorno muito ligado à vivência de situações de estresse é a depressão, que, segundo Cunha (2001), Luna et al. (2001), American Psychiatric Association (2002), Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004), Teng, Humes e Demetrio (2005), tem como característica principal o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades.

São sintomas de depressão: tristeza; sentimentos de desvalia ou culpa; sentimento de fracasso; pessimismo; insatisfação; punição; auto-aversão; auto-acusações; mudança na auto-imagem; choro; irritabilidade; alteração do sono e da atividade psicomotora; diminuição de

energia; dificuldade de trabalhar, pensar, concentrar-se ou tomar decisões; fadigabilidade; alteração de apetite ou peso; preocupações somáticas; perda de libido; retraimento social; pensamentos sobre morte ou ideação suicida (Cunha, 2001; American Psychiatric Association, 2002).

Zucchi (1999) e Bahls (2000) fizeram revisões importantes sobre três maneiras de se entender a depressão: a leiga, que a interpreta como tristeza e desânimo do dia-a-dia; associada a outras patologias, indicando o humor deprimido; e como síndrome, reunindo sinais e sintomas próprios aos denominados transtornos de humor.

Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) e Cunha (2001) enfatizam que os prejuízos mais importantes da pessoa deprimida são aqueles ligados à sua vida social. Para que ela consiga um funcionamento normal, é preciso que se esforce muito, o que lhe traz sofrimentos psíquicos em função da rede de sintomas que envolvem a patologia.

Essa dificuldade justifica-se em três padrões cognitivos, chamados de tríade cognitiva e definidos por Beck et al. (1997). O primeiro componente dessa tríade é a visão negativa que o paciente tem de si mesmo. Ele acredita que devido aos seus defeitos psicológicos, morais e físicos, sua rede social considera-o indesejável, o que lhe dificulta o alcance da felicidade e da satisfação. O segundo componente é a tendência que o deprimido tem de interpretar suas experiências atuais de forma negativa. O mundo lhe oferece obstáculos intransponíveis, o que dificulta que ele atinja as metas que tem para sua vida. Finalmente, o terceiro e último componente da tríade consiste na visão negativa que a pessoa tem do futuro. Suas projeções são feitas a longo prazo, mas ela antecipa o sofrimento de dificuldades, frustrações e privações que poderá vir a ter e, portanto, já vislumbra um possível fracasso.

Pergher, Stein e Wainer (2004) e Rozenthal et al. (2004) referem-se à incapacidade de resolução de problemas como uma das mais importantes perdas cognitivas alcançadas pela depressão. As tarefas e habilidades do dia-a-dia são comumente afetadas, o que possibilita ao indivíduo grande chance de sofrimento social; os fracassos cotidianos fazem com que seja confirmada à pessoa sua percepção de incapacidade e menos-valia.

Outra característica comum da depressão é a ruminação, ou seja, pensamentos e comportamentos da pessoa que a fazem voltar toda a sua atenção para seus próprios sintomas e suas possíveis conseqüências, como comentam Pergher et al. (2004). Os mesmos autores completam essa idéia ao salientar que a autoconcentração e o autojulgamento fazem com que o indivíduo cada vez mais pense apenas em si, diminuindo a probabilidade de investir em pensamentos e comportamentos que possam ajudá-lo a enfrentar os sintomas depressivos.

Todas essas alterações de humor e comportamento do indivíduo são nitidamente observáveis e percebidas por familiares e pessoas de seu convívio social. A mudança de comportamento acontece enfaticamente diante das atividades costumeiras que deixa de realizar ou que passa a executar sem a mesma dedicação (Beck et al., 1997; American Psychiatric Association, 2002).

A depressão pode acontecer em todas as fases do desenvolvimento do ser humano, inclusive na adolescência (Milne & Lancaster, 2001). Bahls e Bahls (2002) informam que a sua ocorrência durante a adolescência foi reconhecida oficialmente pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América em 1975, e que nos atendimentos médicos observa-se que é a doença de maior incidência em pacientes dessa faixa etária naquele país. Ela é considerada mais grave nessa etapa da vida do que quando encontrada em adultos,

principalmente em função dos danos psicossociais que comprometem o desenvolvimento ainda em curso do jovem (Bahls & Bahls, 2002).

Alguns sintomas da depressão na adolescência apresentam-se de forma diferenciada dos encontrados em adultos. Milne e Lancaster (2001) e Bahls e Bahls (2002) destacam os seguintes sintomas dessa patologia em adolescentes: irritação; instabilidade; crises freqüentes de explosão e raiva; humor irritadiço; perda de energia; apatia e desinteresse importantes; retardo psicomotor; sentimentos de desesperança e culpa; perturbações do sono, com ênfase em hipersonia; alterações de apetite e peso; isolamento; dificuldade de concentração; prejuízo no desempenho escolar; baixa auto-estima; queixas físicas; idéias suicidas; graves problemas de comportamento; uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas.

Estudos de Zucchi (1999), Villanueva, Pérez-Fajardo e Iglesias (2000) e Bahls e Bahls (2002) apontam alguns fatores de risco para a ocorrência de depressão durante a adolescência: presença de depressão em algum dos pais; estressores ambientais, como a exposição ao risco de abuso físico e sexual; perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo; presença de conflito familiar; dúvidas quanto à orientação sexual; comportamento sexual de risco; presença de comorbidades; imagem corporal ruim, sobretudo no sexo feminino; condição socioeconômica precária; identificação com grupos minoritários; falta de suporte familiar; falta de habilidades sociais (Bahls, 2000; Villanueva et al., 2000).

A observação de alguns sintomas pode auxiliar na identificação de depressão em adolescentes, tais como: problemas escolares, como o afastamento ou a queda importante no rendimento; problemas familiares ou legais; alterações de peso corporal significativas; abuso do uso de substâncias tóxicas; problemas de conduta; estado de humor irritável duradouro;

afastamento de atividades grupais; hostilidade com a família e os amigos; fugas de casa; queixa física imprecisa, sem motivo etiológico (Bahls & Bahls, 2002).

Dell’Aglío e Hutz (2004) citam alguns fatores de proteção do adolescente: “sucesso na vida escolar, envolvimento em atividades extracurriculares, competência social, autopercepção positiva, competência intelectual, relações sociais positivas e suportes sociais adequados” (p. 351-352).

Zucchi (1999), Bahls (2000) e Dell’Aglío e Hutz (2004) são unânimes em apontar uma característica epidemiológica da depressão: a prevalência em mulheres adolescentes e adultas. Esses autores descrevem a incidência desse transtorno em relação a sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio e ansiedade, preocupação com sua popularidade e insatisfação com a aparência, entre outros, supostamente mais presentes nas mulheres. De acordo com Bahls (2000), essa é uma característica observada em todos os países e culturas, pois se acredita que decorre da presença do cromossomo e dos hormônios femininos.

Durante a gravidez, a mulher tende a enfrentar problemas como a depressão. Segundo Maldonado (1997), Villanueva et al. (2000), Bennett, Einarson, Taddio, Koren e Einarson (2004), Falcone et al. (2005) e C. S. Martins e Petean (2005), o período gravídico é o mais delicado em relação aos transtornos psíquicos. A intensidade dessas alterações é mediada por alguns fatores, tais como familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da mulher grávida. Falcone et al. (2005) consideram que a depressão pré-natal é negligenciada, havendo poucos estudos científicos sobre o assunto e, conseqüentemente, poucos trabalhos psicofiláticos.

Baptista e Baptista (2005) observam que alguns sintomas da depressão durante a gestação são comuns aos da própria gravidez: ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, fadiga,

mudança do apetite, alteração do sono, perda de energia. Tal fato dificulta o discernimento entre a sintomatologia do próprio estado gravídico e a da depressão na gravidez.

Baptista e Baptista (2005) também sugerem que a depressão durante a gestação pode não ser considerada um fenômeno psicopatológico, mas um estado natural relativo ao evento vital vivenciado pelas mulheres. Esses pesquisadores compararam a sintomatologia da depressão entre mulheres grávidas e não grávidas, não encontrando dados consistentes que pudessem confirmar a presença dessa psicopatologia em gestantes, tendo, então, considerado que não é possível comprovar que seja especificamente uma ocorrência ligada à gravidez.

Para Zucchi (1999), E. B. da S. Cruz, Simões e Cury (2005), Falcone et al. (2005) e Moraes et al. (2006), há fatores de risco durante a gravidez que podem contribuir para o aparecimento dos sintomas depressivos, como: idade materna, gravidez indesejada, insatisfação na relação entre o casal, antecedentes pessoais de depressão, grande número de eventos negativos durante a gravidez, estresse vivencial, baixo apoio emocional, solidão, menor idade, ser solteira, menor nível educacional, menor nível socioeconômico. R. S. Santos e Schor (2003) lembram também que todos esses fatores de risco são bastante característicos entre as adolescentes grávidas.

Sabroza et al. (2004) afirmam que a metade das adolescentes que engravidam tem sintomas de depressão gravídica. Villanueva et al. (2000) e Sabroza et al. (2004) apresentam em suas pesquisas dados que confirmam que o sofrimento psíquico pode incidir principalmente naquelas adolescentes grávidas que apresentam as seguintes características: condições sociodemográficas e psicossociais desfavoráveis; reação familiar ruim perante a gravidez; baixa frequência de acompanhamento pré-natal; não co-habitação com o pai do bebê; cor negra da pele; gravidez indesejada.

Freitas e Botega (2002) enfatizam que um dos fatores mais importantes para a incidência de depressão na adolescente grávida é a percepção negativa que a jovem tem de sua rede de apoio social. Em seu estudo com essa população, esses autores observaram que 40% das participantes apresentaram ansiedade e depressão, 25% apenas depressão e 10% apenas ansiedade. Os pesquisadores não consideraram estatisticamente relevante a prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade entre as adolescentes grávidas durante os três trimestres de gestação. Ao comparar seus dados com os de outras pesquisas, encontraram discrepâncias, o que os fez questionar as características consideradas como comuns na gravidez. Eles verificaram que “esse perfil não se aplica a todas as adolescentes grávidas, mas especialmente a um subgrupo que manifesta ansiedade, depressão, ideação suicida e que conta com pouco apoio social” (Freitas & Botega, 2002, p. 248).

Em trabalho mais recente, Falcone et al. (2005) afirmaram que transtornos psíquico-afetivos são encontrados estatisticamente na mesma proporção em grávidas adultas e adolescentes. L. P. Santos (2003) encontrou em seus estudos alto índice de ansiedade e depressão apenas em grávidas que apresentaram diagnóstico de diabetes *melittus* gestacional. De acordo com Guerra e Calil (2005), os maiores riscos de aumento de episódios de transtorno de humor ocorrem no puerpério.

Os dados de depressão encontrados não são considerados homogêneos, ou seja, podem ser quadros transitórios benignos ou graves ou ter conseqüências graves para qualquer membro da família que convive com a grávida, assim como para o vínculo mãe-feto. Por esse motivo, Falcone et al. (2005) consideram que tais problemas devem ser analisados de forma multifatorial.

Parte II. Estudo Empírico

Capítulo 3. Metodologia

3.1 Objetivo

Na rápida evolução do conceito de menina–mulher, tem havido número restrito de pesquisas visando estudar como as estratégias de *coping* são utilizadas pelas adolescentes ao enfrentar esse momento tão delicado que é a maternidade. Desse modo, este estudo teve como objetivo geral investigar o uso de *coping* por adolescentes para enfrentar o problema da gravidez precoce e sua possível repercussão na saúde mental.

Esta pesquisa foi dividida em dois estudos complementares: Estudo 1, de caráter qualitativo, e Estudo 2, de caráter quantitativo. Assim, os objetivos específicos desta pesquisa foram:

Estudo 1:

- a) Verificar o perfil sociodemográfico das adolescentes grávidas atendidas pelo *Projeto Meninas de Luz*;
- b) Avaliar a apreciação das adolescentes sobre o estado da gravidez.

Estudo 2:

- a) Avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelas participantes da pesquisa;

- b) Avaliar o nível de ansiedade das participantes da pesquisa;
- c) Avaliar o nível de depressão das participantes da pesquisa;
- d) Avaliar a repercussão da vivência da gravidez precoce na saúde mental das participantes da pesquisa.

3.2 Modelo Empírico

A função do *coping*, de acordo com Antoniazzi et al. (1998), é de administrar uma situação ou evento considerado estressante. Diante disso, tem-se que, sendo ambas a gravidez e a adolescência momentos de vulnerabilidade psicológica, pode haver repercussão da vivência do evento gravidez sobre a saúde mental das adolescentes. Para avaliar tal repercussão, foi criado um modelo empírico (Figura 2), que pode ser compreendido das seguintes maneiras:

- a) A gravidez na adolescência leva ao uso de *coping*, que depende da apreciação que a adolescente faz de seu estado;
- b) A ocorrência de psicopatologias depende da forma como a adolescente aprecia seu estado de gravidez;
- c) A ocorrência de psicopatologias depende da forma como a adolescente enfrenta a gravidez.

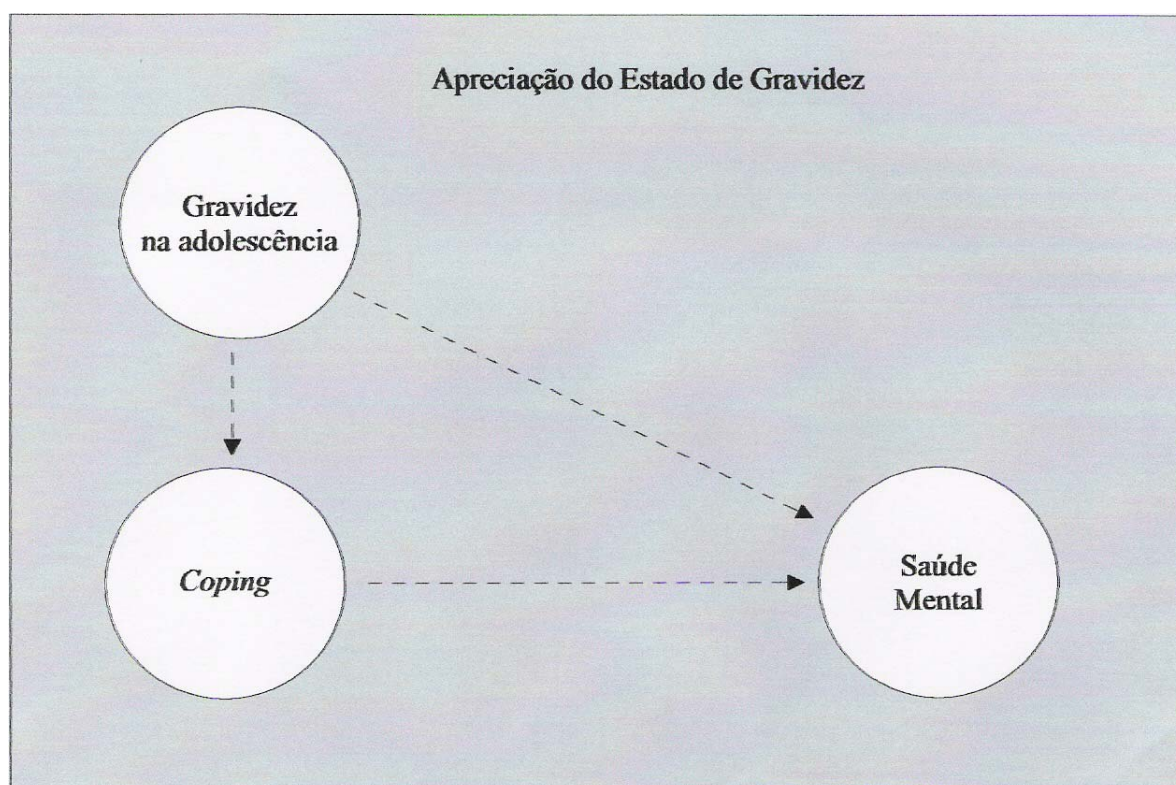


Figura 2. Modelo empírico.

3.3 Hipóteses

- a) Existe um padrão de estratégia de *coping* das adolescentes para enfrentar a gravidez precoce;
- b) A vivência de gravidez na adolescência leva ao desenvolvimento de ansiedade e depressão;
- c) Existe um padrão no nível psicopatológico da ansiedade e da depressão em adolescentes grávidas;

d) A apreciação do estado de gravidez, obtida por intermédio de entrevista, influencia o uso de estratégias de *coping* e a saúde mental das adolescentes.

3.4 Caracterização do Campo da Pesquisa

O *Projeto Meninas de Luz*, inaugurado em 1999, vem sendo executado pela OVG com o intuito de atender adolescentes grávidas da Grande Goiânia e cidades do entorno. A maioria das adolescentes que procura o *Projeto Meninas de Luz* busca atendimento médico pré-natal e/ou enxoval para o recém-nascido. Nos últimos dois anos, tem sido dada maior atenção também a adolescentes grávidas vítimas de algum tipo de violência, as quais não foram incluídas na amostra da presente pesquisa.

Além disso, o *Projeto Meninas de Luz* oferece oficinas de artesanato, nas quais as adolescentes aprendem a confeccionar alguns objetos para seu próprio uso durante a gestação e para o bebê no pós-parto, e oficinas profiláticas sobre a saúde e os direitos sociais, com temas variados, que incluem a importância dos exames pré-natais, a importância das vacinas e do tratamento odontológico, a sexualidade na adolescência, a prevenção contra a violência, os direitos da mulher, a preparação para o parto, entre outros.

