

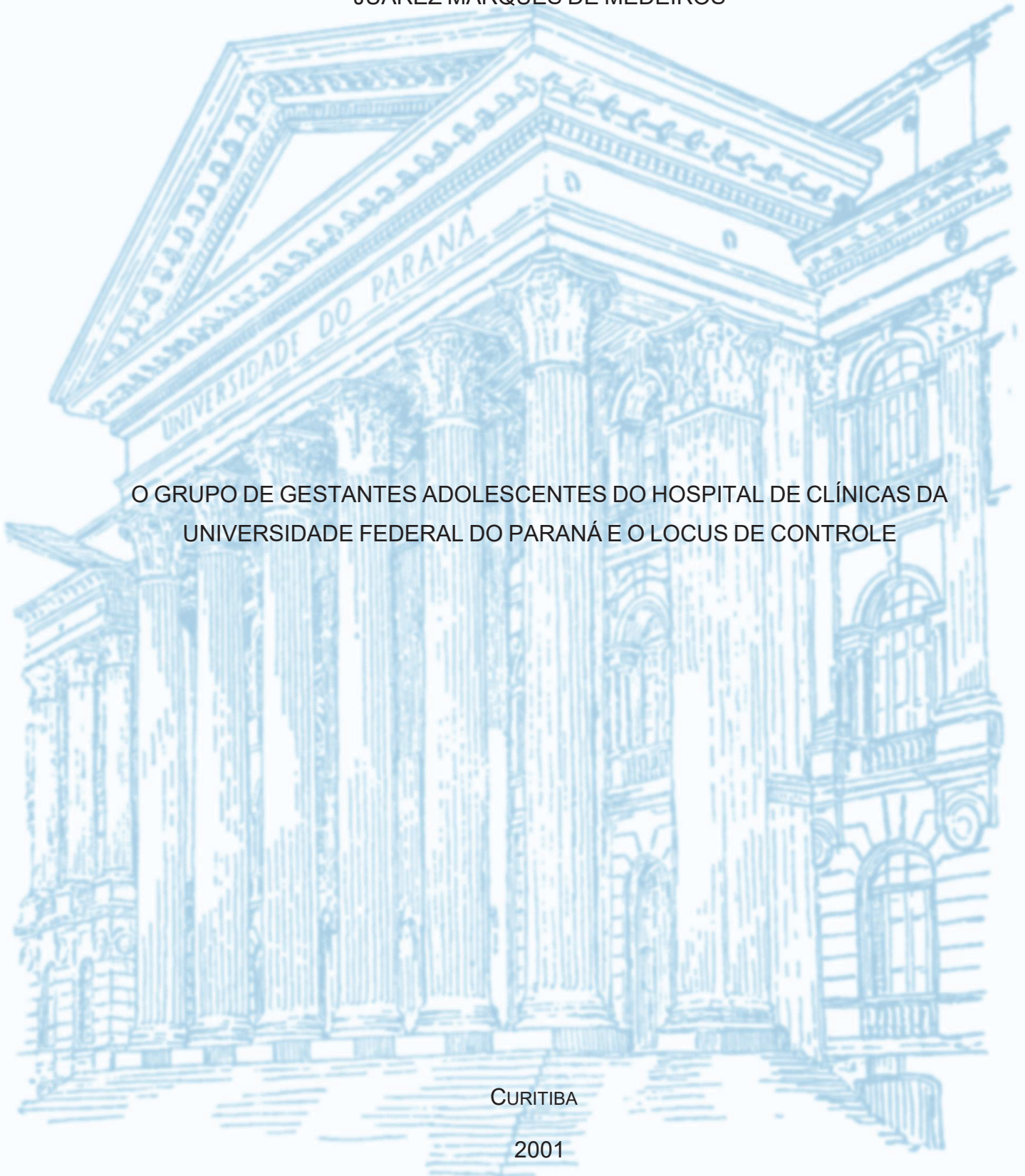
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JUAREZ MARQUES DE MEDEIROS

O GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E O LOCUS DE CONTROLE

CURITIBA

2001



JUAREZ MARQUES DE MEDEIROS

O GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E O LOCUS DE CONTROLE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado em Psicologia da Infância e da Adolescência, no Setor de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientador Prof. Dr. ° Egidio José Romanelli
Coorientadora Professora Nívea Matuda

CURITIBA

2001

M488 Medeiros, Juarez Marques de
O grupo de gestantes adolescentes do Hospital de Clínicas
da Universidade Federal do Paraná e o locus de controle
[recurso eletrônico] / Juarez Marques de Medeiros. – Curitiba,
2001.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Egidio José Romanelli
Coorientadora: Profa. Nívea Matuda

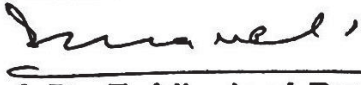
1. Gravidez na adolescência. 2. Cuidado pré-natal.
3. Controle interno-externo. I. Romanelli, Egidio José. II. Matuda,
Nívea. III. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Setor de
Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do
Paraná. IV. Título.

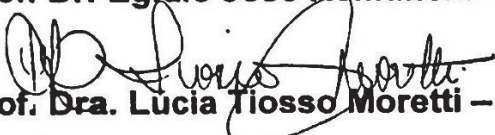


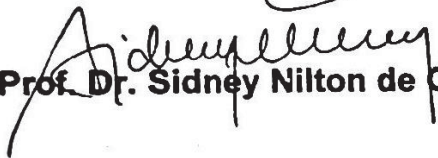
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PARECER

A Comissão Julgadora da Dissertação apresentada pelo Mestrando **Juarez Marques de Medeiros**, sob o Título "O Grupo de Gestantes Adolescentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e o Locus de Controle", após arguir o candidato e ouvir suas respostas e esclarecimentos, deliberou aprová-lo por unanimidade de votos, com nota: 9,5 correspondente ao conceito **A**


Prof. Dr. Egídio José Romanelli - UFPR


Prof. Dra. Lucia Tiosso Moretti - UEL


Prof. Dr. Sidney Nilton de Oliveira - UFPR

Em face da aprovação, deliberou ainda, a Comissão Julgadora, na forma regimental, opinar pela concessão do título de **Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência** ao candidato **Juarez Marquez de Medeiros**.

É o parecer!

Curitiba(PR) aos 27 de abril de 2001


Profª Paula Inez Cunha Gomide
Coord. do Curso de Mestrado em Psicologia
Matr. 64494

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Adauto e Lucia, com todo meu amor, gratidão e carinho, por tudo que fizeram por mim durante toda minha vida, me amando com toda a força dos seus corações.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Romanelli pela luz, generosidade e a parceria.

A Professora Orientadora da Estatística, Professora Nívea Matuda pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

A minha família, pois fui muito abençoado quando nasci nesta casa cercada por pessoas incríveis. Obrigada por tudo, família!

A amiga Claire que em nossa parceria me iluminou com ideias que muito contribuíram neste trabalho.

As queridas colegas Suzana, Helenice e Maria Rita, da biblioteca do Setor de Saúde que com muita competência e dedicação, me supriram de informações.

Ao meu colega e amigo Gioppo, pelo apoio e paciência.

Aos professores da banca, Lucia e Sidney, pela contribuição com esse trabalho.

RESUMO

Introdução - A Gravidez na Adolescência é crescente em todo o mundo. As mudanças de costumes influenciaram o início de uma atividade sexual precoce, o que é responsável no Brasil atualmente por 25% das gestações. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e o Centro latino-americano de Demografia (CELADE), haverá 36.140.000 adolescentes no ano 2000, expressando um aumento de cerca de 8 milhões nos últimos 20 anos (Maakaroun, 1991). A proposta de conduta diante do problema da gravidez na adolescência inclui diversos aspectos assistenciais e preventivos. O aspecto assistencial compreende o tratamento pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, prestado preferencialmente por uma equipe multidisciplinar. Entende-se que o objetivo principal de tal programa engloba obter bom resultado gestacional e uma profilaxia da relação mãe-filho. Tais programas são propostos de acordo com o consenso atual de atenção especializada para a adolescente, ainda mais quando grávida. **Objetivo** - Entender as expectativas e percepções das gestantes adolescentes com relação ao acompanhamento pré-natal e ao parto, identificando o Locus de Controle no grupo visando o entendimento da importância do Locus de Controle interno e externo na gestação e no parto. **Método** - A amostra desta pesquisa foi composta de 82 gestantes adolescentes com idades até 17 anos, atendidas no ambulatório de Gestantes Adolescentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no ano de 2000. O critério usado para a inclusão era ser adolescente, estar grávida e ser primigesta. Foram obtidos dados da avaliação psicológica de rotina pela qual passaram estas pacientes, focando-se no Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) para a cultura brasileira. **Resultados** - Com os resultados desta pesquisa preliminar, pudemos mostrar com o nosso trabalho no grupo estudado, onde se situa o locus de controle da adolescente diante de sua gravidez e de seu parto, o bom nível de escolaridade do grupo estudado além da relação entre o número de grupos participados e o locus de controle. **Conclusão** - Demonstramos que o Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) possibilita o conhecimento de percepções das grávidas em relação a Assistência Pré-natal e o parto que podem contribuir na condução de cursos de preparação Psicoprofilática, para uma assistência mais condizente com as reais expectativas da gestante.