O *Projeto Meninas de Luz* é composto por uma equipe interdisciplinar, que oferece serviços específicos de cada uma das áreas disponibilizadas, além de profissionais que contribuem nas oficinas profiláticas que lhes competem. São oferecidos serviços nas áreas de: Psicologia, Odontologia, Medicina Obstétrica, Nutrição, Pedagogia, Serviço Social, Enfermagem e atividades artesanais. Além dos profissionais graduados nessas áreas mencionadas, há também

os auxiliares necessários para assessorá-los na execução de seu trabalho e o pessoal administrativo.

Na maioria das vezes, a procura pelo apoio do *Projeto Meninas de Luz* por parte das adolescentes é espontânea, mas também há aquelas encaminhadas por Conselhos Tutelares da cidade de Goiânia e do entorno, maternidades e postos de saúde públicos, instituições de abrigo, entre tantas outras entidades.

As principais características do público usuário, segundo dados preliminares obtidos por meio de relatório do próprio *Projeto Meninas de Luz*, são: nível socioeconômico precário; baixa escolaridade; dependência financeira do marido/companheiro ou dos pais quando algum desses se faz presente.

Os critérios para ingresso no *Projeto Meninas de Luz* são ter idade até 18 anos, 11 meses e 29 dias e estar grávida. A adolescente passa por uma triagem feita pela equipe de Serviço Social para verificar em que grupo se enquadra, de acordo com a idade gestacional, pois as oficinas profiláticas e as atividades de artesanato são dadas em grupo.

Quando é detectado algum caso de violência, a adolescente é encaminhada para os órgãos competentes e participa de grupo específico para essa demanda.

3.5 Participantes

Inicialmente, esta pesquisa seria feita com uma amostra de 30 adolescentes para o Estudo 1, à qual seriam acrescentadas 40 adolescentes para o Estudo 2, tendo as duas amostras os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Esses números tiveram como base os atendimentos

feitos durante um semestre do ano de 2005 pelo *Projeto Meninas da Luz*, quando foram acompanhadas em torno de 210 adolescentes com a mesma idade gestacional pesquisada. Entretanto, não foi possível atingir os números pretendidos em função da falta de adesão de algumas adolescentes contactadas, sem que para isso houvesse qualquer explicação, além das desistências ocorridas durante o processo da pesquisa.

A amostra desta pesquisa foi de conveniência ($n = 43$), composta por adolescentes grávidas que se enquadraram no perfil preestabelecido pela pesquisadora, com base nos critérios de inclusão e de exclusão descritos mais adiante. As adolescentes que participaram deste trabalho apresentaram idade entre 15 e 18 anos, com idade média de 16,67 anos ($DP = 1,21$).

No Estudo 1 houve a participação de 11 adolescentes; para o Estudo 2 foram acrescentadas 32 adolescentes, totalizando 43 participantes. Os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram empregados para selecionar as participantes de ambos os estudos.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram:

- a) Fazer parte do *Projeto Meninas de Luz*;
- b) Ser primigesta;
- c) Estar no segundo trimestre da gestação.

O último critério baseia-se nos fatos de que: essa é a fase em que o estresse, a ansiedade e a depressão se instalam com maior intensidade; nessa fase ainda não se instalaram de forma mais concreta os sentimentos e a ansiedade relacionados ao momento do parto; pretendeu-se diminuir o risco de perda de participantes, já que a incidência maior de aborto se dá no primeiro trimestre da gestação (Soifer, 1992; Maldonado, 1997).

Os critérios de exclusão da amostra, por serem consideradas variáveis relevantes e concorrentes com o tema deste estudo, foram:

- a) Ter histórico de drogadição;
- b) Ter histórico de passagem por instituição de internação, abrigo, orfanato e/ou outras afins;
- c) Ter gestação em decorrência de violência sexual ou estar sob violência física.

Depois de formada a amostra, foi feito o convite para participação na presente pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Fizeram parte da amostra desta pesquisa, conduzida entre os meses de janeiro e junho de 2006, todas as adolescentes inscritas que perseveraram no *Projeto Meninas de Luz*, se encaixaram nos critérios e aceitaram participar destes estudos.

3.6 Instrumentos

Foram feitos dois estudos para esta pesquisa: o Estudo 1, com o intuito de se conhecer algumas características sociodemográficas da amostra, e o Estudo 2, com características quantitativas.

Na concepção de Minayo, Cruz Neto, Deslandes e Gomes (1999), a pesquisa qualitativa é aquela que não pode ser quantificada, posto que acessa questões de realidade, o universo de significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes, os quais não podem ser operacionalizados. Por outro lado, Minayo e Sanchez (1993) afirmam que a pesquisa quantitativa mede as variáveis predeterminadas e as possíveis relações entre elas.

É comum encontrar pesquisas em que os dois paradigmas, qualitativo e quantitativo, estejam juntos, complementando-se (R. C. Silva, 1998). O que se pretende nesta pesquisa é a contribuição mútua entre as duas metodologias para a construção do conhecimento, pois este conjunto de dados abrange uma realidade que interage dinamicamente, explicando-se entre o estudo qualitativo e o quantitativo, excluindo qualquer dicotomia (Minayo & Sanchez, 1993; Minayo et al., 1999).

Inicialmente, foi feita uma Análise Documental utilizando a ficha de triagem do *Projeto Meninas de Luz*. Desse modo, os dados de seleção da amostra foram acessados, bem como alguns dados sociodemográficos que a descreveram: escolaridade, estado civil, moradia (com quem morava antes da gravidez, com quem mora durante a gravidez), religião, profissão, renda familiar e composição familiar.

Para o Estudo 1 foi utilizada entrevista estruturada e aberta (Apêndice B) com vista a obter dados para a descrição da amostra. Assim, foi garantida melhor aproximação entre pesquisadora e participantes da pesquisa. As principais características desse tipo de entrevista, como relata Gaskell (2003), são: compreender os mundos dos entrevistados; contribuir para diferentes empenhos na pesquisa; construir um referencial para pesquisas futuras; fornecer dados para testar expectativas e hipóteses fora da perspectiva teórica específica; combinar com outros métodos de pesquisa; fornecer informação contextual para ajudar a explicar achados específicos.

A entrevista intitulada *Apreciação do Estado de Gravidez* foi elaborada de acordo com a orientação de um guia de entrevistas (Gaskell, 2003), dentro das dimensões teóricas da área de estudo desta pesquisa, construído com base nas leituras feitas durante a revisão teórica para este estudo e dividido em sete temas: 1. Comportamento sexual; 2. Gravidez; 3. Gravidez e família; 4. Gravidez e paternidade; 5. Apoio social; 6. Hábitos e atividades; 7. Futuro.

Para avaliar as estratégias de *coping* no Estudo 2, foi utilizado o *Coping Response Inventory Youth Form* (CRI–Y), de Moos (1993), que está em fase de validação pelo Grupo de Estudos em Psicologia Organizacional, do Trabalho e Saúde (GEPOTS), da Universidade Católica de Goiás (UCG), e cuja primeira tradução encontra-se no Apêndice C. Esse inventário contempla oito diferentes tipos de *coping* e divide-se em três partes: descrição de uma situação estressante ou difícil vivenciada nos últimos 12 meses (na presente pesquisa foi pedido às adolescentes que descrevessem a situação estressante ou de vivência difícil em função da gravidez); dez perguntas, as quais devem ser avaliadas e analisadas pelos participantes da pesquisa sob diversas perspectivas (experiência prévia, prejuízos, responsabilidade do evento estressante); e 48 perguntas relativas à descrição de comportamentos que caracterizam as formas de enfrentamento de problemas utilizadas pelas adolescentes. Todas essas perguntas foram respondidas por meio de quatro alternativas propostas e agrupadas, posteriormente, pela soma direta dos itens em oito escalas de estratégias de *coping* .

O CRI–Y avalia, como método, as estratégias baseadas nos esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa tem para resolver os problemas. Em relação ao foco, avalia as estratégias de aproximação e de evitação do problema. Desse modo, avalia os recursos cognitivos e comportamentais que o indivíduo tem e utiliza para evitar determinado problema e suas conseqüências ou como usa suas emoções para enfrentá-lo. Quanto às suas qualidades psicométricas, a consistência interna da escala original oscila entre 0,68 e 0,72, e seus valores alfa estão entre 0,55 e 0,59.

Os inventários de Beck foram utilizados para qualificar a ansiedade (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) e a depressão (*Beck Depression Inventory – BDI*) (Cunha, 2001). Conforme afirma Cunha (2001), citando Beck e Steer (1993b), tanto o BAI quanto o BDI são indicados

para sujeitos de 17 a 80 anos, embora os autores comentem a existência de pesquisas desenvolvidas com indivíduos em idades aquém e além dessa faixa etária. Além disso, são encontradas algumas pesquisas com amostras de adolescentes empregando ambos os inventários, o que mostra a adequação de seu uso também para essa população (Freitas & Botega, 2002; Mercante, Peres, Guendler, Zukerman & Bernik, 2005; Wang, Andrade & Gorenstein, 2005).

O BAI é um inventário constituído por 21 itens, que são afirmações acerca de sintomas de ansiedade, os quais devem ser avaliados pelo participante, em uma escala de 4 pontos, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas: 1 – “*Absolutamente não*”; 2 – “*Levemente: não me incomodou muito*”; 3 – “*Moderadamente: foi muito desagradável*”; 4 – “*Gravemente: dificilmente pude suportar*”.

O BDI é um instrumento de medida da intensidade da depressão constituído por uma escala de auto-relato, com 21 itens, que são subdivididos em quatro subitens de acordo com o grau crescente de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3.

Os escores totais do BAI e do BDI são dados pelo resultado da soma dos escores dos itens individuais, o que permite a classificação da ansiedade e da depressão, respectivamente, utilizando-se níveis de intensidade. Os valores psicométricos de ambos os inventários são considerados aceitáveis, conforme explicitado na Tabela 2.

3.7 Procedimentos

Inicialmente, foi realizado um contato com a coordenação técnica da OVG e, posteriormente, do *Projeto Meninas de Luz*, por intermédio de cartas explicativas, solicitando

autorização para a execução da presente pesquisa. Uma vez obtida a aprovação para realizar o estudo, as adolescentes e seus responsáveis foram contatados. Em seguida, aquelas que aceitaram participar fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram, juntamente com seus responsáveis, de modo a que fossem permitidos a coleta de dados, o estudo científico e a publicação final do trabalho.

TABELA 2

Descrição psicométrica do BAI e do BDI

Tipo de inventário	Validade de conteúdo	Validade convergente	Validade discriminante	Validade de construto	Validade fatorial (%)
BAI	Não analisada estatisticamente	$r = 0,78$ $p < 0,001$	$F = 329,547$ $p < 0,001$	$r = 0,48$ $p = 0,001$	57,79
BDI	Não analisada estatisticamente	$r = 0,40$ $p = 0,018$	$F = 243,649$ $p < 0,001$	Correlação entre 0,48 e 0,73 $p < 0,01$	43,80

Fonte: Cunha (2001).

Para o Estudo 1 houve um encontro com as participantes que faziam consultas pré-natais na unidade do *Projeto Meninas de Luz* e que se encaixavam nos critérios da pesquisa. As

entrevistas foram realizadas em uma sala de atendimento individual no próprio local onde se desenvolve o *Projeto Meninas de Luz*.

Para o Estudo 2 foram realizados dois encontros com os grupos de adolescentes da amostra, com duração de aproximadamente 30 minutos para cada teste. No primeiro encontro foram aplicados os inventários BAI e BDI; no segundo, aplicou-se o CRI-Y. Ambos os encontros foram feitos na sala de atendimento grupal do *Projeto Meninas de Luz*, também no mesmo local.

Tomou-se o cuidado de marcar os encontros para dias e horários em que as adolescentes já estivessem no local para outro atendimento, evitando-se, assim, que elas tivessem de se deslocar apenas para a participação na pesquisa.

Capítulo 4. Estudo 1 – Apreciação do Estado de Gravidez

Apresenta-se aqui o Estudo 1, acerca do que foi executado a partir de entrevista estruturada e aberta, orientada por guia de entrevista construído com base nas leituras para esta dissertação (Apêndice B), com o intuito de descrever a amostra de 11 participantes.

Na Tabela 3 são apresentadas as participantes do Estudo 1, com seus respectivos dados sociodemográficos. Tais características permeiam todo o estudo e são consideradas homogêneas durante a discussão dos dados. Alguns dados foram coletados na ficha de triagem utilizada pelo *Projeto Meninas de Luz* e outros, durante as entrevistas.

4.1 Resultados e Discussão

Ao analisar os dados descritivos da amostra (idade e escolaridade), percebe-se que a maioria (nove) das adolescentes participantes deste estudo relatou evasão escolar, embora durante a entrevista oito delas tenham afirmado que antes de abandonar a escola estavam na fase escolar esperada para a idade. Apenas uma das participantes relatou já ter finalizado o Ensino Médio; uma delas declarou que freqüentava a escola; nove das entrevistadas já haviam deixado de estudar antes da gravidez. Apesar disso, quatro afirmaram querer continuar os estudos após a gravidez, entre as quais três disseram pretender se formar em algum curso superior ou técnico; as outras sete adolescentes não fizeram qualquer referência a seu retorno para a escola.

TABELA 3

Apresentação das participantes do Estudo 1

Sujeito (nº/iniciais)¹	Idade (anos)	Escolaridade/ Frequência²	Idade na menarca (anos)	Idade na sexarca (anos)	Parceiro (nº)	Pai do bebê	Idade pai bebê (anos)
1/TSA	15	EM/N	11	15	1	Marido	25
2/ACFV	16	EM/N	11	14	1	Marido	20
3/VSSP	18	EM/N	14	15	“uns 8”	Marido	20
4/TAL	18	EM completo	12	16	1	Ex- namorado	20
5/SQM	17	EF/S	13	16	2	Namorado	24
6/PAS	18	EM/N	11	16	“uns 5”	Ex- namorado	18
7/MSN	16	EM/N	13	15	1	Namorado	21
8/KCO	17	EF/N	14	16	“não sei”	Namorado	26
9/JBS	17	EM/N	12	17	1	Marido	15
10/AFB	17	EM/N	12	14	2	Marido	21
11/FFD	18	EM/N	11	16	1	Namorado	21

¹Iniciais fictícias.²EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; S: Sim; N: Não.

De acordo com algumas pesquisas (Figueiró, 2002; Aquino et al., 2003; Cabral, 2003; Lima et al., 2004; Goldenberg et al., 2005), são fatores de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência o abandono da escola ou a frequência escolar por menos anos do que o esperado.

Assim, nesta pesquisa, idade compatível com nível de escolaridade deveria ter sido fator de prevenção da gravidez; porém, não se constatou que a gravidez na adolescência tenha colaborado para o abandono da escola, do mesmo modo como ocorreu no trabalho de Siqueira, Mendes, Finkler, Guedes e Gonçalves (2002), na Grande Florianópolis–SC.

A idade média do pai do bebê verificada nesta pesquisa foi de 20,91 anos (DP = 3,17), variando entre 15 anos e 26 anos, não tendo a maternidade precoce sido aliada à paternidade precoce, embora dois deles tivessem idade também considerada precoce para a paternidade, posto que situada ainda no período aqui considerado como adolescência. O estudo de Abeche (2003), no Rio Grande do Sul, encontrou dados parecidos com os da presente pesquisa, mas naquele trabalho, os parceiros apresentaram média de quatro anos de idade a mais do que as adolescentes. Entretanto, os dados aqui obtidos mostram-se diferentes daqueles encontrados por Godinho et al. (2000), no interior do Estado de São Paulo, por Simões et al. (2003) na cidade de São Luís–MA, e por M. C. O. Costa et al. (2005) em Feira de Santana–BA, todos resultantes de pesquisas feitas com amostras apresentando características semelhantes às deste trabalho. Os três estudos citados apontaram que os pais, considerados co-responsáveis pela gravidez, tinham idades entre 10 e 17 anos, portanto apresentando maior número de adolescentes do que a presente pesquisa.

Neste estudo, oito das participantes afirmaram conviver com o pai do bebê, tendo por elas sido atribuída a cinco deles a qualidade de marido (união consensual ou casamento civil) e a quatro, a de namorado; vale ressaltar que a união ocorreu após a gravidez. Nenhuma das entrevistadas soube dar informações a respeito da atividade profissional desempenhada pelo pai de seu bebê, mesmo aquelas que convivem com os maridos. Daí, depreende-se que o “casamento” com o pai do bebê pode ter sido consequência da gravidez e, portanto, estar

atrelado aos cuidados financeiros e emocionais das adolescentes, não sendo importantes outras questões que envolvem o parceiro, como mencionado na de Amazonas, Santana e Vaz (2001).

Nos estudos de Aquino et al. (2003), feitos em três capitais do Brasil (Porto Alegre–RS, Rio de Janeiro–RJ e Salvador–BA), encontram-se dados semelhantes aos deste trabalho, ou seja, a maior parte das ocorrências de gravidez se deu com o casal morando com suas famílias de origem, “forçando” (p. S381), assim, a união conjugal. Entre as conseqüências sociais da gravidez na adolescência, podem ser citadas: o casamento forçado, considerado importante em função da instabilidade da estrutura familiar que gera; a difícil inserção da adolescente no mercado de trabalho; e o seu difícil retorno ou permanência na escola (Figueiró, 2002; Aquino et al., 2003; Cabral, 2003; Lima et al., 2004).