Palavras chave: gravidez na adolescência, locus de controle, psicoprofilaxia, pré-natal

ABSTRACT

Introduction - Teenage Pregnancy is increasing all over the world. Changes in customs influenced the onset of early sexual activity, which is currently responsible for 25% of pregnancies in Brazil. According to the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and the Latin American Center for Demography (CELADE), there will be 36,140,000 adolescents in the year 2000, expressing an increase of about 8 million in the last 20 years (Maakaroun, 1991). The proposed approach to the problem of teenage pregnancy includes various care and preventive aspects. The care aspect comprises prenatal, delivery and newborn treatment, preferably provided by a multidisciplinary team. It is understood that the main objective of such a program encompasses obtaining a good gestational result and prophylaxis of the mother-child relationship. Such programs are proposed in accordance with the current consensus on specialized care for adolescents, even more so when they are pregnant. **Objective** - To understand the expectations and perceptions of pregnant teenagers regarding prenatal care and childbirth, identifying the Locus of Control in the group in order to understand the importance of the internal and external Locus of Control during pregnancy and childbirth. **Method** - The sample of this research consisted of 82 pregnant teenagers aged up to 17 years old, assisted at the Outpatient Clinic for Teenage Pregnant Women at the Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná in the year 2000. The criteria used for inclusion were being a teenager, being pregnant and being a primigravidae. Data were obtained from the routine psychological assessment these patients underwent, focusing on the Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) for the Brazilian culture. **Results** - With the results of this preliminary research, we were able to show, with our work in the studied group, where the adolescent's locus of control is located in relation to her pregnancy and childbirth, the good level of schooling of the studied group, in addition to the relationship between the number of participating groups and the locus of control. **Conclusion** - We demonstrate that the Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) enables the knowledge of perceptions of pregnant women in relation to Prenatal Care and childbirth, which can contribute to the conduction of Psychoprophylactic preparation courses, for a more consistent assistance with the real expectations of the pregnant.

Key words: pregnant teenager, locus of control, psychoprophylactic, prenatal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo de aprendizagem.....	60
Gráfico 1 - Idade das gestantes	66
Gráfico 2 - Idade Gestacional.....	66
Gráfico 3 - Locus de controle	67
Gráfico 4 - Nível médio dos três tipos de controle por número de participações	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de participações nas reuniões	67
Tabela 2 - Média e desvio padrão das características observadas das gestantes por número de participações	68
Tabela 3 - Análise da variância	69
Tabela 4 - Grau de escolaridade e frequência participações nas reuniões	70
Tabela 5 - Quantidade de anos de estudo	70
Tabela 6 - Numero de participações nos grupos x quantidade de anos de estudo ...	71
Tabela 7 - Numero de participações nos grupos x Locus de controle.....	71
Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas por itens	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1- ADOLESCÊNCIA	15
1.1. Puberdade	16
1.2. Adolescência	19
2-GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	21
2.1 Psicologia da Gravidez	31
2.2. Assistência Pré-natal	37
2.3. Parto	41
2.4. Efeitos da preparação Psicoprofilática	49
2.5. Locus de controle e a experiência do nascimento	52
3- AMBULATÓRIO DE GESTANTES ADOLESCENTES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS	58
4- METODOLOGIA	61
4.1 Objetivos	61
4.2. Hipótese	61
4.3. Sujeitos	62
4.4. Instrumentos	62
4.5. Procedimento	65
4.6. Análise e tratamento dos dados	65
5- ANÁLISE DOS QUESTIONARIOS APLICADOS	65
6- CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

INTRODUÇÃO

A Gravidez na Adolescência é crescente em todo o mundo. As mudanças de costumes influenciaram o início de uma atividade sexual precoce, o que é responsável no Brasil atualmente por 25% das gestações. De acordo com o IBGE e o Centro latino-americano de Demografia (CELADE), haverá 36.140.000 adolescentes no ano 2000, expressando um aumento de cerca de 8 milhões nos últimos 20 anos (Maakaroun, 1991).

A gravidez na adolescência exerce forte impacto biopsicossocial. O aspecto psicológico de uma gravidez nesta fase é dos mais complexos. Ela ainda não completou seu amadurecimento psicológico, razão pela qual está cheia de dúvidas, angústias e receios de vida em geral e da gravidez em particular.

A proposta de conduta diante do problema da gravidez na adolescência inclui diversos aspectos assistenciais e preventivos.

O aspecto assistencial compreende o tratamento pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, prestado preferencialmente por uma equipe multidisciplinar. Entende-se que o objetivo principal de tal programa engloba obter bom resultado gestacional e uma profilaxia da relação mãe-filho. Tais programas são propostos de acordo com o consenso atual de atenção especializada para a adolescente, ainda mais quando grávida.

A condição preliminar para a formulação de uma proposta depende de estudo da população conforme sugere Urrutia-Rojas & Aday (1991), quando propõem programa de tal natureza, para avaliar o acesso à assistência médica e demonstrar sua aplicação no planejamento de programas de saúde.

O aspecto profilático abrange:

- ◆ Prevenção da primeira gestação;
- ◆ Prevenção das patologias intercorrentes;
- ◆ Prevenção da recidiva da gestação na adolescência.

A prevenção da primeira gestação depende de política social mais lúcida e abrangente, em que se reconheça a realidade da gravidez na adolescência e se priorize a sua prevenção, sem querer coibir a prática sexual do adolescente.

Uma vez grávida, a adolescente deve ser orientada para o planejamento de sua segunda gestação. É importante a implantação de programas

especiais e sua avaliação periódica para verificar a eficiência e efetividade dos mesmos. Estes programas trazem embutido em sua estrutura de funcionamento a participação de equipes multidisciplinares que dentro de um programa pré-determinado transmitem informações a estas adolescentes, onde em linhas gerais os objetivos podem ser englobados em:

- ◆ Proporcionar conscientização e aceitação da gravidez;
- ◆ Esclarecer dúvidas, atenuar medos e ansiedades vividas pelas adolescentes na gestação, parto e puerpério;
- ◆ Melhorar a relação materno-filial e familiar;
- ◆ Incentivar a melhoria da qualidade de vida;
- ◆ Propiciar adequada assistência pré-natal à gestante, assim como adequada puericultura a seu lactente, mantendo a assistência psicossocial à adolescente através de grupos informativos e reflexivos desde a gestação até o puerpério, visando ao bem estar mãe- filho.

Desde nossa entrada no Hospital de clínicas da Universidade Federal do Paraná, sendo no Departamento de Tocoginecologia, vimos desenvolvendo a prática de atendimento a gestantes, parturientes e puérperas. Integramos uma equipe de profissionais que atendem gestantes adolescentes, no Grupo de Gestantes Adolescentes do H.C.

Este grupo compõe-se de Obstetra, Pediatra, Assistente Social, Enfermeira, Odontopediatra, Nutricionista e Psicólogo.

A realização do presente estudo possibilitou a integração de alguns aspectos de nossa experiência profissional e o seu desenvolvimento teórico. A decisão de focar as percepções da gestante adolescente sobre sua assistência pré-natal surgiu através da expectativa de entender mais sobre os efeitos do nosso trabalho neste ambulatório especializado.

Verificamos que a peculiaridade da gravidez na adolescência exigia uma abordagem diferente da que era satisfatória com relação às adultas, pela sobreposição da gravidez à já intensa crise da adolescência.

Dentro de um contexto mais amplo, a gestação na adolescência envolve fatores sociais delicados e importantes. Tanto a gravidez quanto a adolescência são fases turbulentas que encerram o germe da transformação, do indivíduo para o

meio. São fenômenos bio-psico-sociais por excelência, o que pode empobrecer qualquer enfoque parcial se perder a visão do conjunto.

Desenvolvemos uma atividade em grupo, com as gestantes, constituída de um trabalho educativo, realizado semanalmente. Nestas reuniões as adolescentes trazem suas dúvidas, seus anseios, dificuldades, medos, expectativas, frustrações, alegrias e também suas tristezas e decepções. Sem dúvida a Gestação no período de adolescência provoca as mais diversas modificações na vida destas jovens. São alterações corporais, estruturais, emocionais e financeiras, com intensa repercussão no futuro da jovem que agora está iniciando a vida adulta. Aos profissionais da saúde cabe minimizar estas dúvidas e anseios, tornando desta forma, o período de gestação o mais saudável possível, e também repercutindo no grande objetivo, que é a profilaxia da relação mãe-pai-filho.

Uma atividade dirigida não somente à mulher, mas também ao homem, pois acreditamos serem suas percepções e vivências bastante diferentes. Ademais, a atitude do homem contribui, significativamente, para a percepção e conseqüente atitude da mulher com respeito à situação de gravidez e parto.

Os grupos que desenvolvemos tem como base a estrutura dos métodos psicossomáticos, que inclui parte informativa, técnica de respiração, utilizando ainda associações de estratégias mais dinâmicas como jogos de aquecimento, dramatização, grupos de discussão entre outros recursos.

A avaliação deste preparo, com freqüência, se realiza através da verificação das parturientes, quanto ao uso de técnicas de respiração e relaxamento, aprendidas durante o curso, ou mesmo, se cooperou com a equipe e se atingiu a meta de ter um parto normal (Freddi, 1976; Cambell & Worthington, 1981).

Atsbury (1980), coloca diretamente a questão sobre se a informação acerca da gravidez e do parto ajudará ou não a mulher.

Assim começamos a fazer questionamentos sobre a possibilidade do estudo dos efeitos de nossa prática sobre estas adolescentes assim como sua percepção do pré-natal e do parto.

Dada a grande riqueza de todo o material coletado nestes anos de trabalho, envolvendo uma vivência no seu todo indescritível, foi necessário escolher uma apresentação viável em termos de clareza e concisão. Daí a opção de concentrar-nos em alguns aspectos que nos pareceram importantes neste momento, deixando o restante do material para explorações futuras.

Optamos por desenvolver este trabalho em capítulos:

No capítulo 1 apresentamos conceitos de puberdade e adolescência.

No capítulo 2 apresentamos aspectos relacionados à Psicologia da Gravidez e sua manifestação na adolescência, assim como os procedimentos da assistência pré-natal e do parto. Falamos sobre a preparação psicoprofilática e o estudo de seus efeitos. Introduzimos o conceito de Locus de Controle e a sua possível correlação com a gravidez e parto.

No capítulo 3 apresentamos o Ambulatório de adolescentes gestantes do H.C. falando sobre seu funcionamento.

No capítulo 4, da metodologia, demonstra-se o caminho percorrido na pesquisa e tratamento dos dados, especialmente a descrição do instrumento escolhido, o P.A.I. – Pregnancy Attitude Index.

No último capítulo, 5, apresentamos o levantamento da análise de 50 questionários aplicados. O referencial bibliográfico pesquisado bem como anexos, encerram o presente trabalho.

1- ADOLESCÊNCIA

1.1. Puberdade

Quando analisamos as transformações anátomo-fisiológicas ocorridas na adolescência, estamos estudando a puberdade, que nada mais significa do que aspectos biológicos relacionados com os fenômenos resultantes daquelas transformações no processo de maturação de espécie humana.

Paralelamente à maturação sexual são observadas outras mudanças biológicas, como alterações no crescimento, na aparência física, no funcionamento das glândulas endócrinas, na voz, etc.

O termo puberdade deriva-se de púbis, que diz respeito a cabelo. Assim, pubescente significa criar cabelos ou tornar-se cabeludo. Contudo, no uso comum, não se emprega tal termo para denotar simplesmente o começo do processo de maturação sexual e sim como referência ao processo completo.

O termo pubescência é usado por alguns autores apenas para significar as mudanças fisiológicas associadas com a maturação sexual. Segundo Ferreira (1975), “puberdade é o conjunto de transformações psicofisiológicas ligadas a maturação sexual, que traduzem a passagem progressiva da infância a adolescência”.

É possível de se diferenciar puberdade como ponto em que a maturação sexual é alcançada e pubescência como o período de desenvolvimento fisiológico de, aproximadamente, dois anos, que precede o advento da puberdade e durante o qual as funções reprodutivas amadurecem.

O que basicamente caracteriza a puberdade são as modificações que se operam na “área corpo”.

Segundo Tiba (1985) certos centros do Sistema Nervoso Central amadurecem e determinam o momento do desenvolvimento sexual do jovem. A maturação normal depende do desenvolvimento e do funcionamento ordenados de um complexo mecanismo que inclui o hipotálamo, a hipófise, as gônadas e a cápsula suprarrenal. A criança que cresce e desenvolve somaticamente agora se torna púbere com maior produção de testosterona nos rapazes, principalmente depois dos 13 anos de idade e estrogênios e progesterona nas moças, iniciando-se aos 11 anos de idade. A testosterona é a maior responsável pelo surgimento das características

sexuais secundárias, com conseqüente produção de espermatozóides e aumentos de impulso sexual, da agressividade, do crescimento em altura e da força física. Ela é responsável pela vida sexual e reprodutiva. Os estrogênios e a progesterona são os responsáveis pelo surgimento das características sexuais secundárias femininas. O estrogênio está mais voltado para a vida sexual sendo responsável, por exemplo, pela maior erotização sexual, pela produção da lubrificação vaginal quando há excitação sexual. A progesterona está mais voltada à vida reprodutiva.

Nas meninas, o início das modificações externas da puberdade obedece à ordem seguinte: aumento inicial dos seios, aparecimento dos pêlos pubianos lisos e pigmentados, aparecimento dos pêlos pubianos encarapinhados, menstruação, crescimento dos pêlos axilares.

Nos meninos é a seguinte a ordem de surgimento dos fenômenos: início do crescimento dos testículos, pêlos pubianos lisos e pigmentados, início do aumento do pênis, primeiras mudanças de voz, primeira ejaculação, pêlos pubianos “encarapinhados”, idade de crescimento máximo, pêlos axilares, acentuadas mudanças de voz, desenvolvimento da barba.

Devido às suas importâncias e influências na psique dos púberes, vou ressaltar o desenvolvimento genital dos homens e o dos seios das mulheres, por serem modificações facilmente perceptíveis por si mesmas também aos observadores externos.

As funções sexuais que indicam o amadurecimento sexual são duas: a ovulação na moça, e a espermatogênese no rapaz, que vão possibilitar a capacidade de procriação.

Para Tonello (1987), a presença das características sexuais secundárias, o surgimento da menstruação e do sêmen, são indicadores concretos para a menina e o menino, de que eles já não possuem mais o corpo da Infância, sem terem ainda adquirido o corpo adulto. A emergência da sexualidade, de acordo com Spiegel (in Tonello, 1987), “atua como uma força que invade o adolescente, sem que este possa vivê-la como uma expressão de si mesmo, e em um momento em que o corpo conhecido (da Infância) está se transformando em direção a um novo (corpo adulto), apenas imaginado ou pressentido”.

Para Tiba (1985) os relacionamentos socio-afetivos pré-pubertários que precedem o namoro não envolvem o corpo tão biologicamente, por ainda não se terem desenvolvido as características sexuais secundárias. Para que haja namoro, é

preciso também que exista atração física, que pode ser desde uma vaga sensação agradável generalizada até a mais focalizada atração sexual. Estas sensações físicas podem não ser manifestadas mas elas têm de existir, pois é difícil acreditar que um namoro possa evoluir sem que exista uma atração física. O que pode existir é uma forte repressão da sensação corporal de um, ou de ambos os namorados, a ponto de parecer que ela não exista.

Psicologicamente, é na puberdade que deveria ocorrer a mudança do objeto afetivo. Isto é, até a puberdade as ligações afetivas mais importantes são as familiares, principalmente com a figura de pai ou de mãe. Com o advento da puberdade, surgem conteúdos sexuais nas relações afetivas e ocorre então a mudança de direção das sensações afetivo-sexuais. O que antes era dirigido para a mãe, ou pai, agora passa a ser parcialmente dirigido a outras pessoas, e o adolescente também tem de ser objeto de amor de outra pessoa. Permanecem os vínculos filiais e nascem novos vínculos de namoro; é a mudança evolutiva de tipo de relacionamento e sentimento que antes era amizade e coleguismo. Pessoas há que são "doidas para namorar" e outras que "não querem nem saber de namoro". Impor namoro a quem não quer é tão prejudicial quanto proibir um namoro de quem tanto o deseja. Cada um tem seus motivos, adequados ou não, para ter as suas posturas perante o namoro.