Diante dos dados apresentados, observa-se a aspiração de maturidade das adolescentes grávidas e de seus parceiros ao desejarem passar do papel de filhos para o de pais. Há ainda aqueles jovens rapazes que já assumem a posição de marido, independentemente do tipo de união, o que os faz responsáveis por uma família. Essa característica é considerada por Figueiró (2002), Cabral (2003) e Lima et al. (2004) como um dos fatores de risco para gravidez na adolescência, e que pode justificar a gravidez da menina quando se cita o fator influência do par para a gravidez.

4.1.1 Comportamento sexual.

A idade da menarca verificada nesta pesquisa apresentou-se na média esperada para as adolescentes brasileiras, aos 12,3 anos (Takiuti, 1997), coincidindo com os dados obtidos em

estudo feito no município de Barrinha–SP por Tavares et al. (2000). Pode-se observar que a sexarca também ocorreu em idades em que o corpo ainda não está fisiologicamente preparado para a gravidez. Takiuti (1997) defende que, do ponto de vista físico, o ideal seria que a sexarca ocorresse pelo menos dois anos após a menarca. O intervalo entre a primeira menstruação e a primeira relação sexual é chamado por Amazarray, Machado, Oliveira e Gomes (1998) de idade ginecológica. Esses dois acontecimentos, a menarca e a sexarca, o primeiro fisiológico e o segundo comportamental, são considerados por Figueiró (2002), Cabral (2003), Lima et al. (2004) e Gonçalves e Gigante (2006) fatores que potencializam o risco de gravidez na adolescência.

Contudo, embora tenha havido a predominância de adolescentes avaliadas nesta pesquisa que responderam ter tido apenas um parceiro sexual, cabe ressaltar três casos em que foram observados relatos de jovens afirmando ter tido “uns oito” parceiros sexuais, ou ainda “uns cinco” e, por fim, “ah, não sei, não me lembro”. Ter tido cinco ou mais parceiros, inclusive a ponto de não se lembrar quantos, é um dado bastante preocupante, principalmente do ponto de vista de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), visto que atualmente o início da vida sexual ocorre cada vez mais cedo, o que pode propiciar a troca de parceiros sexuais com maior frequência. O alto número de parceiros pode ser justificado pelos impulsos movidos pelo simples desejo, pela forte emoção, ou para provar que a adolescente já é suficientemente madura para manter relações sexuais (Takiuti, 1997; Pantoja, 2003; L. Silva & Tonete, 2006).

O presente resultado mostra que embora oito entrevistadas tenham confirmado seu acesso a informações a respeito de como praticar sexo seguro, sete garantiram jamais ter usado algum método contraceptivo e seis disseram que nenhuma das partes do casal se preocupou em usar qualquer método de contracepção. Aquelas adolescentes que afirmaram usar alguma forma

contraceptiva informaram que, quando usavam, a opção principal era pelo preservativo masculino, por ser de mais fácil aquisição; a pílula e o anticoncepcional injetável foram utilizados por apenas uma das entrevistadas cada um. Esses três são os métodos mais conhecidos pelos adolescentes, de acordo com os estudos de L. B. M. Martins et al., (2006), em função de sua maior divulgação para essa faixa etária.

A probabilidade de engravidar nessa idade pode ser maior também em decorrência do comportamento da adolescente de recusa em usar quaisquer métodos contraceptivos, o que é compatível com suas atitudes de desafio aos perigos (Takiuti, 1997; Figueiró, 2002; Lima et al., 2004). A grande maioria das adolescentes, segundo estudos de Takiuti (1997, p. 250), Cabral (2003) e Gonçalves e Gigante (2006), usa “naturalmente nada”, impulsionada apenas pelo desejo e pela emoção.

As entrevistadas neste estudo foram unânimes em relatar que não houve iniciativa de seu parceiro para usar qualquer tipo de contraceptivo, ou mesmo a preocupação a respeito das conseqüências de uma relação sexual, tal como uma possível gravidez, deixando para as jovens toda a responsabilidade sobre essa ocorrência. Tais dados mostram a influência da identidade social masculina sobre a feminina, mesmo que os relatos mostrem que o método mais utilizado por elas tenha sido o preservativo de uso exclusivamente masculino. Além disso, prevalece a característica adolescente de que “nada de ruim pode me acontecer” (Takiuti, 1997; Figueiró, 2002; Lima et al., 2004). Gonçalves e Gigante (2006) apontam que a falta de prevenção também pode se dar em função dos efeitos desagradáveis causados pelas pílulas anticoncepcionais, pelo desconforto e insensibilidade causados pelo uso do preservativo masculino e ainda por recair somente sobre as jovens a responsabilidade de consegui-lo, usá-lo ou tê-lo consigo diariamente.

Mais da metade das adolescentes entrevistadas disse ter recebido informações a respeito do uso de algum tipo de contraceptivo e, mesmo assim, não fez uso dele ou não o fez de maneira adequada, em decorrência de uma provável informação precária a respeito de seu uso e até de seu corpo, ou ainda pelo pensamento mágico ao qual se referiram Takiuti (1997), Figueiró (2002) e Lima et al. (2004). Não foi possível fazer uma avaliação a respeito da qualidade da informação recebida por elas, isto é, se esse conhecimento teria sido suficiente para a sua conscientização sobre a necessidade e a importância do uso de métodos contraceptivos, ou se elas foram meramente informadas sobre a existência deles.

Com base em suas pesquisas, Cabral (2003) comentou que os parceiros geralmente não compartilham com as garotas a responsabilidade do ato sexual, o mesmo tendo sido encontrado nos resultados deste estudo. Pode estar imperando a grande influência que os pares têm sobre elas, característica dos garotos adolescentes em busca da construção de uma imagem que os afirme como portadores da identidade masculina (Cabral, 2003). A adolescente do sexo feminino, em busca de alguém para suprir sua solidão, colabora com o do sexo masculino, que procura se mostrar superior afirmando-se como o mais forte da relação.

Lavinas (1997), em pesquisa com adolescentes no Rio de Janeiro–RJ, verificou que a grande maioria dos adolescentes entrevistados usava camisinha apenas para prevenir DST, sem mencionar a necessidade de usá-la para evitar filhos. Aquela pesquisadora supôs que o fato de os garotos não usarem o preservativo para evitar os riscos de uma maternidade indesejada se deve à falta de informação a esse respeito, ou ainda por julgarem que a responsabilidade de evitar a gravidez deve ficar a cargo de suas parceiras.

De acordo com os resultados dos estudos de Cabral (2003), feitos no Estado do Rio de Janeiro, e de Amazarray et al. (1998), conduzidos na cidade de Porto Alegre–RS, verifica-se que

a falta de informações sobre o uso de métodos contraceptivos pode ser uma das causas da gravidez precoce. Os autores concluem que a má difusão desse tipo de informação, sobretudo relacionada à forma correta de uso dos métodos de contracepção, está vinculada à iniciação sexual incorreta. Essa conclusão, entretanto, é contrária à do estudo de Abeche (2003), o qual afirma que a falta de conhecimento a respeito de métodos contraceptivos não foi a causa da gravidez na adolescência, visto que foi um evento planejado e bem aceito pelas famílias pesquisadas.

Neste estudo, puderam ser confirmadas as conclusões de L. B. M. Martins et al. (2006), os quais consideraram que a análise do conhecimento sobre métodos contraceptivos se dá de forma subjetiva, o que pode levar a uma má interpretação do conhecimento. Geralmente, essas informações são fornecidas antes do início da vida sexual, fazendo com que sejam desconsideradas por não serem reputadas importantes naquele momento.

Tanto a influência de pares como a má qualidade das informações a respeito do uso de métodos contraceptivos foram consideradas por Takiuti (1997), Figueiró (2002), Lima et al. (2004) e Goldenberg et al. (2005) como fatores que aumentam a probabilidade da gravidez precoce. Tais comportamentos perpassam por características próprias da adolescência, assim como pelo contexto cultural em que os jovens estão inseridos.

Leite, Rodrigues e Fonseca (2004), a partir de estudo feito nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, consideraram que quanto mais jovem a adolescente, menos uso faz de métodos contraceptivos. Entretanto, isso não foi verificado nesta pesquisa, já que o tipo de resposta ao tema em questão foi bem padronizado para todo o intervalo de idade da amostra avaliada.

Takiuti (1997) e Goldenberg et al. (2005) reforçam o despreparo das instituições educacionais e de saúde, e Aquino et al. (2003) acrescentam o das famílias, em promover as informações sobre a sexualidade adolescente, em decorrência do tabu enraizado na sociedade brasileira de que o acesso a essas informações influenciaria ou estimularia o uso das funções sexuais de forma indiscriminada. Disso decorre que a sexualidade é colocada como um componente afetivo distanciado e isolado da realidade do adolescente justamente no período de desenvolvimento em que rompe com grande força, o que em nada colabora para a transmissão das informações necessárias sobre sexo seguro, gravidez, prevenção de DST e uso de métodos contraceptivos para essa população.

Quanto à sexualidade durante a gravidez, pôde-se perceber que alguns casais diminuíram a frequência das relações sexuais em função do medo típico da idade gestacional que se inicia com os movimentos do bebê no ventre da mulher. Das adolescentes entrevistadas, sete afirmaram continuar tendo relações sexuais durante a gravidez e duas responderam que sua atividade sexual diminuiu pelo medo, de uma das partes, de o bebê se machucar durante o ato sexual; três tinham a barriga como possível empecilho/dificuldade para o ato sexual; apenas uma das entrevistadas considerou que, apesar da dificuldade que estava experimentando, a vida sexual continuaria em função do parceiro; uma relatou que o prazer sexual diminuiu durante a gravidez; duas entrevistadas consideraram que a vida sexual continuaria normalmente. Mais uma vez, vislumbra-se a má qualidade das informações que as adolescentes têm a respeito de sexualidade, até mesmo envolvendo o conhecimento sobre o corpo do parceiro e o seu próprio corpo, inclusive quando em estado gravídico, já apontada por Takiuti (1997), Figueiró (2002), Lima et al. (2004) e Goldenberg et al. (2005).

A percepção de seu novo corpo também é causa da diminuição da frequência das relações sexuais. A adolescente, que ainda estava em fase de adaptação às mudanças físicas típicas desse período, como crescimento das mamas, aparecimento de pêlos, modificação dos contornos da cintura e dos quadris, agora terá de conviver com outras mudanças durante os nove meses da gestação. Os novos e diferentes seios e a barriga atrapalham o prazer sexual que acabara de descobrir, tornando o ato sexual desconfortável (Brazelton & Cramer, 1992; Soifer, 1992; Maldonado, 1997; Takiuti, 1997).

Por outro lado, o parceiro mostra influência sobre a escolha da adolescente em ter relações sexuais durante a gravidez. Às vezes, ele não consegue entender o desconforto que o corpo grávido pode trazer para a mulher durante o ato sexual, ou mesmo os mitos que povoam a cultura popular de que o bebê possa sofrer algum dano com essa prática. Assim, o parceiro insiste em continuar a manter relações sexuais durante a gestação, e a adolescente, que ainda nem aprendeu a lidar com seu novo corpo de mulher, cede a isso, independentemente de sua própria vontade. O desejo sexual pode diminuir, mas como é normal para elas atender aos anseios do parceiro, continua tudo da mesma forma que antes da gravidez (Aquino et al., 2003; Cabral, 2003). Lima et al. (2004) afirmam que, em decorrência das dificuldades de algumas mulheres em fazer tais escolhas, a vontade masculina tende a prevalecer.

4.1.2 Gravidez.

Os resultados desta pesquisa mostraram que entre as participantes da amostra encontram-se adolescentes que não desejaram nem planejaram a gravidez e também algumas que afirmaram

ter engravidado por não haver recebido orientações corretas sobre como fazer essa prevenção. Lembrando que Szapiro e Féres-Carneiro (2002) comentam que engravidar não envolve apenas o corpo biológico, mas também o desejo de que a gravidez aconteça, vale ressaltar a fala de uma das adolescentes que, mesmo não tendo respondido diretamente que desejou a gravidez, relatou o desejo interno de que isso acontecesse, conforme o depoimento abaixo:

Assim, eu acredito que hoje engravida quem quê, né? Porque a camisinha tá aí, tudo quanto é tipo de remédio tá aí. A gente não toma porque não quê. Eu acho que foi descuido mesmo. Talvez porque eu queria, né? Porque eu não usava remédio, nem nada. Namorava com ele e num usava nada. (sujeito 8)

Pantoja (2003), em sua pesquisa em Belém-PA, considerou que para as adolescentes que percebem o desejo de engravidar, isso pode ser a implícita concretização de um sonho ou projeto de vida que é alcançado pelos adultos e, portanto, tido na faixa etária dessas garotas como um alvará para entrar na vida adulta. Segundo Sabroza et al. (2004), não desejar engravidar também pode estar relacionado à falta de planejamento, muito comum nessa faixa etária.

Neste grupo avaliado, oito participantes responderam que haviam recebido previamente informações sobre sexo seguro, incluindo os métodos que evitam gravidez e previnem DST, e apenas duas adolescentes afirmaram que não sabiam o que fazer para não engravidar. Ou seja, ao mesmo tempo em que sabem como se prevenir, não sabem evitar a gravidez, o que leva a concluir que as informações a esse respeito foram transmitidas ou recebidas de forma inadequada, ou ainda que as informações não apreendidas por elas foram aquelas que não as interessaram no momento em que as receberam (Aquino et al., 2003; Cabral, 2003).

As justificativas para terem engravidado apresentadas pelas adolescentes entrevistadas foram bem diversas: duas responderam que achavam que se engravidassem o namorado se

casaria com elas; quatro delas não usavam qualquer tipo de método contraceptivo por achar que, por algum motivo, não engravidariam; duas queriam ter a experiência de ser mãe; para uma entrevistada, o desejo era do casal; apenas uma delas respondeu que o desejo era apenas do parceiro:

Eu engravidei mesmo porque ele queria ter um filho. Ele também já tá com 25 anos, né?

Então, ele acha que pra ele já tá na hora... Mas, pra mim não, né? (sujeito 1).

Em relação às justificativas para terem engravidado, cabe comentar a respeito da dificuldade de aliar os atos a suas conseqüências, referida pelos adolescentes e confirmada por Levisky (1998), Figueiró (2002), Aquino et al. (2003), Cabral (2003), Lima et al. (2004) e Goldenberg et al. (2005). Em pesquisas recentes, citadas por Oliveira et al. (2001) e Aquino et al. (2003), foi verificado que cerca de 50% das adolescentes não desejam e não planejam engravidar. D. V. Silva e Salomão (2003) referem-se à tentativa de prender o namorado como sendo um dos fatores que contribui para a gravidez precoce, o que também pôde ser observado no presente estudo. No entanto, o relato da participante 1, transcrito acima, mostra a falta de parceria e de interesses em comum do casal quanto à decisão de engravidar, talvez explicada pela diferença de idade entre eles (10 anos). Essa tentativa indica o desejo da adolescente em firmar o vínculo com seu parceiro, citado por D. V. Silva e Salomão (2003), e considerado fator de risco para a gravidez precoce. Na pesquisa de Abeche (2003), o autor concluiu que, diferentemente do presente estudo, os casais adolescentes planejaram e aceitaram a gravidez, principalmente quando já moravam juntos.

Analisando-se esses dados, novamente aparecem os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade, citados por Levisky (1998), pois, ao mesmo tempo em que relataram ter informações sobre como evitar a gravidez, as jovens não quiseram e muito menos planejaram tal

situação, mas engravidaram. Entre os motivos para ter engravidado, foram ocorrentes no presente estudo tanto o desejo do parceiro de ter um bebê como o pensamento da adolescente de que não engravidaria. Como comprovou Figueiró (2002) em seus estudos, neste estudo também houve relato da necessidade que a adolescente sentiu de provar que é fértil, mesmo que em um pensamento mágico:

[...] *achei que num ia engravidá mais.* (sujeito 7)

Os pensamentos impulsivos e imediatistas também se apresentam como característicos dessa faixa etária e se convertem em fatores de risco para uma gravidez precoce (D. V. Silva & Salomão, 2003; Lima et al., 2004).

Perguntadas como se sentiam em relação a estarem grávidas, três participantes relataram que se sentiam bem; quatro responderam que se sentiam bem, apesar de outras situações pelas quais estavam passando; duas das entrevistadas afirmaram que se sentiram bem depois que se acostumaram com a gravidez; quatro delas responderam que não sentiram diferença em ter ficado grávida; apenas uma jovem relatou arrependimento.