O prazer sexual parece ser descoberto no final da fase pubertária, tanto em meninos quanto em meninas. Em geral elas a descobrem casualmente, quando algo lhe roça na genitália, ou até mesmo nos seios (pode ser a própria mão no banho ou o contato com roupas), e a menina experimenta uma sensação física que ainda não conhecia. Outras vezes é voluntária, quando por vontade própria ela manipula diversas áreas do corpo, até descobrir as erógenas, e chegar à excitação sexual. Isso ocorre principalmente friccionando o clitóris para chegar ao orgasmo. Raramente ela se masturba por lembrança de situações afetivo-sexuais, pois sua vida sexual ainda é praticamente nula.

Já os meninos correm atrás da excitação sexual. A masturbação é uma atividade importante e presente em sua vida, porque representa para ele um mundo novo, que pode ser estimulante ou assustador conforme o tipo de cultura sexual, repressiva ou não.

1.2. Adolescência

Até alguns anos atrás, a adolescência era considerada uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Sua caracterização era baseada nas mudanças físicas que marcavam este fenômeno evolutivo do ser humano.

Os trabalhos de Arminda Aberstury pioneiros em psicanálise de criança e adolescente, a partir da década de 60, levam a considerar a adolescência como um momento importante no desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva, como também a estruturação da personalidade.

Alguns parâmetros utilizados freqüentemente para definir a adolescência são limites cronológicos, ou características biológicas objetivas visando fixar o limite inferior da adolescência, como por exemplo, o início das transformações pubertárias. A Organização Mundial de Saúde propõe: “a adolescência é um período de vida que ocorre uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, que se, registram entre os 10 e aos 19 anos, período que geralmente corresponde ao início da puberdade até a idade adulta” (OMS, 1965)

Para efeito de legislação brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente considera-se adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. (Artigo 2º, Lei Federal 8069 de 13/07/90).

Todavia, as definições encontradas na literatura mostram a dificuldade em se delimitar a adolescência: “o fim da adolescência não está claramente delimitado e varia em função de critérios físicos, mentais, afetivos e culturais que caracterizam a vida adulta” (Daniel, 1979)

Muitos autores entendendo que o conceito é amplo e abrangente e contém vários aspectos que de modo interdependente e integrado, constituem o centro da natureza humana, formulam uma definição simples, mas, mais abrangente: “a adolescência é a fase do crescimento bio-psico-social que vai da infância a idade adulta” (Colli, A.S. et al. 1975, Marcondes, 1979, Souza 1989)

Em 1985 NO ANO INTERNACIONAL DA JUVENTUDE, a OMS considerou a adolescência como uma etapa da vida durante a qual ocorre uma maturação biológica, psicológica e social e definiu juventude como um período entre 15 a 24 anos de idade, ou seja, um período de transição entre a adolescência e a idade adulta.

Adolescência é um conceito relativamente recente, datando do início deste século. A primeira publicação a aparecer no Index Médico sob o Título de adolescência foi o trabalho de Stanley Hall, “Adolescência: sua psicologia e relação com a fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação, de 1904 (Heald apud Coates, 1991)

Reis (1993) detém-se na consideração dos termos pubescência (alusão ao despontar dos pelos pubianos), puberdade (do latim pubertas, ou seja, idade fértil) e adolescência. Com ressalva de que fenomenologicamente, as 3 instâncias encontram-se tão imbricadas que, muitas vezes, pode não fazer sentido tentar estabelecer distinções entre elas, o autor salienta que os dois primeiros termos são parâmetros biológicos, enquanto o terceiro diz respeito a transformações que se operam na área psicossocial.

Mais recentemente define-se adolescência como:” una etapa evolutiva especifica del crecimiento y del desarrollo del ser humano, de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos mas comunes y las variaciones en forma de períodos de crises biopsicosociales, que son preparatórios para el egresso hacia la juventude y la etapa adulta. Estes aspectos no deben ser considerados patológicos y si estritamente necesarios para lograr la estrutura de la personalidad dentro del processo evolutivo hacia las etapas posteriores” (OPS.OMS, 1990)

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, marcada por profundas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. (Coli, 1994; Messina, 1993). Dividirei a conceituação de adolescência sob 3 aspectos: a idade cronológica, as fases do desenvolvimento físico e as características psicológicas e sociais.

Do ponto de vista cronológico, a Organização Mundial da Saúde define a adolescência como sendo a faixa etária entre 10 a 20 anos (Coli, 1994). De acordo com o critério físico a adolescência abrange as modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto, correspondendo ao período que vai desde o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração do crescimento até atingir o desenvolvimento físico completo, com parada do crescimento. (Arechavaleta, 1985; Coli, 1994).

Segundo o critério Psicológico, a adolescência está relacionada, fundamentalmente, a uma busca de identidade, a uma aceleração no desenvolvimento intelectual e a uma evolução da sexualidade. Por fim, do ponto de

vista social, a adolescência corresponde ao período da vida no qual o indivíduo perde direitos e privilégios de criança e começa a assumir direitos e responsabilidades de adulto (Coli, 1994).

Knobel (1981a) enfatiza que a adolescência faz parte de um processo evolutivo, sendo a fase evolutiva na qual o indivíduo deve estabelecer sua identidade adulta. Um dos objetivos básicos dessa etapa é a conquista da genitalidade adulta, entendendo-se como tal, a “plena utilização da capacidade libidinal do indivíduo mediante o acionamento de todos os elementos remanescentes dos estágios mais iniciais da maturação psicossexual, chegando finalmente ao nível genital de relações com um indivíduo do sexo oposto”.

O autor destaca que o nível genital adulto implica necessariamente na aceitação da possibilidade de procriação, quando as condições sociais e, econômicas do indivíduo lhe permitam integrar uma constelação familiar que facilite assumir os papéis parentais adultos correspondentes.

Na identidade adolescente, o nível genital adulto, com características procriativas, ainda não foi atingido plenamente. O apelo à satisfação genital está presente, mas com caráter exploratório de aprendizado da genitalidade. Nesta ótica, "o exercício procriativo sem assumir a responsabilidade conseqüente não é um índice de maturidade genital, mas sim de sérias perturbações nesse nível" (KNOBEL, 1981b).

As transformações corporais (relativas às características sexuais primárias, secundárias e modificações fisiológicas em geral) impõem-se ao adolescente, podendo ser sentidas como uma invasão. Embora possam ser acompanhadas por sentimentos de felicidade e orgulho, também provocarão temor diante do novo e desconhecido, e mesmo sensações de despersonalização, envolvendo oscilações como projetar-se no futuro e refugiar-se no passado. O esquema corporal terá que ser reassimilado, tanto no plano consciente quanto no plano inconsciente,

1.3. Sexualidade

Aos primeiros contatos do bebê com o mundo, este se vê obrigado a se inclinar ante uma realidade que não prevê imediatamente suas necessidades, fazendo com que tenha de aprender a esperar para obter satisfação e prazer. Esta adaptação lenta, que se faz às custas de muito sofrimento, resulta numa

estruturação cada vez mais eficiente de seu “eu” e nos dá uma pista de como o prazer e a realidade estão intimamente relacionados na formação da personalidade de cada indivíduo.

Com o passar do tempo esta criança começa a incorporar em um mundo psíquico aspectos fundamentais para sua futura adaptação a este mundo. Sua principal fonte fornecedora são seus pais, cujas figuras vão sendo gradualmente introduzidas no psiquismo profundo do bebê. que começa a formar seus primeiros conceitos de valor, A essas figuras que servem de modelo à criança de como devem se portar.

Num aparente “silêncio biopsicológico”, a criança vai chegando às portas de uma verdadeira revolução biológica e sexual.

Surgem os primeiros sinais sexuais secundários e estamos frente a um novo e futuro adulto. Seus novos impulsos sexuais lhe invadem a consciência, as mudanças corporais provocadas pela puberdade (como a mudança da voz, o crescimento do pênis e dos pêlos, no rapaz; e o crescimento das mamas e o aparecimento da menstruação, na moça), impelem-os a uma transformação radical em suas vidas: deixaram de ser crianças e precisam tornar-se adultos. Esse ritual biopsicossocial por que passa o adolescente, além de sua imensa complexidade, à de fundamental importância no papel a ser exercido pelo futuro cidadão.

O processo dessa fase que mais nos interessa é a busca, pelo jovem, de uma identidade. Esse fenômeno tão complexo inicia-se com a perda da identidade infantil, com seu papel eminentemente intrafamiliar, protegido pelos pais, sem ter que tomar grandes decisões. e sua gradual substituição por um papel mais atuante na sociedade

Esse processo requer do adolescente uma energia muito grande, pois ele perde, no bojo dessas mudanças, a proteção familiar.

Em suas constantes idas e vindas entre a vida adulta e infantil, o adolescente inicia um processo de suma importância que é a busca de novas figuras com as quais se identifique. sendo que, já nessa fase, ele a procura fora da família, pois seus pais já não lhe são mais satisfatórios. Cantores de rock, grandes políticos, homens de destaque na sociedade, cientistas, desportistas, entre estes o jovem sai a cata de um novo ídolo. Surgem aí as primeiras dificuldades, pois como será esse novo ídolo? Dentre as identificações a que mais preocupa é a chamada identificação

negativa", onde o adolescente prefere "ser alguém perverso, indesejável, a não ser nada" (Erickson 1976).

Na busca do corpo socialmente aceitável e funcionante ("normal"), os jovens vivenciam grande ansiedade. Os rapazes desenvolvem precocemente o chamado "temor de desempenho", pois a capacidade de ter relações sexuais constitui-se num requisito indispensável para os representantes do sexo masculino. As moças, por sua vez, apresentam grande ansiedade sobre sua atratividade sexual, o que freqüentemente as leva aos jogos de sedução.

Quando o rapaz adolescente percebe que seu corpo se modifica e ganha as características do corpo adulto, passa a preocupar-se com as suas formas, em especial o desenvolvimento muscular e o tamanho do pênis, que é o atributo mais valorizado desde que nasceu. Vencida esta fase, vem à necessidade de saber se há função para a relação sexual, e então ansiosamente busca a ejaculação através da masturbação. Esta masturbação nem sempre tem a finalidade única da busca do prazer, mas também a da simples verificação da capacidade de ejacular.

A primeira ejaculação acontece em geral entre 13 e 14 anos, corri uma polução noturna. A seguir, o adolescente passa a se preocupar com a verificação da normalidade da sua ejaculação. Como não recebeu qualquer informação sobre as características da ejaculação "normal", ele se põe a Pesquisar; surgem então, como uma nova atividade entre os adolescentes, as brincadeiras onde as ejaculações são comparadas. Neste mesmo período os meninos estão treinando a relação sexual com a mulher".

Para as moças, embora se possam observar os mesmos mecanismos gerais, as coisas se passam de maneira diferente, tendo em vista os diferentes papéis sexuais por elas vividos. De início, apresentam as mesmas preocupações que os rapazes, quanto à "normalidade" de suas formas- Logo, entretanto, passam a se preocupar mais com os sutis aspectos dos jogos de sedução, tendo-se em vista que as mulheres, embora possam ser tão ou mais dominadoras do que os homens, necessitam disfarçar-se de "caça", mesmo sendo "caçadoras".

Podemos, de maneira a geral, tecer algumas considerações válidas para ambos os sexos. Devemos lembrar que para os jovens é de extrema importância pertencer a um grupo onde todos, em tese, tem as mesmas aspirações, gostam das mesmas coisas e comportam-se de maneira similar. Por isso, a evolução psicosexual dos membros do grupo acontece seguindo os mesmos passos. É ainda

relevante lembrar que durante a adolescência é mecanismo comum a desavença com os genitores até como urna forma de autoafirmação, sendo o grupo de extrema valia no apoio emocional entre os adolescentes.

Até algum tempo a iniciação sexual dos rapazes era feita tradicionalmente, com prostitutas- Essa situação gerava rim acentuado temor de desempenho e, sem dúvida, foi fator causal de várias situações sexuais problemáticas, tais como a ejaculação prematura. As moças ditas "direitas" nessa época, só iriam se iniciar sexualmente após o casamento, ou no máximo no tardio período de noivado. Claro que existiam as honrosas exceções de praxe; essa, no entanto era a norma geral. Havia, evidentemente, mecanismos compensadores para ambos os sexos, em que o par de namorados praticava urna série de carícias excitantes, sempre por iniciativa do rapaz. Cabia à moça "graduar" até onde o par poderia ir, pois sempre e o rapaz estava decidido a ir até as mais extremadas carícias. Assim, a jovem deveria ao mesmo tempo desfrutar o prazer---das carícias e manter a "cabeça fria", tanto para evitar que o rapaz chegasse às vias de fato quanto para preservar sua imagem de "moça direita". Evidentemente, com o evoluir do namoro, as coisas podiam ficar bastante complicadas.

Hoje em dia, embora ainda permaneçam sob muitos aspectos as mesmas dificuldades na aquisição da identidade, desenvolveram se outros mecanismos para facilitar a maturação psicosexual, A iniciação sexual, por exemplo, é quase sempre feita entre adolescentes do mesmo grupo, sendo raras as incursões à prostituição. E em termos de maturação sexual os jovens criaram o "ficar" curiosa instituição que merece uma análise um pouco mais cuidadosa.

Lembremos que a capacidade de formação de vínculos afetivos surge por volta dos 12 ou 13 anos, em média, época a partir da qual habitualmente pode ocorrer o ficar, embora ele seja mais comum a partir dos 14 ou 15 anos. O ficar, para a maioria dos jovens, é um contrato informal em que está implícita a não existência de um compromisso maior, e que pode ir desde o simples fazer companhia, com ou sem troca de carícias, até mesmo ao ato sexual, embora esta última modalidade não seja a mais comum. No ficar os jovens fazem, sem compromissos e sem maiores complicações, um aprendizado afetivo e sexual que é de extrema importância para sua maturação Psicosexual. Dizem eles, com certa graça, que "ficar" com a mesma pessoa mais de 3 vezes já é um rolo, e um rolo repetido é um namoro. O ficar é assim um contrato bilateral, que a nada obriga, podendo os membros do casal nem

mais se cumprimentarem a partir do dia seguinte. Também não existe aqui apenas a intenção do aprendizado e do prazer masculino, e nem são menosprezadas as jovens que ficam, como suas antigas similares, as moças que permitiam o sarro.

O ficar, como mecanismo característico auxiliar da maturação, habitualmente deixa de acontecer por volta dos 17 anos, quando a maturidade emocional e afetiva já é suficientemente desenvolvida para a formação de vínculos mais sólidos.

Finalmente, devemos desmistificar alguns dos conceitos (ou preconceitos) dos adultos, com relação à sexualidade dos adolescentes. Como norma geral, importa afirmar que os jovens não são promíscuos, ao menos no sentido que os adultos dão a esse termo. As mudanças ocorridas quanto à iniciação sexual nas últimas 2 ou 3 décadas, as quais já nos referimos, são acompanhadas de notável fidelidade, talvez até mais acentuada do que entre os próprios adultos. Mesmo que existam os naturais e inevitáveis exceções, de maneira geral os jovens de ambos os sexos são fiéis; aos seus parceiros, ocorrendo o que se convencionou chamar de "monogamia seriada", isto é, as pessoas podem trocar de par com alguma frequência, mas, enquanto juntos, são mutuamente fiéis.

a) Fatores estimuladores do exercício da sexualidade na adolescência

É muito difícil, senão impossível, estabelecer-se o número de adolescentes de ambos os sexos que vem exercendo vida sexual ativa. Os métodos de pesquisa empregados, principalmente quando se baseiam em informações fornecidas pelos próprios adolescentes, tendem a não refletir os números reais, pelo temor que os jovens têm sobre como serão usados os dados levantados por entrevistadores. Numa estimativa bastante modesta, a julgar pelas conseqüências possíveis do exercício da sexualidade (número de gestações, doenças sexualmente transmissíveis etc.), podemos afirmar que ao menos a metade das moças e a quase totalidade dos rapazes, em nosso meio, iniciam-se sexualmente durante a adolescência.

Na realidade, o exercício da sexualidade entre adolescentes não é uma invenção de nossa época; há apenas duas ou três gerações era hábito comum que nossas avós se casassem aos 14, 15 ou 16 anos. O que se tornou característico, a cerca de três décadas, foi o surgir da prática da sexualidade por grande número de jovens de sexo feminino, em condições pré-conjugais. Esse tipo de sexualidade, não

bem aceita socialmente, é que vem gerando uma série de problemas pessoais, familiares e sociais, que ainda não conseguimos resolver.