As mudanças corporais foram percebidas por todas as adolescentes entrevistadas, tendo apenas duas delas afirmado que se sentiram mais bonitas com a gravidez; cinco não fizeram menção a como se sentem com tais mudanças, apesar de percebê-las; três participantes referiram-se a um novo corpo, que está feio, e revelaram estar preocupadas com o pós-parto, além de terem expressado preocupações acerca do novo corpo, como pode ser depreendido pelo seguinte relato:

Meu quadril enlargueceu [fazendo careta], meu peito cresceu demais [rindo com ironia]. Assim, o corpo tá ficando mais largo, tô ficando quadrada, sei lá [riu]. Quadrada e redonda ao mesmo tempo. Antes de engravidar, eu era um palito [...] mas eu fico

pensando “e depois que eu ganhar neném, como é que eu vou ficar? Vai ficar tudo caído?” [rindo com careta]. (sujeito 5)

Interessante observar que as adolescentes, inicialmente, não se referiram à mudança corporal como algo bom ou ruim, o que pode ser um indício da evitação de seu novo estado. De acordo com os relatos colhidos durante esta pesquisa, o sentimento de fealdade começou a ser revelado quando as adolescentes se referiram ao seu físico como deformado, a cada momento com um formato gráfico diferente, já mencionado por Soifer (1992) e Maldonado (1997), embora sentir-se feia não tenha sido motivo de angústia. Nos estudos de Menezes e Domingues (2004), também feitos em Goiânia, com amostra de mesmas características desta pesquisa, a maioria das adolescentes entrevistadas não demonstrou insatisfação em relação ao seu corpo durante a gravidez. Pelo contrário, elas deram ênfase ao aparecimento da barriga grávida que, em alguns casos, oferece sinal de poder, almejado junto com a necessidade de autoconfiança (Takiuti, 1997), tal como as duas participantes deste trabalho que fizeram referência a um corpo mais bonito com a gravidez.

Todas as respostas relacionadas à mudança emocional tiveram como tema estar mais sensível, chorar mais do que o comum:

Ah, eu fiquei assim. Qualquer coisa dá vontade de chorar. [...] Eu acho que não chega a ser uma depressão, né? Mais uma falta de carinho, de atenção, de proteção. Só isso.
(sujeito 4)

Esse depoimento revela, mais uma vez, uma característica peculiar da adolescência que é potencializada pela gravidez, ou seja, expressar suas dificuldades na forma de humor deprimido, ou com características ligadas aos estados depressivos, como a vontade de chorar (Petersen,

1988). Segundo Lima et al. (2004), é comum que as mães adolescentes tenham sofrimento psíquico.

Observou-se no presente estudo que apenas uma adolescente se arrependeu de ter engravidado, enquanto dez delas afirmaram que se sentiram bem depois de terem se acostumado com o acontecimento. O desejo de ser mãe, de passar por tal experiência, fez com que elas se sentissem felizes com o estado gravídico. Tais anseios mostram a aspiração em concorrer com as responsabilidades e a maturidade dos pais (Aberastury & Knobel, 1981), além de haver também a tentativa de alcançar autonomia emocional a partir do momento em que tentam construir sua própria família.

4.1.3 Apoio social.

O tema apoio social no presente estudo englobou três tipos de assistência: emocional, financeira e equipamentos sociais. As respostas que tiveram maior destaque foram: assistência emocional – cinco participantes afirmaram que a receberam do companheiro e uma respondeu que não a recebeu de ninguém; assistência financeira – seis a obtiveram do companheiro e duas de seu próprio pai; equipamentos sociais – seis das entrevistadas só buscaram o apoio do *Projeto Meninas de Luz*, enquanto cinco também contaram com o suporte de outros equipamentos, tais como Postos de Saúde e igrejas.

Esses dados demonstram que a maioria das adolescentes entrevistadas contou com seu parceiro financeira e emocionalmente, apesar de também ter havido a participação de sua família na assistência financeira, o que é esperado para esse grupo sociodemográfico. Resultados

semelhantes foram encontrados no trabalho de Godinho et al. (2000), feito no interior do Estado de São Paulo, e no de Sabroza et al. (2004), executado em um município do Estado do Rio de Janeiro. Percebe-se, assim, a necessidade que as adolescentes têm de se auto-afirmar como capazes de prover suas necessidades, mesmo que não tenham idade suficiente para se estabilizar em alguma profissão ou emprego. Apesar disso, mostram-se ainda dependentes de seus pares e/ou de seus pais (Figueiró, 2002; Lima et al., 2004). Em sua pesquisa, Lima et al. (2004) encontraram resultados semelhantes, mostrando também que quando há o apoio das famílias para levar em frente a gravidez, e esse fato passa a ser aceito, torna-se algo normal, como esperado pelas adolescentes.

No guia de entrevista não foi incluída pergunta sobre a justificativa de alguma escolha de equipamento social. Os dados mostraram que a grande maioria das adolescentes participantes buscou apenas o apoio do *Projeto Meninas de Luz*, às vezes deixando algum atendimento prévio na rede pública de saúde.

Quando perguntadas sobre religião, sete adolescentes responderam que são católicas e quatro, evangélicas; sete afirmaram que freqüentam sempre os cultos, três vão às vezes e duas deixaram de freqüentá-los por causa da gravidez:

Eu não tô mais, devido às próprias pessoas da igreja, sabe? Implicaram com o meu jeito de vestir, sabe? Aí, eu fui ficando desanimada de ir na igreja. (sujeito 4)

A participação em grupos religiosos é considerada um dos fatores de proteção para a gravidez na adolescência por alguns autores (Figueiró, 2002; Lima et al., 2004), em função da pregação de ideologias como a importância da família e da obediência, repressão da sexualidade e também valorização do crescimento individual e coletivo, além do desenvolvimento integral do ser humano (Rivera, 2001).

Neste estudo, embora todas as adolescentes tenham admitido pertencer a alguma religião, isso não se refletiu em maior integração social. Assim, deve-se questionar a qualidade do apoio social que o grupo religioso ao qual pertencem vinha oferecendo às adolescentes, assim como a qualidade da própria participação delas em sua comunidade religiosa. Ao contrário do que se esperava, em alguns casos nesta pesquisa, a religião foi fonte de estresse e críticas às adolescentes pela gravidez, assim mostrando seu preconceito em relação a esse público, o que consiste fonte de risco psicossocial (Figueiró, 2002; Lima et al., 2004; Paulics, 2006).

4.1.4 Hábitos e atividades.

Ao se referirem aos seus hábitos após a constatação da gravidez, as adolescentes pesquisadas fizeram menção àqueles que estão no universo das pessoas nessa faixa etária: passear, ir a festas, trabalhar e estudar. Somente duas entrevistadas responderam que quase não saíam antes de engravidar; nove delas declararam que saíam muito para bares e festas e tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas:

[...] todo dia era festa demais, bebia demais, farreava demais. Todo dia eu ia pra festa. Era uma vida muito agitada. (sujeito 5)

Os dados mostram que as participantes da presente pesquisa não priorizaram o estudo, conforme sugerido em outros trabalhos, como o de Lima et al. (2004), mas sim a convivência social; também mostraram que concorrem com os adultos em seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e idas a festas diárias, de modo semelhante ao que comenta Cicchetti (1984). Yazlle et al. (2002) e Aquino et al. (2003) fazem referência ao impacto social que a gravidez e a

maternidade na adolescência causam sobre o percurso escolar. Naquelas pesquisas, além de terem sido constatados os hábitos priorizados no presente estudo, a evasão escolar foi apontada como consequência do novo papel de mãe que a adolescente adquiriu. Mas, vale também aqui salientar que, segundo Cicchetti (1984) e Aquino et al. (2003), a interrupção precoce dos estudos é bastante comum na classe social em que se encontra o grupo analisado nesta pesquisa, não sendo apenas a gravidez precoce a responsável por tal comportamento. Em seus estudos, feitos em três capitais brasileiras (Salvador–BA, Rio de Janeiro–RJ e Porto Alegre–RS), M. da C. C. Almeida, Aquino e Barros (2006) afirmaram que puderam observar os dois casos: a baixa escolaridade ou a evasão escolar causando a gravidez precoce e a gravidez precoce causando a baixa escolaridade ou a evasão escolar.

4.1.5 Futuro.

As adolescentes responderam às perguntas dessa categoria sempre se referindo à presença do bebê em suas vidas e incluindo-o em seu futuro. Assim foi que oito delas consideraram que sua vida mudaria para melhor com a chegada do bebê, incluindo-se as mudanças relacionadas à alegria e à maturidade, mesmo que não tivessem planejado a gravidez:

Eu acho, assim, que vai mudar, mas que... eu vou ficar mais feliz do que agora eu já sou
[rindo] (sujeito 5)

Uma entrevistada considerou que o bebê será algo seu, que finalmente terá alguém:

[...] eu não tenho ninguém pra mim, assim, família, eu não tenho ninguém. Eu acho que vai me ajudar bastante, vai ser eu por ele e ele por mim. Vai ser a única pessoa que eu

vou poder ajudar. Eu sei que vou poder contar com ele amanhã [...] Assim, eu acho que é a única pessoa que eu vou poder criar, confiar, vai ser ele, né? (sujeito 8)

Quanto à expectativa que têm do seu bebê, uma das pesquisadas considerou que o filho impulsionará sua vida:

[...] mudou é... com a chegada dele, fez eu ter mais força pra mim lutar pra ter um futuro melhor pra mim e pra ele. Não parar de estudar só porque fiquei grávida, continuar estudando, fazer curso pra eu ter um bom emprego pra futuramente sustentar ele e a mim também, né? (sujeito 4)

Com relação às suas expectativas para o futuro, somente uma das entrevistadas disse querer um futuro para si e para seu filho com suas próprias conquistas, inclusive as materiais, creditando a isso a formação que os pais lhe dão; seis delas imaginam-se casadas e junto de seu filho; duas fizeram referência ao futuro como estando velhas; as duas participantes restantes responderam não ter qualquer expectativa do futuro; e uma delas afirmou, ainda, ter desejo de dar o melhor possível ao seu bebê, apesar de ter receio do que está para acontecer:

Eu quero criar ele, assim, da melhor forma possível. Eu fico, assim, porque eu sou muito nova pra acontecer esses trem tudo. Eu fico pensando nessa tal de depressão pós-parto, né? Que o povo fala, assim, que mãe não gosta de menino, né? Aí, eu falo pro Chiquinho¹ que caso aconteça alguma coisa, né, pra ele cuidar do meu filho. (sujeito 1)

A forma como as adolescentes deste grupo se vêem no futuro é muito semelhante àquela esperada por suas mães, avós e bisavós: cuidando de sua casa, seu marido, seu filho (Romero, 1995). Estar velha também é uma preocupação muito próxima para essas meninas, embora ainda

¹ Nome fictício. A adolescente se refere a seu marido, pai do filho que está esperando.

estejam muito longe de apresentar qualquer sinal disso. Houve também seis entrevistadas que afirmaram ver em seu bebê algo que finalmente as impulsionará para a vida, o motivo para tentar seguir em frente, lutar e conquistar seu próprio espaço.

4.1.6 Conclusões.

A análise das entrevistas permitiu concluir que, apesar de essas adolescentes estarem vivenciando uma gravidez precoce, tinham o desejo de assumir suas responsabilidades e abandonar a fase infantil, incorporando o papel de cuidadora, mesmo que de forma repentina, trocando o papel de filha pelo de mãe. O mesmo se estende aos seus parceiros, que tomaram para si a responsabilidade da assistência emocional e financeira, assumindo a “nova família”, mudando bruscamente do papel de filho para o de provedor, como seus pais (Pinheiro, 2000).

A falta de informações sobre o momento ideal para a sexarcação foi um dos fatores de risco encontrados nesta pesquisa, assim como a falta de orientação quanto ao uso de métodos contraceptivos, inclusive os que previnem DST. Este estudo evidenciou a necessidade de trabalhar não só a informação pertinente, mas também direcionar a orientação dada de modo a que se aproxime mais da realidade dos adolescentes. Para isso, há de se levar em conta algumas condições psicológicas e sociais específicas dessa faixa etária, principalmente os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade dos adolescentes.

Durante a execução desta pesquisa, também se percebeu que as participantes tinham algumas informações inadequadas sobre a gravidez. Embora as adolescentes estivessem sob acompanhamento no *Projeto Meninas de Luz* para cuidados com sua saúde física e emocional

durante esse período, ainda puderam ser observados em suas falas inúmeros mitos importantes relacionados à gravidez, que se encontravam arraigados em sua cultura e, mesmo com os devidos esclarecimentos, interferiram negativamente em suas vidas e relacionamentos interpessoais.

Um aspecto importante da gravidez na adolescência é a (re)inserção da menina-mulher na comunidade da qual faz parte. Desse modo, conclui-se não apenas que a jovem deverá arcar com as conseqüências da maternidade precoce, mas também que seu espaço cultural sofrerá influências. O mercado de trabalho e a escola não estão preparados para receber a recém-mãe. As leis trabalhistas, os meios de qualificação profissional, as vagas para empregos não contemplam essa faixa da população. As escolas, sobretudo as públicas, acessíveis às participantes desta pesquisa, não têm infra-estrutura e/ou superestrutura para a mãe e o rebento de modo a garantir o aleitamento materno. Assim é que não possuem espaço físico adequado para uma creche ou ao menos um espaço para amamentação tranqüila, nem recursos humanos para ajudar essas jovens mães a cuidar de seus bebês enquanto assistem às aulas. A convivência com os outros adolescentes também fica afetada, pois aquelas que não são mães continuarão suas atividades próprias da idade, enquanto a mãe precoce terá de comprometer e dividir seus horários com os cuidados devidos ao bebê.

A comunidade deve estar envolvida em outras questões além do trabalho e da escola. Acredita-se que o trabalho de prevenção e esclarecimento sobre sexualidade, contracepção e prevenção de DST deve se dar em nível comunitário. Assim, a sociedade em geral, o sistema público de saúde e de educação, as associações comunitárias, as igrejas e as pessoas que convivem com a gestante, e que acabam influenciando em suas decisões e comportamentos, devem ser bem informados a respeito desses assuntos. Desse modo, poderão, então, passar a atuar como multiplicadores desses conhecimentos, a fim de que se possa desenvolver uma

cultura mais apropriada acerca da saúde do adolescente e, em especial, da grávida adolescente. Deve-se atentar para a recomendação de Yazlle et al. (2002) de se considerar o conhecimento sobre a magnitude do problema na região em que estão inseridas as adolescentes para que a estratégia adotada seja adequada, além de direcionar as prevenções aos grupos mais vulneráveis.

O guia de entrevista empregado nesta pesquisa não fez referência à condição socioeconômica e cultural dos pais das entrevistadas. A possibilidade de perceber que essa condição é precária baseia-se nos dados do *Projeto Meninas de Luz*, que atende adolescentes oriundas de famílias que se apresentam em situação desfavorável em diversos níveis, o que constitui fator de risco para a gravidez precoce (Figueiró, 2002; Lima et al., 2004).

No que tange as mudanças corporais, a jovem, que ainda nem teve tempo suficiente para se acostumar com as transformações próprias da adolescência, já percebe seu corpo mudando em decorrência da gravidez. Portanto, a transformação de seu corpo de menina em mulher, com que sonhara, não se apresentará de forma gradual; ele sofrerá alterações causadas pela gestação, situação que pode desenvolver na jovem mãe, como observado nas entrevistas, o temor de que nunca retornará a ser o que era antes.

As mudanças emocionais que ocorrem nas grávidas adolescentes são semelhantes àquelas esperadas para as gestantes adultas, com o aparecimento de alterações de humor, tornando-as mais sensíveis. Portanto, é difícil concluir se na amostra analisada as alterações emocionais ocorreram por ser a participante adolescente, ou por estar grávida, ou por ser uma adolescente grávida. Em todo caso, durante as entrevistas não houve relatos de potencialização da sensibilidade que pudessem apontar para alterações emocionais diferentes daquelas já esperadas para uma adolescente ou para uma grávida.

Comportamentos de risco, tais como o grande número de parceiros sexuais, a falta de uso de algum método contraceptivo, a influência do par sobre a decisão de usá-lo ou não confirmam a idéia de que o adolescente não planeja seus atos e nem faz previsão sobre as conseqüências que suas ações possam ter. Isso implica risco potencial de reincidência da gravidez na adolescência e também de contrair DST, o que torna clara a presença de impulsividade, imediatismo e sentimentos de onipotência e indestrutibilidade experimentados pelas adolescentes estudadas.

Cabe lembrar aqui que, teoricamente, a participação das adolescentes em espaços religiosos é considerada um dos fatores que poderia tê-las protegido de comportamentos sexuais de risco ou que poderia ter-lhes dado apoio em caso de gravidez precoce (Rivera, 2001; Figueiró, 2002; Lima et al., 2004). Embora sejam considerados espaços propícios para a discussão de temas relacionados não somente com a moralidade, mas também com o crescimento individual e comunitário, remetendo seus seguidores a um compromisso de maior inserção na comunidade, os espaços religiosos não foram determinados neste trabalho como fatores de proteção contra a gravidez precoce. Pelo contrário, as adolescentes que participavam de cultos religiosos revelaram que se sentiram desamparadas por essas entidades quando ficaram grávidas e até mesmo se sentiram vítimas de preconceito.

Engravidar nessa fase de desenvolvimento também significa abdicar da diversão própria para a idade, pois o estilo de vida da adolescente grávida sofre modificações em todos os âmbitos (Yazlle et al., 2002). No entanto, ficar grávida talvez seja um fator de proteção contra vícios, já que boa parte das participantes declarou que antes fazia uso de bebida alcoólica e, por causa da gravidez, mudou seus hábitos. Contudo, vale salientar a necessidade de promover maior interesse das adolescentes grávidas pelo universo acadêmico e/ou sua integração naquele espaço, tendo em vista a alta incidência de abandono dos estudos observada nesta pesquisa.

Capítulo 5. Estudo 2 – Estudo Correlacional: Coping e Saúde Mental

No Estudo 2 desta dissertação foram avaliados:

- a) As estratégias de *coping* utilizadas pelas adolescentes grávidas;
- b) O nível de ansiedade das adolescentes grávidas;
- c) O nível de depressão das adolescentes grávidas.

Para isso, foram realizadas análises quantitativas dos dados estresse, *coping*, ansiedade e depressão a fim de verificar a relação entre essas variáveis e a idade. Os dados coletados, obtidos com o uso dos inventários de Beck, BAI e BDI (Cunha, 2001), e do CRI-Y (Moos, 1993) foram analisados por meio do pacote estatístico para Windows SPSS versão 11.0.

A análise estatística foi conduzida usando ANOVA para os estudos das médias de *coping*, ansiedade e depressão por idade. O estudo correlacional de Spearman foi utilizado entre as variáveis *coping*, níveis de ansiedade e de depressão e idade e entre as variáveis estratégias de *coping*, apreciação do problema, ansiedade e depressão.

5.1 Estratégias de Coping e Idade

Para a pesquisa sobre o uso das estratégias de *coping* por idade foi conduzida uma ANOVA (*coping* x idade). Não foram observadas diferenças significativas entre essas variáveis. A Figura 3 mostra as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes deste estudo em cada grupo de idade.

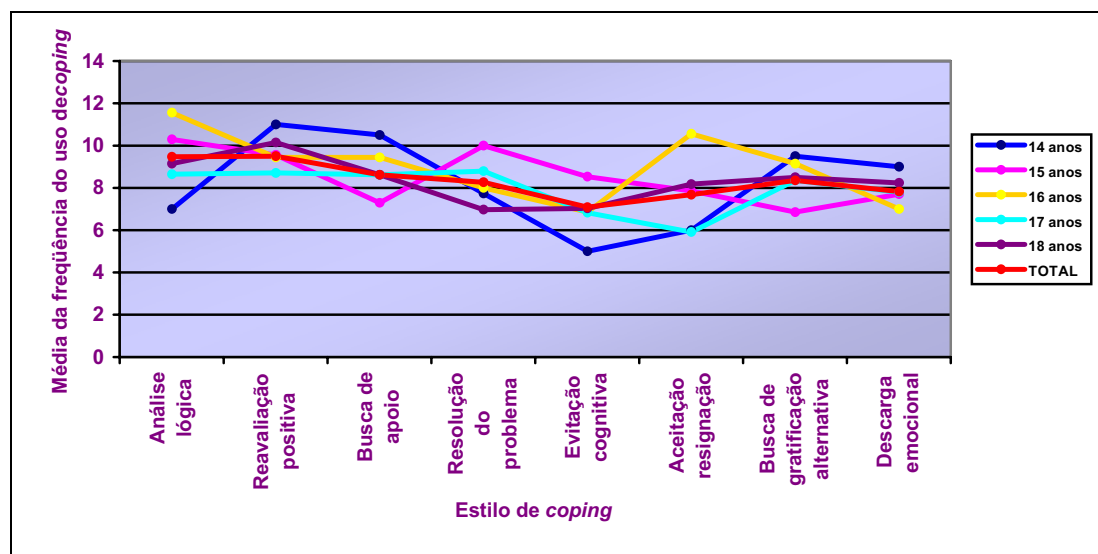


Figura 3. Média da frequência do uso das estratégias de *coping* por idade.

Também foi conduzido um estudo correlacional utilizando a técnica de Spearman em que foi analisada a relação existente entre o uso de *coping* e a variável idade. Não foram encontradas diferenças significativas, o que demonstra que nesta amostra a escolha e o uso das estratégias de *coping* não variaram com a idade. Tendo em vista a homogeneidade do problema enfrentado por todas as participantes da pesquisa, a gravidez na adolescência, e o pequeno intervalo de idade pesquisado, pode-se dizer que as jovens avaliadas, independentemente da idade, o estavam enfrentando de forma semelhante.

Alguns estudos postulam que existem diferenças entre as formas de vivenciar e enfrentar o estresse de acordo com a idade (Griffith et al., 2000; Zanini, 2003). Inclusive, Zanini (2003) divide a adolescência em dois grupos, os mais jovens (12–13 anos) e os considerados mais velhos (até 16–17 anos), em função de seu grau diferenciado de maturidade. Ebata e Moos (1991) e Seiffge-Krenke (2000) se referem a estratégias mais adaptativas esperadas por adolescentes mais velhos, enquanto Griffith et al. (2000) afirmam que o *coping* é mais focado em

emoção ou em estratégias de evitação do problema entre os mais jovens. Entretanto, tais diferenças não foram encontradas neste estudo, provavelmente porque as adolescentes participantes encontravam-se homoganeamente na faixa etária entre 15 e 18 anos, não tendo havido representantes do grupo considerado mais jovem. Além disso, a amostra analisada contou com número reduzido de sujeitos, o que não possibilitou a análise das diferenças entre grupos, assim como pode ter afetado estatisticamente os resultados no sentido de minimizar as diferenças existentes no uso de *coping* por idade.

Seria esperado que as adolescentes fizessem mais uso de estratégias de evitação do problema, por ter sido esse o resultado encontrado por Moos (1993) na validação do CRI-Y com adolescentes. Embora certos estudos com jovens norte-americanos (Patterson & Maccubbin, 1987; Griffith et al., 2000) e uma pesquisa com adolescentes de Barcelona (Espanha) (Zanini & Forns, 2005) tenham mostrado que existe predominância da estratégia de *coping* de aproximação entre as adolescentes do sexo feminino. Essa possível predominância se dá, segundo Griffith et al. (2000) e Zanini e Forns (2005), em função da ampla rede de apoio social esperada pelas adolescentes do sexo feminino.

Como não foram encontradas na literatura pesquisas específicas para a situação aqui apresentada, qual seja a gravidez na adolescência, torna-se difícil a comparação inter-estudos. Conseqüentemente, pode-se somente inferir que para este tipo de amostra, as diferenças não tenham sido encontradas em função da especificidade do problema relatado, o que não gerou uso diferencial de estratégias de enfrentamento pelas adolescentes (Lazarus & Folkman, 1984; Antoniazzi et al., 1998).

Com a utilização da ANOVA, verificou-se que as médias do uso de estratégias de *coping* foram semelhantes, o que leva a concluir que não houve diferença estatística entre as estratégias

utilizadas. Para este estudo, poderia ser esperado que as adolescentes utilizassem mais as estratégias de evitação cognitiva ou comportamental do que as de aproximação, visto que o evento gravidez não pode ser alterado. Porém, observou-se que ambos os tipos de estratégias foram empregados pelas participantes e obtiveram médias de uso próximas.

Gómez-Fraguela et al. (2006) comentam que a funcionalidade do uso do *coping* depende do tipo de situação a ser enfrentada. As estratégias de aproximação do problema seriam mais funcionais quando utilizadas para resolver questões passíveis de modificação, enquanto as de evitação, para resolver aquelas não passíveis. Embora Griffith et al. (2000) e Zanini e Forns (2005) afirmem que as estratégias de enfrentamento centradas no problema se mantêm por toda a adolescência, em qualquer intervalo de idade, isso não foi verificado para esta amostra, já que não houve diferença nesse aspecto.

5.2 Ansiedade, Depressão e Idade

Foi conduzida uma ANOVA para comparação de médias entre ansiedade, depressão e idade (ansiedade x idade; depressão x idade) das adolescentes grávidas participantes da presente pesquisa. A Figura 4 mostra que não houve diferença significativa entre as médias obtidas. De acordo com Cunha (2001), os inventários de Beck trazem o escore de 20–35 como nível moderado tanto de ansiedade quanto de depressão. Portanto, observa-se que as participantes desta amostra apresentaram nível leve de ambos os transtornos.

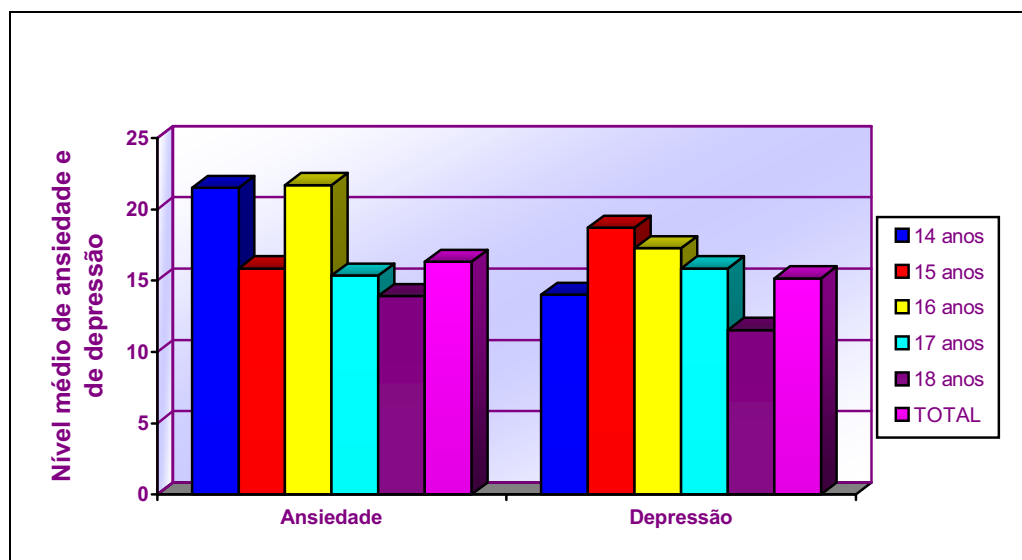


Figura 4. Nível médio de ansiedade e depressão por idade.

Um dos pontos que pode justificar o nível leve de depressão observado no presente estudo pode estar relacionado ao apoio social que as adolescentes vinham encontrando em seus companheiros e em suas famílias. Os resultados encontrados nesta pesquisa para ambos esses dados – índice de depressão e apoio social – se mostram contrários àqueles apontados nos estudos de Villanueva et al. (2000), feitos na Cidade do México (México) com uma amostra similar à presente e também utilizando o BDI.

Contudo, deve-se ponderar sobre as características que podem ter influenciado os resultados da presente pesquisa. Por tratar-se de um estudo transversal para investigação de estresse, *coping* e psicopatologia no segundo trimestre da gravidez, é provável que o baixo índice de ansiedade e depressão encontrado tenha refletido o curto tempo de vivência do problema (aproximadamente três meses).

Pode-se hipotetizar que, no curso da gravidez, esses sintomas se incrementariam, configurando melhor as características do transtorno depressivo e da ansiedade. Para esclarecer essa hipótese, seria necessário acessar tal variável em um período posterior da gravidez.

Atualmente, as adolescentes têm encarado a gravidez com muito mais naturalidade do que algum tempo atrás. A presença de ansiedade, preocupação natural com esse processo, poderia indicar amadurecimento, enquanto a tranqüilidade tenderia a demonstrar imaturidade diante das conseqüências de uma gravidez prematura. Outra hipótese a se levantar é a tentativa de obtenção de reconhecimento social que a gravidez poderia significar, o que, de acordo com Sabroza et al. (2004), diminuiria o sofrimento psíquico.

Outro fator que pode ter contribuído para a obtenção desses dados é o uso do BAI e do BDI neste estudo como testes avaliativos (Cunha, 2001), pois ambos medem sintomas de transtornos depressivos ou de ansiedade. Teoriza-se aqui que na adolescência e na gravidez haja um incremento dos comportamentos ansiosos e depressivos, mas que isso não necessariamente se configure transtorno, conforme a definição de American Psychiatric Association (2002).

Em contrapartida, Freitas e Botega (2002) afirmam que, se os sintomas de ansiedade e depressão encontrados em adolescentes grávidas são próprios da gravidez, as causas para que esse dado seja estatisticamente significativo devem ser avaliadas de forma multifatorial.

5.3 Estratégias de Coping

A análise correlacional de Spearman, apresentada na Tabela 4, foi realizada nesta pesquisa para verificar as correlações existentes entre os usos das diferentes estratégias de *coping*.

Observou-se baixa correlação entre as estratégias de enfrentamento de problemas. Chama atenção a correlação mais baixa entre análise lógica e busca de apoio ($r = 0,312$; $p = 0,05$) entre as relações significativas encontradas. Houve correlações significativas entre a análise lógica e: a resolução do problema ($r = 0,438$; $p = 0,01$), a evitação cognitiva ($r = 0,486$; $p = 0,01$), a aceitação resignação ($r = 0,402$; $p = 0,01$) e a descarga emocional ($r = 0,434$; $p = 0,01$).

As estratégias análise lógica e busca de apoio são ambas de aproximação, porém de qualidades diferentes – cognitiva e comportamental, respectivamente (Moos, 1993; Holahan et al., 1996). Essa aproximação do problema é percebida pela correlação encontrada entre essas duas estratégias, pois as adolescentes desta amostra estavam enfrentando o problema da gravidez tanto cognitiva como comportamentalmente. Pensar sobre o problema para resolvê-lo, dando-lhe uma nova perspectiva, pode envolver a busca de ajuda de outras pessoas, como pais, familiares e até amigos. Essa forma de encarar o problema, tornando-o passível de resolução, é muito compatível com a busca de ajuda e apoio que as adolescentes fizeram quando se dirigiram ao *Projeto Meninas de Luz*.

TABELA 4

Correlação de Spearman entre as estratégias de *coping*

		Correlação de Spearman						
	Análise lógica	Reavaliação positiva	Busca de apoio	Resolução do problema	Evitação cognitiva	Aceitação resignação	Busca de gratificação alternativa	Descarga emocional
Análise lógica	–	0,245	0,312*	0,438**	0,486**	0,402**	0,237	0,434**
Reavaliação positiva		–	0,138	0,233	0,164	-0,031	0,355*	0,030
Busca de apoio			–	0,158	-0,021	-0,030	0,517**	0,246
Resolução do problema				–	0,016	-0,057	0,267	0,110
Evitação cognitiva					–	0,587**	0,179	0,328*
Aceitação resignação						–	0,184	0,165
Busca de gratificação alternativa							–	0,215
Descarga emocional								–

*Correlação significativa a 0,05 (2-tailed); **Correlação significativa a 0,01 (2-tailed).

Percebe-se que as participantes buscavam compreender a situação pela qual estavam passando, preparando-se mentalmente para resolvê-la, o que se pode chamar de tentativa de independência, mas também contavam com outras pessoas para ajudá-las (busca de apoio). Essa ambivalência entre buscar independência e ser dependente de outras pessoas é usualmente encontrada durante toda a fase da adolescência, como enfatizam Aberastury e Knobel (1981) e Levisky (1998). Isso mostra que, embora teoricamente espere-se que o adolescente tente resolver seus problemas sem a ajuda de adultos, em busca da maturidade (Figueiró, 2002; Lima et al., 2004), esta amostra o fez concomitantemente com a busca de apoio e/ou de orientação para enfrentar o problema que se apresentava naquele momento.

A inserção das participantes deste estudo no programa em que foi feita a pesquisa, o *Projeto Meninas de Luz*, corrobora esses dados e retrata, por si só, uma busca de guia para orientação naquele momento de suas vidas. É interessante lembrar que o problema a ser enfrentado pelas adolescentes, em decorrência de suas especificidades, envolve outras pessoas que, de alguma forma, terão de enfrentá-lo também, como os seus familiares e o pai do bebê.

O uso de resposta cognitiva correlacionada com a comportamental também foi observado em relação às estratégias análise lógica e resolução do problema, ambas de aproximação. De acordo com a correlação apresentada entre essas duas estratégias, verificou-se que, em uma tentativa de resolver os problemas decorrentes da gravidez na adolescência, as participantes procuraram analisar e compreender como esses fatos mudariam sua vida. Percebe-se que essas adolescentes tentavam compreender e estavam se preparando para a vivência da gravidez, mas também reagindo aos problemas advindos daquele momento que estavam vivendo e pensando menos neles, o que é denominado esquiva de problemas, atitude já esperada para adolescentes (Aberastury &

Knobel, 1981; Levisky, 1998; Figueiró, 2002; Lima et al., 2004). O resultado do estudo correlacional de Spearman conduzido para esta pesquisa mostrou que mais do que buscar orientações, elas agiram no sentido de melhorar sua convivência com a gestação.

A resolução do problema que a amostra em estudo enfrentava provavelmente relaciona-se com o que Boekarts (1996) chama de controle secundário para o enfrentamento da situação estressante. A gravidez em si, e no estágio em que as adolescentes avaliadas se encontravam, é um evento que não só permite como também exige adaptação, posto que é uma circunstância impossível de ser alterada, justificando, assim, o aparecimento da estratégia resolução do problema atuando diretamente sobre ele.

Figueiró (2002) e Lima et al. (2004) referem-se também ao imediatismo da adolescência como fator de risco para a gravidez precoce. A necessidade de enfrentar tal evento, resolvendo-o, é compatível com uso da estratégia resolução de problemas a fim de solucioná-lo imediatamente.