Os fatores que têm contribuído para aumentar a incidência de relações sexuais entre adolescentes são múltiplos e complexos, sendo difícil avaliar em cada caso a importância relativa de cada um deles. Alguns, entretanto, merecem destaque, como a revolução de costumes iniciada no final da década de 50, o abuso da sensualidade nos meios de comunicação e a elevação da média etária para o casamento, entre outros.

Os movimentos sociais que buscavam dar ao jovem um lugar na tornada de decisões da sociedade (movimentos beat, hippie e outros), atingiram fortemente os conceitos morais vigentes. Amplificados pelos meios de comunicação de massa, que passaram a usar e abusar da sensualidade como técnica de marketing, passou-se à jovem o conceito de que mulher liberada é aquela que mantém intensa vida sexual, independentemente de valores afetivos ligados ao exercício dessa sexualidade. Os freios sociais para as práticas sociais, por sua vez, perderam toda sua eficácia com a urbanização acelerada e com o crescimento das cidades. A perspectiva cada vez mais tardia do casamento, aliada à antecipação do início das menstruações, fez que o "estar pronta biologicamente" para a sexualidade ficasse cada vez mais distante do "ter permissão social" (casamento) para a vida sexual ativa.

Cabe ainda considerar algumas das características emocionais da adolescência, onde a sexualidade passa a ser forte fator motivador, juntamente com a natural insegurança dos jovens, que necessitam provar - para os outros e para si mesmos - que "são homens" ou "são mulheres",

b) Iniciação sexual

Foi-se o tempo em que a iniciação sexual do rapaz era feita mais freqüentemente com prostitutas, e a da moça predominantemente com o marido, ou no máximo, com o noivo. A prostituição hoje - principalmente após o advento do temor à AIDS - é uma instituição reservada a adultos solitários ou, menos freqüentemente, a pessoas que buscam o insólito e o incomum. Na maioria das vezes a iniciação sexual de adolescentes tem sido feita aos pares, ocasionalmente até poucos dias após o início do namoro.

Importa lembrar que a iniciação sexual, o coito, tem sentidos diferentes para rapazes e moças. Nesse sentido, notemos que o desempenho vem sendo um dos pontos mais frisados na educação de crianças e jovens em geral. A grande maioria dos pais cria os filhos para que sejam um sucesso, qualquer que seja a área em que venham a atuar. A busca da felicidade pessoal, é muitas vezes colocada em um segundo plano, pois nessa distorcida visão dos familiares, o bom desempenho é um pré-requisito obrigatório para a felicidade. Assim, em muitas famílias a moldagem moral e intelectual dos jovens é conduzida no sentido de exigir sucesso no desempenho.

Para os rapazes, desempenho sexual é sinônimo de ereção. Assim, a busca da primeira relação sexual com penetração é uma forma de autoafirmação de masculinidade. O jovem vê, em sua capacidade de ter e manter uma ereção, uma indiscutível prova de já ser homem.

No caso das moças, porém, o coito em si não tem qualquer significado de desempenho, pois a mulher, para ser penetrada, não necessita qualquer esforço. Por isso, o que autoafirma as jovens é na verdade a capacidade de sedução, é a capacidade de atrair um homem a ponto de fazê-lo desejar ter relações com elas. Assim, seu desempenho se mede pela capacidade de sedução.

No tocante à época de ocorrência da primeira relação sexual, a maioria das pesquisas aponta para a faixa de 15 a 17 anos como o período mais comum. De maneira que as adolescentes que não se iniciam sexualmente nessa faixa etária vão começar suas vidas sexuais já em idade adulta, após os 20 anos. Para os rapazes a iniciação sexual é mais tardia, ocorrendo habitualmente entre os 17 e os 20 anos. até porque em nossa sociedade as mulheres de qualquer faixa etária são mais freqüentemente atraídas por homens mais velhos. Dados norte-americanos recentes mostram que isso ocorre também nos países do primeiro mundo, pois lá 75% das mulheres aos 19 anos já mantêm vida sexual ativa, na maioria das vezes pré-conjugal.

Pesquisas recentes mostram que a iniciação sexual mais freqüentemente ocorre na casa dos pais do rapaz, que exercem menor vigilância sobre o casal. Essa constatação contrariou a suposição anterior de ocorrer essa iniciação em drive-ins ou motéis: na realidade, por serem esses locais de difícil acesso e elevado custo, são muito raramente usados na vida sexual de adolescentes.

1.4. Sexualidade feminina

Talvez hoje esteja mais difundida a idéia de que o desenvolvimento da sexualidade começa na infância. No início do século XX, porém, Freud causou celeuma com suas idéias sobre a sexualidade infantil. Partindo do estudo de indivíduos adultos em análise, ele foi verificando as bases mais precoces do despertar sexual no desenvolvimento. Surpreendeu uma sociedade que valorizava a "consciência" do Homem e a "pureza dos sentimentos infantis", Freud ampliou o conceito de sexualidade para além da genitalidade, mostrando como a sexualidade genital adulta normal deriva das fases mais precoces (pré-genitais) do desenvolvimento. A partir da puberdade começaria a subordinação das zonas erógenas à primazia da zona genital (Freud, 1905).

Freud centrou-se principalmente na psicologia masculina, considerando mais difícil estudar a mulher, mas ao longo de sua vida, foi revendo e ampliando seus estudos sobre a sexualidade feminina, vários outros psicanalistas acrescentaram expressivas contribuições, conforme a completa e detalhada revisão da literatura psicanalítica sobre o tema, feita pela também psicanalista Langer (1981), para destacar alguns pontos.

Resumindo as idéias de Freud, essa autora coloca que para ele, a menina, tal como o menino, passa pelas fases oral e anal antes de atingir a fase fálica. Nesta última, com a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, começa a diferenciar-se o caminho do desenvolvimento que deve ser seguido por cada sexo. Até então o objeto dos impulsos libidinosos era, para ambos os sexos, a mãe ou a pessoa substituta que cuida e atende. A autora menciona que nas teorias sexuais que as crianças criam sobre a vida sexual do adulto, a fecundação ocorre pela boca e a expulsão pelo ânus, e que "existe durante as primeiras etapas de desenvolvimento um desejo bastante estranho para nossa consciência de adultos: o de fecundar a mãe e ser fecundada por ela, de dar-lhe um filho ou recebê-lo." (Langer, p. 43)

As fantasias de união com a mãe correspondem às fases de gratificação oral e anal. A partir da fase fálica, por volta do final do quarto ano de vida, a estrutura libidínica da menina deve sofrer modificações, inclusive a mudança do objeto amoroso. Num curso normal do desenvolvimento, "a menina terá que desligar-se de

sua mãe para dirigir-se ao pai e criar assim um modelo infantil para sua eleição heterossexual posterior" (op. cit., p. 42).

Se a menina aceita sua feminilidade (o que envolve também admitir sua falta de pênis), identificando-se com a mãe, pode conseguir o pai como objeto de amor, e o desejo de ter um filho liga-se então à união com o pai. Esta é a fase edípica, onde ela rivaliza com a mãe pelo amor dos pais. Langer (op. cit.) acrescenta que uma relação conflituosa com a mãe nas fases pré-edípicas dificultará a necessária identificação com ela, bem como a resolução saudável do complexo de Édipo. Futuramente, poderão repetir-se esses conflitos na relação com o marido, se no inconsciente este for identificado com a imagem materna.

Voltando às idéias de Freud (1905), na puberdade o instinto sexual, que até então era predominantemente autoerótico, coloca-se a serviço da função reprodutora, direcionando-se para o objeto sexual (relação com o sexo oposto). As zonas erógenas que antes tinham um fim em si próprias, subordinam-se à primazia da zona genital. Reativa-se nessa fase o conflito edípico (rivalidade com a mãe e desejo pelo pai), agora agravado pela possibilidade de consumação da fantasia de incesto. A superação das fantasias incestuosas, que envolve o doloroso desligamento interno em relação aos pais, permitirá a busca de relacionamento fora da família.

O conceito tradicional de "natureza feminina", cativo do reducionismo biológico, define a mulher como totalmente sobredeterminada por sua anatomo-fisiologia. A mulher é definida pela capacidade de reproduzir a vida e por ser presa constante de "humores" que lhe determinariam temperamento Inconstante. A determinação sexista reservaria ao homem a racionalidade, à mulher a emotividade; ao homem a agressividade, à mulher a passividade; ao homem o mundo, à mulher a intimidade do lar.

Simone de Beauvoir (1970) pensará a subjetividade feminina como uma aquisição, uma construção cultural montada sobre diferenças anatômicas em si mesmas "discretas", ou que se tornaram discretas com a evolução do ser humano. Mas que foram determinantes da opressão feminina na origem da espécie humana, quando a mulher primeva teve que prescindir à criação por estar dominada pela reprodução, tornando-se presa de sua anatomia e dos homens. É aí que residiria a "chave de todo o mistério": a possibilidade libertária para a mulher residirá em lutar

por condições de igualdade com o homem, participar da transcendência da criação, cuja necessidade a habita tal qual a seu companheiro.

Alcoff (1988) fornece uma alternativa ao pensar identidade como experiência de identidade. A subjetividade feminina é vista não apenas como sobredeterminada por práticas entrelaçadas, de saber e poder, mas como construída por interações com o mundo cotidiano, tornando-se um processo contínuo de experiências. identidade deixa de ser um ponto de partida ou de chegada, através do qual se interage com o mundo, para ser o processo mesmo de interação, a experiência contínua.

A partir do caráter dinâmico da identidade experimentada pode-se cogitar a estruturação e reestruturação da identidade de mulheres jovens num contexto cultural de mudanças aceleradas que têm grande e diferenciado impacto na vida das mulheres" e que passam pela experiência desnormalizadora de gravidez adolescente.

2-GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

2.1 *Psicologia da Gravidez*

Para que a gravidez possa ser entendida como um fenômeno normal, fisiológico e natural, não se deve colocá-la isolada do contexto social e ignorar os fenômenos emocionais que a cercam.

Segundo Maldonado (1976), a gravidez é uma situação de crise. É um estímulo razoavelmente violento, que propicia possibilidades de modificações tanto no nível pessoal quanto no familiar e social. A gestante não é só uma futura parturiente, mas é também uma futura mãe, é membro e formadora de uma família e faz parte de uma sociedade. No momento do parto nasce não apenas um filho, mas também uma mãe, um pai e uma família. Faz-se necessário um certo equilíbrio entre o seu papel biológico e os valores da sociedade. São vários os papéis que nascem no mesmo tempo, e é necessário que as pessoas implicadas no processo interajam através deles, com tranquilidade e harmonia. Ao longo de sua evolução, observam-se mudanças psicológicas marcantes.

O primeiro trimestre da gravidez é marcado por fortes sentimentos de ambivalência. Há sempre uma oscilação entre o desejo de estar e o de não estar grávida. Este fenômeno é natural, de vez que, em todas as nossas relações pessoais, existe certo grau de ambivalência. A ligação entre mãe e filho começa a partir do momento em que a mulher sabe - consciente ou inconscientemente - que está grávida. Além disso a maternidade provoca enormes mudanças na vida da mulher: como em toda a situação de mudança, há ganhos e perdas e isso, por si só, justifica a mistura de sentimentos que existe sempre.

A ambivalência pode manifestar-se de diversas formas: no primeiro trimestre, quando o feto não é ainda concretamente sentido, a mulher comumente oscila entre o sentimento de estar e o de não estar grávida. Da mesma forma, o medo de abortar é, em geral, intenso, mesmo quando o aborto não é provocado - ativamente ou "acidentalmente" - devido a um excesso de atividades físicas, da tendência a cair com frequência, do desejo de beber ou fumar exageradamente etc. Às vezes, o desejo de abortar é disfarçado por uma formação reativa como, por exemplo, pela autoproteção exagerada que faz com que a mulher restrinja severamente suas atividades, inclusive as relações sexuais, por medo de prejudicar o feto.

As náuseas e os vômitos são os sintomas mais comuns do início da gravidez. A etiologia ainda é muito discutida: alguns pesquisadores, acreditavam que um grau moderado de náuseas e vômitos se deva principalmente às mudanças hormonais que diminuem o limiar bioquímico destes sintomas. Outros tentaram correlacionar náuseas e vômitos com traços de personalidade, história pessoal, grau de tensão emocional e rejeição da gravidez. No entanto, a maior parte dos autores acredita na existência de fatores psicogênicos na hiperêmese gravídica.

As oscilações de humor também se instalam no início da gravidez e parecem estarem ligadas a mudanças hormonais. A mulher sente-se mais irritável e tende a passar rapidamente (muitas vezes sem motivo aparente) da depressão à euforia. Esta é uma das características da gravidez que provoca grande impacto na relação conjugal e, em geral, está associada ao aumento da sensibilidade em outras áreas, tais como paladar e olfato.

O segundo trimestre é considerado como o mais estável do ponto de vista emocional. O impacto dos primeiros movimentos fetais é o fenômeno central neste trimestre é a primeira vez que a mulher sente o feto como realidade concreta, completamente dependente dela e, no entanto, um ser separado que carrega dentro de si. Estudos mostram que os primeiros movimentos fetais tendiam a favorecer a aceitação da gravidez em 85% dos casos. Em geral, os movimentos fetais são sentidos como sinal de que está tudo bem a ambivalência pode manifestar-se através do aumento da ansiedade, quando a mulher não consegue sentir os movimentos por um ou dois dias e do medo de que o feto esteja morto.

O impacto dos movimentos fetais no marido é, em geral, muito intenso. Alguns "maridos grávidos" tendem a ganhar peso durante a gravidez da mulher; às vezes, o marido apresenta sintomas de náuseas e vômitos. Em geral, o homem, segundo Maldonado (1976), tende a reviver antigos sentimentos de rivalidade fraterna da época em que sua própria mãe estava grávida e freqüentemente, expressa medo de ser abandonado e rejeitado, principalmente logo após o nascimento do filho. Num dos casos por nós observados, por Maldonado (1976), o marido perguntou à mulher se ela continuaria a fazer comida para ele, expressando profundas necessidades orais de uma forma bastante regressiva.

As alterações do desejo e do desempenho sexual podem ser devidas a vários fatores: em primeiro lugar como manifestação da ambivalência, há o medo de fazer mal ao feto; em segundo, pode haver uma divisão entre maternidade e sexualidade,

a própria mulher ou, às vezes, o marido revivem antigos sentimentos referentes à "mãe assexuada" e, por isso, apresentam dificuldades de ter relações.

As alterações do esquema corporal são particularmente importantes neste aspecto. Observa-se que muitas mulheres se acham feias e sexualmente pouco atraentes e sentem que os maridos também as consideram desta maneira. Portanto tendem a sentir ciúmes e inveja das mulheres não grávidas. Há ainda o medo de não recuperar a "forma antiga" e de ficar com os seios e o abdome flácidos após o parto.

O aumento de peso e o excesso de apetite são fenômenos complexos: segundo Maldonado (1976) "em muitas mulheres representam espécie de autoproteção e uma formação reativa contra desejos de morte em relação ao feto, desta forma, o feto pode ser sentido como um parasita esgotando as reservas maternas e daí a necessidade de comer excessivamente a fim de compensar esta "perda". Por outro lado, pode haver sentimentos de culpa associados com a impressão de não comer os alimentos adequados ou em quantidade suficiente e assim estar fazendo mal ao feio. Isto se relaciona intimamente com um dos temores mais comuns e universais da gravidez - de que o bebê nasça com deficiência física".

A introversão e a passividade são também mudanças peculiares. Em geral, têm início no final do primeiro trimestre (quando a hipersonia comumente desaparece) e aumentam gradualmente no decorrer da gravidez. A maioria das mulheres sente que o "ritmo" de seu organismo fica mais lento. Ficam mais concentradas em si mesmas e algumas se sentem extremamente preguiçosas, com mais necessidade de ter alguém cuidando delas ao invés de cuidarem de outras pessoas. Isto pode causar muito ressentimento no marido que pode considerar esta necessidade de ser cuidada como "exploração" e temer que se ceder a mulher ficará "mimada" para sempre. Autores acham esta necessidade de receber mais uma etapa necessária para o papel de tornar-se uma pessoa essencialmente doadora e que quanto mais a mulher receber afeto e cuidados durante a gravidez tanto mais será capaz de amar e cuidar do bebê.

No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar com a proximidade do parto. Vários temores tendem a se intensificar: o medo de ter um filho deformado, de ser dilacerada no parto, de ficar com a vagina permanentemente alargada, de sentir dores insuportáveis. Além disso, principalmente nas primíparas, há intensos sentimentos de inadequação para o papel de mãe, que às vezes, se

expressam em sonhos. As observações clínicas de alguns autores mostram que a maneira em que a gestante imagina seu bebê pode ser considerada como um sinal prognóstico das dificuldades de relação materno-filial: algumas mulheres não conseguem se imaginar com um bebê nos braços e só conseguem visualizar a criança com dois ou três anos de idade, transmitindo assim a impressão de que tenderão a ter dificuldades de cuidar do recém-nascido.