A estratégia que apresentou correlação mais significativa com a análise lógica foi a evitação cognitiva ($r = 0,486$; $p = 0,01$). De acordo com Holahan et al. (1996) e Zanini (2003), teoricamente elas se diferenciam em relação ao tipo, pois são estratégias de aproximação e evitação, respectivamente, porém são iguais na resposta emitida (cognitiva) para resolver o problema ou a situação, ou seja, quanto mais o sujeito entende o problema, mais tenta resolvê-lo mentalmente. Este resultado aqui obtido remete a uma característica que Takiuti (1997) chama de sensação de magia própria do adolescente. Por mais que as adolescentes pensassem em como fazer para que o problema fosse resolvido, ou em como as coisas poderiam mudar para elas diante da gravidez, também fantasiaram ou imaginaram que engravidar naquelas circunstâncias

poderia não ser tão grave assim, pois o problema poderia até cessar ou desaparecer de suas vidas de alguma forma.

A aceitação/resignação também mostrou correlação significativa com a análise lógica ($r = 0,402$; $p = 0,01$), apontando que quanto mais as adolescentes desta pesquisa tentavam preparar-se mentalmente para enfrentar a gravidez na adolescência, mais reagiam ao problema a fim de aceitá-lo.

De acordo com Moos (1993), a estratégia aceitação/resignação refere-se à tentativa cognitiva para adaptar-se ao problema, a ponto de aceitá-lo ou resignar-se a ele. Assim, mesmo que as adolescentes tenham acreditado que o problema poderia ser resolvido por si mesmo, ou que o destino poderia encarregar-se dele, a própria existência do problema foi o estímulo para que elas reagissem e pensassem sobre como resolvê-lo.

A última estratégia que apresentou correlação significativa com a análise lógica foi a descarga emocional ($r = 0,434$; $p = 0,01$), a qual tem como característica as tentativas que a pessoa faz de reduzir a tensão provocada pelo evento estressante por meio da expressão de sentimentos negativos (Moos, 1993). Isso significa que, apesar de as adolescentes pesquisadas pensarem que novas dificuldades pudessem acontecer em decorrência da gravidez, conseguiram expressar seus sentimentos com a intenção de aliviar as tensões geradas pelo problema enfrentado.

A estratégia busca de gratificação alternativa apresentou correlação significativa com reavaliação cognitiva ($r = 0,355$; $p = 0,05$). Ambas são estratégias de qualidades opostas, de evitação e de aproximação, respectivamente, e que apresentam respostas também opostas, comportamental e cognitiva, respectivamente (Holahan et al., 1996); no entanto, foram utilizadas juntas pela amostra aqui analisada. A busca de gratificação alternativa também se correlacionou significativamente com a busca de apoio ($r =$

0,517; $p = 0,01$), estratégias de qualidades opostas, de evitação e de aproximação, respectivamente, as quais, no entanto, apresentam resposta comportamental, segundo Holahan et al. (1996).

Assim, observou-se que quanto mais as adolescentes participantes deste estudo tentavam de forma cognitiva reestruturar o problema da gravidez de modo positivo, assim como buscavam informações e orientações sobre a gravidez na adolescência, mais se envolviam em outras atividades em busca de novas satisfações. Percebe-se nessas duas correlações uma importante característica da adolescência, que é a tendência de apresentar sensações de magia e onipotência, como comenta Takiuti (1997). Desse modo, as adolescentes participantes deste estudo pensaram em como reestruturar o problema, mostraram-se preocupadas com a resolução das conseqüências advindas da gravidez, buscaram orientação sobre as conseqüências da gravidez na adolescência, mas também se envolveram em outras atividades, que para elas eram mais prazerosas, como se apenas pensar e conhecer o problema fosse suficiente para resolvê-lo.

A estratégia evitação cognitiva mostrou correlação significativa tanto com aceitação e resignação ($r = 0,587$; $p = 0,01$) como com descarga emocional ($r = 0,328$; $p = 0,05$). Quanto à qualidade, as três estratégias em questão são de evitação do problema; quanto ao tipo de resposta, as estratégias evitação cognitiva e aceitação resignação são cognitivas (Holahan et al., 1996) e a descarga emocional, evitativa. A correlação observada entre as estratégias de evitação pode significar que as adolescentes da amostra optaram pelo uso de estratégias que as fizessem se afastar do problema na maior parte das vezes, mesmo que esse resultado não tenha aparecido nos cálculos estatísticos, provavelmente em função do reduzido número de participantes desta amostra. Enfim, quanto mais as adolescentes tentavam evitar o problema da gravidez, mais reagem para aceitá-lo ou resignar-se a ele. Tentar não pensar no problema acabava

por fazer com que elas o aceitassem, mesmo que não fosse possível mudá-lo. Não pensar no problema é um manejo interno do qual se lança mão para enfrentá-lo. Como postula Seiffge-Krenke (2000), para evitar o problema, as pessoas utilizam um regulador das possíveis emoções negativas relacionadas a ele. De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, as adolescentes avaliadas se comportaram de modo a evitar pensar sobre o problema da gravidez como forma de resolvê-lo, mesmo que essa decisão lhes causasse algum mal-estar. Para que esse mal-estar fosse amenizado, as jovens utilizaram recursos que lhes reduzissem os sentimentos negativos advindos da situação a ser enfrentada, como chorar, gritar ou até ouvir música.

5.4 Estratégias de Coping e Apreciação do Problema

Para a análise da correlação entre as estratégias de *coping* e a apreciação do problema, foi feito o estudo correlacional de Spearman, verificando-se que 11 correlações se mostraram significativas, conforme demonstrado na Tabela 5. A baixa correlação entre essas variáveis já era esperada, com base nos estudos sobre populações adolescentes de Zanini (2003), em função da falta de experiência dos indivíduos nessa faixa etária com os problemas da vida adulta e também por não saberem que o problema poderia ocorrer.

A experiência prévia com a gravidez na adolescência apresentou correlação negativa com as estratégias análise lógica ($r = -0,035$; $p = 0,01$) e aceitação resignação ($r = -0,318$; $p = 0,01$), o mesmo ocorrendo entre as variáveis ter tido tempo para se preparar para o problema e reavaliação positiva do problema ($r = -0,370$; $p = 0,01$).

TABELA 5

Correlação de Spearman entre as estratégias de *coping* e a apreciação do problema

Estratégia de <i>coping</i>	Correlação de Spearman									
	Experiência com o problema	Sabia que ia acontecer	Teve tempo para enfrentá-lo	Quando aconteceu, pensou prejudicá-la	Problema era desafio	Causado por você	Causado por outra pessoa	Coisa boa ao enfrentá-lo	Problema resolvido	Se resolvido, está tudo bem
Análise lógica	-0,035*	-0,208	-0,056	0,260	0,282	0,243	0,099	0,027	0,16	-0,032
Reavaliação positiva	0,001	0,062	-0,370*	0,071	0,202	0,300	0,064	0,394	0,257	0,348*
Busca de apoio	-0,046	-0,108	-0,013	0,235	-0,066	0,053	0,184	0,260	0,073	0,093
Resolução do problema	-0,234	-0,267	-0,007	-0,093	0,147	0,014	0,342*	0,387*	0,226	0,144
Evitação cognitiva	-0,160	-0,098	-0,168	0,098	0,261	0,004	0,189	-0,043	-0,323*	-0,315*
Aceitação resignação	-0,318*	-0,033	0,009	0,043	0,136	-0,050	-0,057	-0,296	-0,402**	-0,453*
Busca de gratificação alternativa	0,098	0,149	0,003	0,159	-0,157	0,023	0,156	0,390**	0,201	0,227
Descarga emocional	-0,058	-0,103	0,039	0,148	0,184	0,140	0,083	0,108	0,141	-0,070

*Correlação significativa a 0,05 (2-tailed). **Correlação significativa a 0,01 (2-tailed).

Essas correlações negativas podem ser explicadas da seguinte forma: quanto menos experiência a pessoa tiver com o problema em questão, mais tentativas cognitivas fará para compreendê-lo, ou para preparar-se para a situação e suas conseqüências, ou para reagir ao problema a fim de aceitá-lo ou de resignar-se a ele. Portanto, como as adolescentes deste estudo não tinham experiência prévia com a gravidez, lembrando que eram primigestas, tentaram se preparar mentalmente para conviver com as conseqüências desse evento. Da mesma forma, aceitaram a gravidez porque nada poderiam fazer para mudar essa situação, descartando-se aqui a possibilidade de aborto.

A estratégia resolução do problema mostrou correlação com a apreciação do problema como tendo sido causado por outra pessoa ($r = 0,342$; $p = 0,01$). Desse modo, quanto mais as participantes avaliavam que o problema havia sido causado por outra pessoa, mais tentavam agir sobre ele. Isso corrobora o Estudo 1 desta dissertação, no qual foi verificado que a maior parte das adolescentes, mesmo não se responsabilizando pela gravidez e sempre colocando o motivo externamente a si (ou o namorado se casaria com ela, ou o desejo de ter um filho era apenas do parceiro, ou simplesmente não engravidaria), tentou agir sobre o problema. Uma das prováveis provas que se tem é a procura de ajuda em instituição como forma de resolução do problema.

Sugere-se que, mesmo que o responsável pelo problema não tenha sido uma pessoa específica, eximir-se da responsabilidade da gravidez pode ser um recurso encontrado pela adolescente para considerar que ela mesma não tenha de resolver, ou assumir, as conseqüências desse ato.

Outra correlação verificada se deu entre a apreciação do problema como uma coisa boa que lhe aconteceu e a estratégia resolução do problema ($r = 0,387$; $p = 0,01$), mostrando que quanto mais a adolescente considerou que foi bom para ela ter engravidado, mais ela tentou se

empenhar em algo relacionado diretamente com a gravidez. Considera-se esse dado um bom prognóstico para as adolescentes analisadas, pois permite levantar a hipótese de que conviveriam bem com a gestação, preparando-se da melhor maneira para o nascimento do bebê, embora não seja esperado esse tipo de resposta do público adolescente, já que é considerado imediatista.

Embora se pareçam contrárias, a busca de gratificação alternativa e a apreciação da gravidez como um fato bom a ser enfrentado também mostraram correlação significativa ($r = 0,390$; $p = 0,05$). Esse resultado mostra que quanto mais essas adolescentes evitavam o problema da gravidez envolvendo-se com outras atividades, mas consideravam-na um acontecimento bom para suas vidas.

A estratégia evitação cognitiva apresentou correlação significativamente negativa com a apreciação do problema como já resolvido ($r = -0,323$; $p = 0,01$). Assim, tem-se que enquanto a adolescente apreciava o problema como já resolvido, deixava de evitar pensar sobre ele. Ao mesmo tempo, a apreciação do problema como já resolvido também mostrou correlação significativa e negativa com a estratégia aceitação resignação ($r = -0,402$; $p = 0,05$), ou seja, as adolescentes aceitavam o problema e resignavam-se a ele e, então, passavam a não apreciar o problema como resolvido.

Houve correlação significativa entre avaliar o problema como resolvido e por isso está tudo bem e a estratégia de *coping* reavaliação positiva ($r = 0,348$; $p = 0,01$). Desse modo, à medida que as adolescentes consideravam o problema como resolvido e que estava tudo bem, também tentavam reestruturar-se cognitivamente em relação a ele a fim de aceitar a realidade que a gravidez lhes trouxe.

Ainda, as estratégias evitação cognitiva e aceitação resignação se correlacionaram de forma significativa e negativa com a apreciação do problema como já resolvido e por isso está

tudo bem ($r = -0,315$; $p = 0,01$; $r = -0,453$; $p = 0,01$, respectivamente). Nessas correlações, observa-se que, mesmo tentando evitar o pensamento sobre a gravidez, ou não a aceitando como um problema impossível de ser solucionado, as adolescentes desta amostra consideraram a gravidez um problema.

5.5 Estratégias de Coping, Ansiedade e Depressão

Para verificar a relação entre o uso das estratégias de *coping* e o desenvolvimento ou a manifestação de ansiedade e depressão, foi realizado o estudo correlacional de Spearman, cujos resultados constam na Tabela 6.

Com base nesses resultados, observa-se que houve correlação significativa entre duas estratégias e cada um dos transtornos em questão: análise lógica ($r = 0,520$; $p = 0,05$) e descarga emocional ($r = 0,400$; $p = 0,05$) apresentaram correlação com a ansiedade; evitação cognitiva ($r = 0,399$; $p = 0,05$) e aceitação resignação ($r = 0,470$; $p = 0,05$) mostraram-se correlacionadas com a depressão.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), Zanini (2003) e Zanini et al. (2005), as estratégias de evitação estão correlacionadas ao mal-estar psicológico. Seiffge-Krenke (2000) e Zanini et al. (2005) referem-se também à importância que tem o uso da estratégia descarga emocional com relação a um índice significativo de depressão, assim como o uso da estratégia análise lógica apresenta relação com as síndromes de ansiedade e depressão em adolescentes.

TABELA 6

Correlação de Spearman entre as estratégias de *coping*, a ansiedade e a depressão

Correlação de Spearman		
Estratégia de <i>coping</i>	Ansiedade	Depressão
Análise lógica	0,530**	0,126
Reavaliação positiva	0,164	-0,195
Busca de apoio	0,259	-0,004
Resolução do problema	0,094	-0,096
Evitação cognitiva	0,168	0,399**
Aceitação resignação	0,171	0,470**
Busca de gratificação alternativa	0,241	0,003
Descarga emocional	0,400**	0,275

*Correlação significativa a 0,05 (2-tailed).

**Correlação significativa a 0,01 (2-tailed).

Observou-se na presente pesquisa que quanto mais a adolescente tentava compreender sua nova situação e preparar-se mentalmente para enfrentar a gravidez, mais sintomas de ansiedade ela apresentava. Tal resultado pode contradizer a falta de preocupação da adolescente com a gravidez, levantada anteriormente, além de trazer um paradoxo entre estar preparada mentalmente para vivenciar o problema e, mesmo assim, preocupar-se exageradamente com ele.

Há estudos que apresentam uma associação entre o papel ruminativo da estratégia de enfrentamento de problema análise lógica e psicopatologias em populações adolescentes de origem latina (Zanini, 2003; Zanini & Forns, 2004). Não foram encontradas pesquisas com amostras da população brasileira para que essa associação seja esclarecida diante da realidade de nosso país.

Zanini e Forns (2004) enfatizam que o uso das estratégias de evitação do problema está mais relacionado com psicopatologias, o que faria com que fossem encontrados níveis de ansiedade e de depressão significativamente correlacionados com as estratégias evitação cognitiva, aceitação resignação, busca de gratificação alternativa e descarga emocional, precisamente o que foi observado no presente estudo.

Byrne (2000) afirma que as adolescentes se utilizam mais das estratégias evitativas para lidar com a ansiedade. Entretanto, nesta pesquisa, apenas a estratégia evitativa descarga emocional mostrou-se positivamente correlacionada com a ansiedade. Para lidar com alguma ansiedade, as adolescentes deste estudo se comportaram de forma a reduzir tensões de sentimentos negativos.

Griffith et al. (2000) defendem que existe uma correlação significativa entre a depressão e as estratégias de evitação do problema, o que foi observado no presente trabalho para duas estratégias de evitação, a saber, evitação cognição e aceitação resignação.

A depressão, neste estudo, se apresentou correlacionada com as estratégias categorizadas como de evitação cognitiva. À medida que a adolescente evitava pensar na gravidez como um problema ou reagia a fim de aceitá-la ou de resignar-se a ela, apresentava sintomas depressivos. Esse fato pode ser decorrente da imaturidade da adolescente ao avaliar o problema, já comentada anteriormente, conseqüentemente encontrando dificuldade em enfrentá-lo, ou das características

do segundo componente da tríade cognitiva da depressão, que é a tendência de interpretar suas experiências atuais de forma negativa.

De acordo com Seiffge-Krenke (2000), é esperado que as estratégias de evitação do problema sejam usadas por pessoas que apresentam algum transtorno psicológico. Mesmo que neste estudo tenha sido observado nível leve de depressão das participantes, deve-se levar em consideração que tais estratégias se correlacionam com seus sintomas: dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões (Cunha, 2001; American Psychiatric Association, 2002).

Pergher et al. (2004) garantem que uma das funções cognitivas mais comprometidas pela depressão é a resolução de problemas, fazendo com que a pessoa fracasse no manejo das situações que tem de enfrentar. Enquanto isso, a estratégia aceitação resignação se define como tentativa cognitiva para, ao reagir ao problema, aceitá-lo ou resignar-se a ele.

A correlação entre as estratégias de *coping* e depressão que se apresentou mais significativa nesta pesquisa foi a aceitação resignação, concordando com as pesquisas de Pergher et al. (2004). Assim, quanto mais a adolescente tentava aceitar ou resignar-se à gravidez, maior era seu índice de depressão, corroborando a teoria da tríade cognitiva da depressão de Beck et al. (1997).

5.6 Conclusões

As adolescentes pesquisadas neste estudo apresentaram níveis leves de ansiedade e de depressão, considerados dentro dos parâmetros normais, o que pode ser justificado pelo aspecto sociocultural da amostra, não demonstrando, assim, qualquer psicopatologia.

Lembrando aqui que a ansiedade é caracterizada por Osório et al. (2005) como um medo persistente de enfrentar dificuldades, percebe-se, então, que as participantes não apresentaram medo persistente de enfrentar a gravidez, mas um medo normal, assim como de enfrentar qualquer evento que faça parte do seu cotidiano.

A depressão tem como característica principal o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (Cunha, 2001; Luna et al., 2001; American Psychiatric Association, 2002; Rozenthal et al., 2004; Teng et al., 2005). Sintomas como sentimento de culpa, insatisfação, punição, auto-acusações, mudança na auto-imagem e perda de libido eram os mais esperados para as adolescentes participantes, visto que engravidaram em uma fase da vida considerada precoce para o evento (Camarano, 1998; Cabral, 2003), os quais, porém não foram observados na amostra avaliada em nível patológico.

Neste estudo não foi observado um padrão de estratégia de *coping* das adolescentes para enfrentar a gravidez precoce. Pode-se hipotetizar que, em função do pequeno número de sujeitos na amostra, os resultados tenham sido estatisticamente afetados, não apresentando, portanto, as possíveis diferenças entre os grupos de idade.

Outra postulação que pode ser feita é em relação ao nível de avaliação empregado para esse estressor. Como todas as adolescentes estudadas apresentaram padrão sociocultural semelhante, é possível concluir que o problema foi avaliado de forma unânime por toda a amostra analisada, prioritariamente no nível primário de avaliação, relacionando-se aos valores, aos compromissos e às crenças que elas têm sobre si mesmas e sobre o mundo. Para as participantes desta amostra, engravidar durante o período da adolescência talvez tenha sido algo comum, sem conseqüências que afetariam outras áreas da vida, tais como escola, trabalho e projetos.

Para enfrentar o evento gravidez precoce, de acordo Moos (1993), era esperado que as adolescentes fizessem opção por estratégias evitativas ou emocionais, evitando pensar sobre o problema. Embora isso tenha transparecido em algumas correlações, a utilização dessas estratégias não foi encontrada como prioritária neste estudo.

Das nove correlações encontradas, duas ocorreram dentro do grupo de estratégias de evitação do problema, duas dentro do grupo de estratégias de aproximação e cinco entre as estratégias de aproximação e as de evitação. Assim, por mais que as adolescentes se utilizassem de estratégias para não aceitar a gravidez, ou para esperar que o problema se resolvesse, essas estratégias se correlacionaram com aquelas que indicam que as adolescentes tentaram minorar o problema da gravidez buscando ajuda para enfrentá-lo ou tentando pensar no problema de alguma forma mais positiva.

Diante disso, conclui-se que a utilização das estratégias de *coping* se dá de forma a aproximar a adolescente do problema, na tentativa de fazer da gravidez precoce algo prazeroso, ou um fato que mudará sua vida mas não será capaz de fazê-la adoecer.

Capítulo 6. Conclusão Geral e Agenda de Pesquisa

O índice de gravidez na adolescência tem crescido significativamente no Brasil, não sendo diferente em Goiânia, município no qual aproximadamente 17,9% dos bebês nascidos vivos no ano de 2004 eram filhos de mulheres adolescentes (Brasil, 2007). Mesmo diante dessa constatação, não foram encontradas pesquisas publicadas que demonstrem como a adolescente enfrenta esse momento tão delicado que é a gravidez, sobretudo na cidade desta pesquisa.

Assim, verificando a existência de tal lacuna, foi elaborado o presente estudo, que teve como objetivo geral investigar que estratégias a menina-mulher desenvolve para enfrentar a gravidez e a possível repercussão em sua saúde mental, tendo como campo de pesquisa um programa de atendimento a essa demanda denominado *Projeto Meninas de Luz*.

A principal dificuldade para o presente estudo foi a abstenção das participantes, embora todos os encontros tenham sido previamente agendados. Com o intuito de evitar perda de participantes, as entrevistas foram marcadas para os mesmos dias das consultas pré-natais e as aplicações dos inventários foram feitas nos dias em que as adolescentes compareciam às atividades de grupo do *Projeto Meninas de Luz*. Essa estratégia foi montada para que as jovens participantes não tivessem necessidade de ir à unidade em horários e dias diferentes, embora tenham ainda ocorrido abstenções.

O perfil sociodemográfico das adolescentes atendidas pelo *Projeto Meninas de Luz* foi traçado por intermédio de entrevista. Com o emprego do CRI-Y foram avaliadas as estratégias de enfrentamento de problemas utilizadas pelas participantes. Os níveis de ansiedade e depressão

das adolescentes foram avaliados utilizando-se os inventários BAI e BDI, com o intuito de perceber quais repercussões a vivência da gravidez precoce teria sobre sua saúde mental.

Pôde-se chegar a algumas conclusões com base nos dois estudos aqui apresentados, a partir de alguns resultados que se confirmaram reciprocamente. Inicialmente, a ocorrência de correlação significativa entre as estratégias análise lógica e descarga emocional relacionou-se com o estudo da percepção do estado de gravidez deste trabalho. Essa correlação mostra que as adolescentes, mesmo que entendessem o motivo pelo qual o problema estivesse ocorrendo com elas, procuraram uma forma de expressar seus sentimentos. Uma dessas formas encontradas foi verificada no Estudo 1, ao responderem unanimemente que estavam mais sensíveis com a gravidez, dizendo chorar mais do que o comum. Dessa forma, é possível dizer que esse comportamento ocorreu como uma tentativa de reduzir as tensões advindas dos pensamentos negativos, os quais, por sua vez, podem ter resultado da análise lógica do problema que estavam enfrentando.

Outro dado aqui obtido, que se confirma em comparação com outros estudos, foi a baixa correlação entre a apreciação do problema e as estratégias de *coping* utilizadas (Zanini, 2003). A experiência prévia ao problema pode ser justificada pelas características sociodemográficas das adolescentes estudadas. Apesar de não terem sido colhidos dados sobre a rede social à qual pertencem, sabe-se que fazem parte de um grupo de risco para a gravidez precoce. A experiência preexistente pode estar relacionada com a idade em que suas próprias mães tiveram seus filhos ou até mesmo advir da convivência com outras adolescentes que já são mães. Os sentimentos de onipotência, indestrutibilidade e imediatismo, ou o desejo de pertencimento a um grupo, todos característicos da faixa etária em avaliação, podem justificar suas formas de apreciação do problema.

Percebeu-se também que, como o problema da gravidez teria inexoravelmente de ser vivenciado, as adolescentes o analisaram de forma lógica de modo a poder aceitá-lo. Observa-se que isso ocorreu não por falta de opção, mas como aceitação de um fato que aconteceu e que elas avaliaram como positivo. A maioria das participantes relatou que se sentiu bem depois de se acostumar com a gravidez, que se sentiu feliz porque seria mãe. Essa forma de avaliar o problema e de enfrentá-lo remete aos desejos pertinentes às mulheres adultas, de quem se espera responsabilidade e maturidade para a maternidade, como lembram Aberastury e Knobel (1981). A partir de suas respostas e dos dados quantitativos, percebe-se que visualizavam para suas vidas um outro sentido, que teriam de reagir, reestruturar-se, comportar-se de forma tal que um melhor futuro para si e para seus filhos pudesse ser garantido.

Com base nesses resultados, avalia-se que as adolescentes participantes tinham projetos de vida semelhantes aos das mulheres do início do século XX. Assim, percebe-se que suas expectativas em relação ao futuro, à própria vida, às pessoas de sua convivência e ao mundo ao redor estavam bastante associadas com a maternidade. As adolescentes avaliadas encararam esse evento como algo comum em seu meio social e, embora não planejado, pertinente e esperado por elas. Mesmo fazendo parte de uma estrutura socioeconômica e educacional cheia de riscos, infere-se que a gravidez pode ser um grande projeto já iniciado na vida da adolescente.

Diante do exposto, e com base nos resultados e discussões dos dados obtidos nesta pesquisa, sugerem-se vários outros estudos com o intuito de explicar a problemática da gravidez na adolescência e aprofundar mais esse assunto.

Sabe-se que, em função do reduzido número de adolescentes na amostra, os resultados obtidos nesta dissertação podem ter sido estatisticamente afetados. Portanto, recomenda-se que novas pesquisas sejam feitas com número maior de participantes, para que se possa generalizar o

resultado quanto à idade e à forma de lidar com esse tipo de estressor, gravidez na adolescência, para a população goianiense. Também se recomenda que mais instituições que assistem grávidas adolescentes, incluindo postos de saúde, hospitais particulares e maternidades públicas, sejam contatadas com o intuito de obter a adesão de maior número de participantes, de modo a que se possam fazer estudos comparativos entre realidades socioeconômicas e demográficas diferentes.

Da mesma forma, sugere-se que estudos futuros envolvam também a família de origem da adolescente grávida, assim como seu companheiro, pai da criança. Por meio desse procedimento, poderia tornar-se possível o entendimento do grau de comprometimento ou da influência da família e do jovem pai em relação à gestação, desde a concepção até o parto, bem como de outras variáveis importantes, como o nível de educação sexual das adolescentes.

Entender como a própria adolescente vivencia todo o período gestacional também é bastante interessante. Portanto, seria importante fazer um estudo longitudinal com coleta de dados a cada trimestre, desde a comprovação da gravidez até 6 meses após o parto, a fim de verificar o índice de ansiedade e de depressão e as estratégias utilizadas em todo esse período, para o qual são exigidas várias habilidades e vivências diferentes.

A partir dessas realidades, sugere-se que seja conhecida e avaliada a rede social na qual a adolescente se insere, visando identificar as conseqüências que a gravidez na adolescência traz para a comunidade. Essa sugestão deve ser ampliada para outras realidades socioeconômicas, inclusive para comunidades mais abastadas, principalmente ao se verificar que os trabalhos da literatura pesquisados para esta dissertação referem-se unanimemente a estudos conduzidos em classes sociais menos favorecidas.

Com o interesse de ampliar esses estudos, recomenda-se o uso dos mesmos instrumentos aqui aplicados a outros elementos da rede de apoio social das adolescentes grávidas, como os

pais dos bebês, para avaliar os níveis de ansiedade e depressão e as estratégias de *coping* dessas pessoas, devendo o guia de entrevista ser adaptado para pesquisar a apreciação da gravidez, de tal maneira que possam ser comparados com os dados obtidos neste estudo, levando-se em consideração as diferenças entre gêneros. Como já mencionado, a gravidez é uma vivência que sugere novas adaptações de todos que com ela estiverem envolvidos, de forma direta ou indireta, sobretudo do pai do bebê. Uma vez conhecidos esses dados, poderiam ser propostas intervenções visando facilitar o enfrentamento da gravidez pela adolescente.

Além desses estudos, outras pesquisas também devem ser consideradas, pois podem oferecer valiosas contribuições ao conhecimento científico sobre os temas aqui abordados: a avaliação multifatorial dos sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez, para verificar se são próprios da adolescência, da gravidez ou da gravidez na adolescência; a análise qualitativa da primeira parte do CRI-Y, com a finalidade de se conhecer os problemas ou as situações relacionadas pelos sujeitos amostrados com a gravidez na adolescência.

Referências

- Abeche, A. M. (2003). A gestante adolescente e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(7), 535. (Resumo de tese).
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, J. M. R. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, M. da C. C., Aquino, E. M. L., & Barros, A. P. de. (2006). School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1397-1409.
- Almeida, N. A. M., Souza, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. de A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52-58.
- Amazarray, M. R., Machado, P. S., Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (1998). A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 431-440.
- Amazonas, M. C. L. A., Santana, B. S., & Vaz, D. C. (2001). A família e a criança filha de mãe adolescente. *Interlocuções*, 1(1), 52-64.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR*. 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

- Aquino, E. M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. da C., Araújo, J., & Menezes, G. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Supl. 2), S377-S388.
- Arpini, D. M., & Quintana, A. M. (2003). Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 27-36.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(Supl. 2), S28-S34.
- Bahls, S.-C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67.
- Bahls, S.-C. (2000). Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação*, 4, 61-73.
- Bahls, S.-C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Ballone, G. J. (2004). Gravidez na adolescência. Acessado em 10 nov. 2005 em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=55&sec=20>
- Baptista, A. S. D., & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, 9(1), 155-163.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.

- Bocardi, M. I. B. (1998). *Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Boekarts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 485-501). New York: John Wiley & Sons.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 jul. 1990. Acessado em 10 out. 2005 em www.planalto.gov.br
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Indicadores Municipais de Saúde*. Brasília, DF. Acessado em: 12 jan. 2007 em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137), 201-216.
- Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Supl. 2), S283-S292.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. de, & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257-263.
- Camarano, A. A. (1998). Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In E. M. Vieira, M. E. L. Fernandes, P. Bailey, & A. McKay (Orgs.), *Anais do Seminário Gravidez na Adolescência* (pp. 36-46). Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família.

- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 1-7.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Costa, M. C. O., & Formigli, V. L. A. (2001). Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 177-184.
- Costa, M. C. O., Lima, I. C., Martins, D. F., Jr., Santos, C. A. de S. T., Araújo, F. P. O. de, & Assis, D. R. de. (2005). Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 719-727.
- Costa, M. C. O., Santos, C. A. T., Nascimento Sobrinho, C. L., Freitas, J. O., Ferreira, K. A. S. L., Silva, M. A., & Paula, P. L. B. (2002). Estudos dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 715-722.
- Costa, P. T., Jr., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 44-61). New York: John Wiley & Sons.
- Cova, F., Maganto, C., & Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psyke*, 14(1), 227-232.
- Cruz, A. P. M., Zangrossi, H., Jr., & Graeff, F. G. (1998). Psicobiologia da ansiedade. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (pp. 301-312). São Paulo: Psy.

- Cruz, E. B. da S., Simões, G. L., & Cury, A. F. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188.
- Cuixart, S. N. (s.d.). *Fisiología del estrés*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene em el Trabajo, España. Acessado em 12 nov. 2006 em <http://www.siafa.com.ar/notas/nota108/fisiologia-estres.htm>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 351-357.
- Dias, A. C. G., & Gomes, W. B. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 79-106.
- Dias, A. C. G., & Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 109-125.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied and Developmental Psychology*, 12, 33-54.
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. de N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. de. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental das gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Figueiró, A. C. (2002). Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda Fogo, Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(3), 291-302.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Freitas, G. V. S. de, & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira, 48*(3), 245-249.
- Frydenberg, E. (1994). Coping and its correlates: what the adolescent coping scale tells us. *Australian Educational and Developmental Psychologist, 1*-11.
- Gaskell, G. (2003). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-89). Tradutor Pedrinho A. Guareschi. (2ª ed.). Petrópolis-RJ: Vozes.
- Godinho, R. A., Schelp, J. R. B., Parada, C. M. G. de L., & Bertencello, N. M. F. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 8*(2), 25-32.
- Goellner, S. V., Pilotto, F. M., Altmann, H., & Vieira, P. R. de B. (1995). Cães, mulheres e nogueiras, quanto mais se bate, melhor ficam. In E. Romero (Org.), *Corpo, mulher e sociedade* (pp. 135-156). Campinas-SP: Papirus.
- Goldenberg, P., Figueiredo, M. do C. T., & Silva, R. de S. e. (2005). Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública 21*(4): 1077-1086.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3): 581-597.

- Gonçalves, H., & Gigante, D. (2006). Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1459-1469.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 183-204.
- Guerra, A. de B. G., & Calil, H. M. (2005). O transtorno bipolar na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 110-116.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth: conceptualization adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Inderbitzen, H. M., & Hope, D. A. (1995). Relationship among adolescent reports of social anxiety, anxiety, and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(5), 385-396.
- Kirchner, T., & Forns, M. (2000). Autopercepción de life events como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatria de La Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(2), 63-76.
- La Rosa, J. (1998). Ansiedade, sexo, nível sócio-econômico e ordem de nascimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 59-70.
- Lavinas, L. (1997). Gênero, cidadania e adolescência. In F. R. Madeira (Org.), *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil* (pp. 11-43). Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leite, I. da C., Rodrigues, R. do N., & Fonseca, M. do C. (2004). Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 474-481.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, C. T. B., Feliciano, K. V. de O., Carvalho, M. F. S., Souza, A. P. P. de, Menabó, J. de B. C., Ramos, L. S., Cassundé, L. F., & Kovacs, M. H. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(1), 71-83.
- Lipp, M. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo do estresse. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 279-292). Campinas-SP: Psy.
- Luna, M., Hamana, Z., Colmenares, Y. C., & Maestre, C. A. (2001). Ansiedad y depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 20(2), 111-122.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Supl. 1), 65-74.
- Martins, C. S., & Petean, E. B. L. (2005). Caracterização dos fatores de risco biopsicossocial à gravidez e ao desenvolvimento. In Z. M. M. Biasoli-Alves, I. M. F. M. Alves, L. H. R. Carvalhaes, P. Duarte. (Orgs.), *Livro de artigos do programa de Pós-Graduação em Psicologia*. v. 2 (pp. 225-236). Ribeirão Preto: Legis Summa.

- Martins, L. B. M., Costa-Paiva, L., Osis, M. J. D., Sousa, M. H. de, Pinto Neto, A. M., & Tadini, V. (2006). Conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista de Saúde Pública, 40*(1), 57-64.
- Menezes, I. H. C. F., & Domingues, M. H. M. da S. (2004). Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. *Revista de Nutrição, 17*(2), 185-194.
- Mercante, J. P. P., Peres, M. F. P., Guendler, V., Zukerman, E., & Bernik, M. A. (2005). Depression in chronic migraine: severity and clinical features. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 63*(2a), 217-220.
- Milne, L. C., & Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents - Statistical data included. *Adolescence, 36*(142), 207-223.
- Minayo, M. C. S., Cruz Neto, O., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (1999). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 14. ed. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S., & Sanchez, O. (1993). Quantitativo & qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública, 9* (3), 239-262.
- Moos, R. H. (1993). Coping response inventory youth form – professional manual. Odessa: PAR Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. H. (1995). Development and application of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment, 11*, 1-13.
- Moraes, I. G. da S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública, 40*(1), 65-70.

- Moreira, S. da N. T., Lima, J. G. de, Sousa, M. B. C. de, & Azevedo, G. D. de. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 119-125.
- Oliveira, M. C., Arilha, M., Cunha, E. M. G. P., & Rocha, J. L. (2001). Estudo de caso. Programas de saúde reprodutiva para adolescentes em São Paulo, Brasil. In M. Gogna (Coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México DF y San Pablo. Consorcio Latinoamericano de programas en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 195-267). Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Osório, F. de L., Crippa, J. A. de S., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2), 73-83.
- Pantoja, A. L. N. (2003). “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Supl. 2), S335-S343.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescence coping style and behaviors: conceptualization and treatment. *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.
- Paulics, V. (2006). *Atenção à gravidez na adolescência*. Acessado em 15 dez. 2006 em <http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/D074.htm>
- Peniche, A. de C. G., & Chaves, E. C. (2000). Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(1), 45-50.
- Pergher, G. K., Stein, L. M., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória da depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 82-90.
- Petersen, A. C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583-607.

- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R. da, Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Pinheiro, V. de S. (2000). Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 243-251.
- Reis, A. O. A. (1998). Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento de saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Supl. 1), S115-S123.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardgi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In Hutz, C. S. (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rivera, R. P. (2001). Factores protectores por la pertenencia a um grupo religioso: jóvenes del movimiento de encuentros de promoción juvenil. *Adolescência y Salud*, 3(1-2), 65-79.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 204-212.
- Sabroza, A. R., Leal, M. do C., Souza, P. R. de, Jr., & Gama, S. G. N. da. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2000). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 1), S130-S137.

- Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 33-41.
- Santos, L. P. dos. (2003). Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(7), 535. (Resumo de tese).
- Santos, R. S. dos, & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 15-23.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Casual links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Silva, D. V. da, & Salomão, N. M. R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 135-145.
- Silva, L., & Tonete, V. L. P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 199-206.
- Silva, R. C. (1998) A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Eds.), *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa* (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66(3), 671-686.
- Simões, V. M. F., Silva, A. A. M. da, Bettioli, H., Lamy-Filho, F. Tonial, S. R., & Mochel, E. G. (2003). Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Revista de Saúde Pública*, 37(5): 559-565.

- Siqueira, M. J. T., Mendes, D., Finkler, I., Guedes, T., & Gonçalves, M. D. da S. (2002). Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? *Estudos de Psicologia*, 7(1), 65-72.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sparrenberger, F., Santos, I. dos, & Lima, R. da C. (2004). Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 249-258.
- Szapiro, A. M., & Féres-Carneiro, T. (2002). Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 179-188.
- Takiuti, A. D. (1997). A saúde da mulher adolescente – 1993. In F. R. Madeira (Org.), *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil* (pp. 213-290). Rio de Janeiro: Record/Rosas dos Tempos.
- Tavares, C. H. F., Haeffner, L. S. B., Barbieri, M. A., Bettiol, H., Barbieri, M. R., & Souza, L. de. (2000). Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 709-715.
- Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Velho, M. T. C., Fernandes, J. S., Ahmad, N. R., Domingues, L. X., & Pacagnan, A. V. (2000). Gravidez na adolescência: aspectos obstétricos. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 79(2), 40-41.
- Villanueva, L. A., Pérez-Fajardo, M. del M., & Iglesias, L. F. (2000). Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 68(4), 143-148.

- Vitalle, M. S. de S., & Amancio, O. M. S. (2001). Gravidez na adolescência. *Brazilian Pediatric News*, 3(3). Acessado em 10 nov. 2005 em <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/index.htm>.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M. B. de O., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75-80.
- Wang, Y.-P., Andrade, L. H., & Gorenstein, C. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(3), 399-408.
- Yazlle, M. E. H. D., Mendes, M. C., Patta, M. C., Rocha, J. S. Y., Azevedo, G. D. de, & Marcolin, A. C. (2002). A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(9), 609-614.
- Zanini, D. S. (2003). Coping: influencia de la personalidad y repercusiones em la salud mental de los adolescentes. Tese de doutorado, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, División Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.
- Zanini, D. S., & Forns, M., (2004). Coping y psicopatología: comparación entre adolescentes de la muestra general y sub-clínica. *Psiquiatria.com* 8(2). Acessado em 10 nov. 2006 em <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/15324/?++interactivo>
- Zanini, D. S., & Forns, M. (2005). Afrontamiento de problemas, personalidad y malestar psicopatológico en adolescentes. In E. Domènech-Llaberia (Ed.), *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia* (pp. 123-146). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Zanini, D. S., Forns, M., & Kirchner, T. (2005). Coping response and problem appraisal in Spanish adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100(1), 153-166.

Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1), 89-98.

Apêndices

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você é convidada a participar como voluntária em uma pesquisa intitulada: “**COPING E SAÚDE MENTAL DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO PROJETO MENINAS DE LUZ**”. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você **não será penalizada** de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Juliana de Moura Borges, pelos telefones: 3214-2243 ou 8115-3378.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa de mestrado será realizada no Centro Social D. Gercina – OVG, *Projeto Meninas de Luz*, com os objetivos de investigar o uso de estratégias de enfrentamento de problemas desenvolvidas por adolescentes para vivenciar a gravidez, enfrentar a gravidez precoce e sua possível repercussão na saúde mental e avaliar o nível de ansiedade e depressão.

Para tanto, você será convidada a participar de encontros individuais, dependendo do grupo em que estará inserida, nos quais será realizada uma entrevista que, com sua permissão, será gravada, e você será convidada a responder a algumas perguntas em forma de teste para que possamos avaliar seu estado emocional. Haverá total sigilo desse material e a não identificação da participante.

Durante toda a pesquisa você será acompanhada pela pesquisadora e, de forma indireta, pela orientadora da pesquisa, que estarão inteiramente à sua disposição para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento do decorrer do estudo.

Este trabalho não oferece qualquer risco, prejuízo, desconforto ou lesão a você ou a seu bebê. Você pode desistir de colaborar a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento sem nenhuma penalidade e/ou prejuízo de seu atendimento no *Projeto Meninas de Luz*.

A pesquisadora contará com a colaboração de alguns alunos do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, devidamente treinados e informados sobre todo o processo da pesquisa, para auxílio nos procedimentos.

Os resultados desta pesquisa serão publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sendo sempre garantidos o sigilo e a privacidade de seus participantes.

Agradecemos desde já sua participação nesta pesquisa.

Psi. Juliana de Moura Borges
Pesquisadora responsável – CRP: 09/2368

Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini
Orientadora – CRP: 09/3595

Consentimento da autorização para participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CN _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em autorizar _____, sob minha responsabilidade, a participar da pesquisa **“COPING E SAÚDE MENTAL DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO PROJETO MENINAS DE LUZ”**. Fomos devidamente informados e esclarecidos pela pesquisadora Juliana de Moura Borges sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios de nossa participação. Foi-nos garantido que podemos retirar o consentimento a qualquer momento sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do nosso acompanhamento.

Goiânia, _____

Assinatura do responsável

Eu, _____, RG/CN _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa **“COPING E SAÚDE MENTAL DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO PROJETO MENINAS DE LUZ”**. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Juliana de Moura Borges sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento.

Assinatura da participante

Goiânia, _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do responsável e do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Apêndice B. Guia de Entrevista Estruturada e Aberta

APRECIACÃO DO ESTADO DE GRAVIDEZ

1. COMPORTAMENTO SEXUAL

- a. Qual a idade na menarca?
- b. Qual a idade na sexarca?
- c. Usa método contraceptivo? Qual? Por quê?
- d. Qual o local de aquisição do método contraceptivo?
- e. Quem se preocupou em usá-lo?
- f. Recebeu orientação sobre como usá-lo?
- g. Qual o número de parceiros?
- h. Mantém relações sexuais durante a gravidez?
- i. Tem expectativa de vida sexual durante a gravidez?

2. GRAVIDEZ

- a. Recebeu orientação sobre como engravidar?
- b. Quis engravidar?
- c. Por que engravidou?
- d. Como e quando descobriu que estava grávida?
- e. Qual a reação quando soube da gravidez?
- f. Quem foi a primeira pessoa para quem contou sobre a gravidez?
- g. Qual a reação dessa pessoa quando soube da gravidez?

- h.** Como se sente com a gravidez?
- i.** Quais estão sendo as mudanças corporais?
- j.** Quais estão sendo as mudanças emocionais?
- l.** Quais estão sendo as mudanças sociais?

3. GRAVIDEZ E FAMÍLIA

- a.** Qual a reação da família à gravidez?
- b.** Como é o relacionamento com a família atualmente?

4. GRAVIDEZ E PATERNIDADE

- a.** Quem é o pai do bebê?
- b.** Convive com ele atualmente?
- c.** Qual a idade dele?
- d.** Qual a reação dele quando soube da gravidez?
- e.** O que ele pensa sobre a gravidez atualmente?

Se o parceiro atual não for o pai do bebê:

- e.** Qual a idade dele?
- f.** Ele vai assumir a paternidade?

5. APOIO SOCIAL

- a.** Tinha amigos antes da gravidez?
- b.** Mantém os mesmos amigos atualmente?

- c. Quem presta assistência emocional: pai da criança, atual parceiro, família da adolescente, família do pai do bebê, família do parceiro atual, outros?
- d. Quem presta assistência financeira: pai da criança, atual parceiro, família da adolescente, família do pai do bebê, família do parceiro atual, outros?
- e. Com quais equipamentos sociais conta atualmente?
- f. Participa de algum tipo de culto religioso? Em caso positivo, qual?
- g. Conta com algum outro tipo de apoio?

6. HÁBITOS E ATIVIDADES

- a. Quais eram os hábitos antes da gravidez?
- b. Quais eram as atividades antes da gravidez?
- c. Quais são os hábitos depois da gravidez?
- d. Quais são as atividades depois da gravidez?

7. FUTURO

- a. Quais são as expectativas em relação ao bebê?
- b. Quais são as expectativas de futuro?
- c. Como se imagina daqui a 5 anos?

*Apêndice C. Coping Response Inventory Youth Form (Cri-Y)***CRI-YOUTH FORM**

Rudolf H. Moos, Ph.D.

Caderno de Perguntas

Escreva seu nome, data, sexo, idade e série escolar na folha de respostas.

Responda todas as perguntas na folha de respostas

Não escreva nada neste caderninho

PARTE 1

Este caderno contém perguntas sobre como você enfrenta os problemas importantes que surgem na sua vida. Por favor, pense no problema mais importante ou na situação mais difícil que você viveu **nos últimos 12 meses**.

Por exemplo: um problema com seus pais, com a escola, alguma doença ou enfermidade, a morte de um familiar ou amigo.

Descreva de forma breve este problema no espaço em branco que está na primeira parte da folha de respostas.

Se você não passou por nenhum problema importante, escreva um problema de menor importância que teve que resolver.

Responda a cada uma destas 10 perguntas na folha de respostas.

Circule “NÃO” se sua resposta é **CERTAMENTE NÃO**

Circule “GN” se sua resposta é **GERALMENTE NÃO**

Circule “GS” se sua resposta é **GERALMENTE SIM**

Circule “SIM” se sua resposta é **CERTAMENTE SIM**

NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM

1. Já teve que resolver, antes, um problema como este?
2. Sabia que esse problema poderia acontecer com você?
3. Você teve tempo suficiente de preparação para enfrentar esse problema?
4. Quando este problema aconteceu, pensou de que maneira poderia prejudicar você?
5. Quando ocorreu esse problema, pensou nele como um desafio?
6. Este problema foi causado por você?
7. Este problema foi causado por outra pessoa?
8. Aconteceu alguma coisa boa ao enfrentar esse problema?
9. Este problema ou situação já foi resolvido?
10. Se o problema já foi resolvido, está tudo bem com você?

PARTE 2

Leia cada pergunta atentamente e assinale com que frequência você age da maneira que a pergunta indica para enfrentar o problema que descreveu na PARTE 1.

Circule a resposta adequada na folha de respostas.

Circule “N” se sua resposta é **NÃO, NUNCA**

Circule “U” se sua resposta é **UMA OU DUAS VEZES**

Circule “B” se sua resposta é **BASTANTES VEZES**

Circule “S” se sua resposta é **SIM, QUASE SEMPRE**

N	U	B	S
N	U	B	S
N	U	B	S
N	U	B	S

Esta segunda parte tem 48 perguntas. Lembre-se que você tem de responder todas as suas respostas na folha de respostas. Por favor, responda cada pergunta da forma mais certa que puder. Suas respostas são confidenciais.

Se não quiser responder uma pergunta, por favor, circule o número desta pergunta na folha de respostas para indicar que você decidiu omiti-la.

Se alguma pergunta não se aplica ao seu caso, por favor, escreva NA (Não se Aplica) na folha de respostas, à direita do número da pergunta.

Se você quiser corrigir alguma de suas respostas, apague bem a primeira e marque a nova resposta. Observe que as respostas estão ordenadas em filas na PARTE 2 da folha de respostas.

1. Você pensou em várias maneiras de resolver o problema?
 2. Você dizia alguma coisa para você mesmo para sentir-se melhor?
 3. Você falou com seus pais ou algum familiar sobre esse problema?
 4. Você decidiu alguma forma de resolver o problema e realmente fez desta forma?
 5. Você tentou esquecer o problema?
 6. Você pensou que o tempo poderia resolver o problema e que a única coisa que tinha a fazer era esperar?
 7. Você começou a fazer novas atividades?
 8. Você descarregou sua raiva com outras pessoas quando se sentiu triste ou com raiva?
-
9. Você tentou pensar no problema desde outra perspectiva?
 10. Você disse a si mesmo que as coisas poderiam ser piores?
 11. Você falou com algum amigo sobre o problema?
 12. Você sabia o que tinha que fazer e se esforçou para que as coisas se resolvessem?
 13. Você tentou não pensar no problema?
 14. Você se deu conta que não controlava o problema?

15. Você tentou fazer novos amigos?
 16. Você se arriscou e fez algo perigoso?
-

17. Sua cabeça deu voltas sobre o que você tinha que dizer ou fazer?
 18. Você tentou ver o lado positivo da situação?
 19. Você falou com algum adulto, como um professor, conselheiro, padre ou médico?
 20. Você decidiu o que queria e tentou consegui-lo?
 21. Você fantasiou ou imaginou que as coisas eram menores do que realmente eram?
 22. Você acreditou que o resultado seria decidido pelo destino?
 23. Você começou a ler mais para se distrair?
 24. Você gritou para desabafar?
-

25. Você pensou em como as coisas poderiam mudar?
 26. Você pensou que estava melhor que outras pessoas com o mesmo problema que você?
 27. Você buscou ajuda de outros adolescentes ou grupos com o mesmo tipo de problema?
 28. Você tentou resolver o problema pelo menos de duas formas diferentes?
 29. Você tentou não pensar na sua situação mesmo sabendo que tinha que pensar nela em outro momento?
 30. Você aceitou o problema porque nada podia ser feito para mudá-lo?
 31. Você começou a dedicar mais tempo às atividades de lazer como esportes, festas e fazer compras?
 32. Você chorou para expressar/manifestar seus sentimentos?
-

33. Você tentou entender por que o problema estava ocorrendo com você?
 34. Você tentou dizer a você mesmo que as coisas melhorariam?
 35. Você pediu para algum amigo que o ajudasse a resolver o problema?
 36. Você tentou fazer mais coisas por sua conta?
 37. Você desejou que o problema desaparecesse ou desejou acabar com ele de algum modo?
 38. Você esperava que o problema se resolvesse da pior maneira possível?
 39. Você tentou ocupar-se na escola ou em outras coisas que te ajudassem a enfrentar o problema?
 40. Você fez coisas que pensou que não funcionaria, mas pelo menos estava fazendo algo?
-

41. Você pensou que aconteceriam novas dificuldades ou desgraças?
42. Você pensou em como esta situação poderia mudar sua vida pra melhor?
43. Você pediu a solidariedade e compreensão das pessoas?
44. Você tomou as coisas, dia a dia, passo a passo?
45. Você tentou negar que o problema era realmente muito sério?
46. Você perdeu a esperança de que as coisas voltariam a ser como antes?
47. Você encontrou novas formas de se divertir?
48. Você escutou música como uma maneira de enfrentar o problema?

CRI-YOUTH FORM – ANSWER SHEET

Rudolf H. Moos, Ph.D.

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Colégio: _____ Série: _____ Sexo: _____ Idade: _____

PRIMEIRA PARTE

Descreva o problema ou a situação

CERTEZA QUE NÃO	GERALMENTE NÃO	GERALMENTE SIM	CERTEZA QUE SIM

1	NÃO	GN	GS	SIM
2	NÃO	GN	GS	SIM
3	NÃO	GN	GS	SIM
4	NÃO	GN	GS	SIM
5	NÃO	GN	GS	SIM
6	NÃO	GN	GS	SIM
7	NÃO	GN	GS	SIM
8	NÃO	GN	GS	SIM
9	NÃO	GN	GS	SIM
10	NÃO	GN	GS	SIM