Nas casas em que há nítida preferência por um sexo, observam-se, em geral, sentimentos complexos de identificação com a própria mãe da gestante ou de atitudes peculiares da grávida em relação à sua feminilidade.

A escolha do tipo de parto e as características do trabalho de parto parecem ter muita relação com fatores de personalidade. As observações clínicas sugerem que as mulheres que insistem em ter parto cesáreo, sem mesmo considerar a possibilidade de parto vaginal, são particularmente imaturas, narcisistas e tendem a confiar excessivamente a outras pessoas o manejo do recém-nascido. Em geral, preocupam-se extremamente com a própria estética. O medo de ficar fisicamente deformadas pelo parto e pela amamentação é intenso. Atualmente, realizamos pesquisa cuja hipótese principal é a existência de correlação entre a escolha do tipo de parto e certos traços da personalidade. Outros autores, especialmente Chertok (in Maldonado, 1976) consideram o parto como um processo verdadeiramente psicossomático, cujas características são determinadas não somente por fatores obstétricos, mas fatores de personalidade, pessoal e contexto social.

Em geral, o parto constitui momento crítico, porque gera a necessidade de novas adaptações: a separação de dois seres anteriormente unidos, as modificações do esquema corporal e as alterações dos padrões de relacionamento familiar e da rotina de vida, devido a chegada do bebê, tendem a exercer enorme impacto na família.

Como Newton e Newton (in Maldonado, 1976) mostraram as primeiras reações da mãe diante do bebê são importantes: algumas mulheres, especialmente as que tiveram parto sob narcose, sentem-se deprimidas, culpadas e alarmadas quando não vivenciam um intenso "sentimento materno" no primeiro momento de encontro com o bebê; na verdade, este sentimento materno pode levar dias e até mesmo semanas para se manifestar, particularmente nas mulheres que só conseguiam imaginar seus bebês extremamente bonitos, decepcionando-se com a visão do recém-nascido "real", nem sempre tão atraente como visualizavam.

Quando a mãe conta com a ajuda de outra pessoa para cuidar do bebê, isto não somente a alivia do excesso de responsabilidade, mas também tende a evocar sentimentos de inadequação, inferioridade, competição e hostilidade latente ou manifesta. A ausência de relações sexuais durante as primeiras semanas após o parto e a atenção e os cuidados que o recém-nascido requer facilitam o aparecimento de sentimentos de abandono e ciúmes no marido, que pode chegar a recusar qualquer tipo de cooperação por causa do ressentimento por ter sido "deixado de lado".

Nas mulheres que amamentam há igual mistura de sentimentos: além da satisfação de poder ter um íntimo contato físico e emocional com o filho, há a preocupação de não ter leite "bom" que pode eventualmente inibir o reflexo de liberação do leite. O medo de que o leite seja fraco ou forte demais ou que não venha em quantidade suficiente - em suma, de que acabe fazendo mal ao bebê - freqüentemente expressa um medo mais profundo de não estar capacitada a ser uma boa mãe.

Portanto, pode-se concluir que os complexos, aspectos psicológicos da maternidade, merecem atenção especial durante a fase de atendimento pré-natal por causa das repercussões que podem ter na mulher e em sua família e também na qualidade da relação materna-filial.

Segundo Langer (1981), o desejo de ter um filho pode estar ligado a vários motivos, conscientes ou inconscientes. Nas suas palavras, a mulher: "Deseja um filho porque isto significa recuperar sua própria mãe e também porque lhe permite identificar-se com ela. Também deseja um filho para poder comprovar sua própria fertilidade. O desejo de um filho pode corresponder ao desejo infantil de presentear uma criança a seu pai. O feto pode representar para o seu inconsciente o pênis desejado. Em seu desejo de maternidade influem também causas mais conscientes ou mais racionais. Pode desejar um filho para reviver sua própria infância nele ou dar-lhe precisamente o que ela não teve. Pode desejar um filho por rivalidade com as demais mulheres, ou para reter seu marido ou por necessidade de status ou por qualquer outra causa atual. Mas, no fundo, o desejo da mulher de dar à luz um filho provém de sua necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes.

De acordo com a psicanalista argentina Soifer (1980), para compreender a psicologia da gravidez é importante levar em conta o contexto em que ela ocorre,

bem como as motivações conscientes e inconscientes. Ela ressalta que a coexistência de sentimentos favoráveis e desfavoráveis quanto à gravidez (ambivalência) é normal e esperada, mas que quando uma gravidez ocorre e é levada adiante, significa que prevalece a aceitação desta.

As condições para assumir a maternidade e a paternidade também dependerão das bases precoces do desenvolvimento psicosssexual. Para Aberastury (1990) "os que não aceitam o complexo de Édipo inicial, ao ter um filho não o viverão como próprio senão como pertencente a seus pais", conforme observou através do trabalho que desenvolveu com grupos de orientação de pais. Também Dolto (1989) aborda a dificuldade da resolução edipiana para a adolescente, que muitas vezes não é facilitada pelos pais, podendo redundar na união com um "cônjuge transferencial tendo o primeiro filho uma conotação semi-incestuosa, em consequência da qual a mulher "considera que o seu bebê pertence mais à sua família que à do cônjuge".

O crescente problema das consequências da gestação precoce parece evidenciar a grande contradição da sociedade atual quanto à sexualidade. A revolução dos costumes que abriu as portas para o exercício da sexualidade parece, no entanto, não estar provendo as bases para o desenvolvimento de uma sexualidade ativa responsável.

A gestação na adolescência associa duas fases marcantes de transformação, ambas envolvendo dimensões emocionais, biológicas, sociais e culturais. Tanto a gravidez quanto a adolescência podem ser consideradas etapas normais do desenvolvimento como coloca Bleger (1984). Estas fases podem ser consideradas como situações de crise (Erikson, 1976; Simom, 1989), no sentido de implicarem num equilíbrio instável, em necessidade de reacomodação, e que podem levar a soluções mais saudáveis ou mais doentias, segundo características de personalidade, história pessoal e condições ambientais que caracterizam a pessoa envolvida.

Alguns autores (Maldonado, 1976; Pamplona, 1990; Soifer, 1980) colocam que esta fase é propícia a ajuda Psicológica, pois, trata-se de um estado temporário de equilíbrio instável em que a pessoa torna-se "vulnerável e receptiva a ajuda".

2.2. Assistência Pré-natal

A assistência pré-natal, também conhecida como higiene pré-natal, visa acompanhar a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, isto é, durante toda a puerperalidade.

Pré-natal é a assistência dada à gestante durante os nove meses; segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), para considerarmos um bom acompanhamento é necessário que a grávida freqüente o pré-natal pelo menos cinco vezes. O início deve ser o mais precoce possível, pois existem exames e cuidados referentes a cada trimestre da gravidez. Muitos problemas que ocorrem durante uma gravidez são controlados e podem ser evitados com o pré-natal.

O tema é de grande importância, visto que representa a face preventiva da Obstetrícia, sendo que a assistência pré-natal, segundo a orientação de Obstetras, tem por objetivo proporcionar rigidez ao organismo materno, pesquisar e tratar os estados mórbidos porventura existentes, orientar a gestante, ampará-la social e psicologicamente e educá-la para o parto, visando assegurar a perfeita estruturação somática do nascituro.

Em 1951 a OMS (Organização Mundial da Saúde) definiu a assistência pré-natal como um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal.

Até o final do século passado não era o pré-natal entendido assim, sendo na verdade, empiricamente conduzido. Coube a Ballantyne, de Edinburg em 1901, sistematizar esta assistência. No Brasil, Quintanilha, já em 1927, mostrou seu caráter de medicina preventiva e hoje o pré-natal é indicado rotineiramente para todas as gestantes.

O acompanhamento médico deve ter as seguintes etapas:

- Consultas
- Exames subsidiários
- Verificação:
 - 1 - Risco gravídico

2 - Estado da gravidez atual

3 - Modificações gravídicas

4 - Intercorrências ginecológicas, clínicas e cirúrgicas

- Genética pré-natal
- Aspectos médico-legais
- Higiene
- Medicamentos
- Principais queixas
- Avaliação do estado nutricional e orientação dietética
- Vacinação e profilaxia
- Preparo psicofísico
- Planejamento familiar
- Planejamento do parto

Segundo o Conselho Estadual da Mulher do Paraná – CEMPR (1998), um bom pré-natal, além de começar cedo, deve incluir, pelo menos, seis visitas ao serviço de saúde ao longo dos nove meses.

Preconiza que em cada consulta, a gestante deve ser pesada, medida sua pressão, sua barriga e escutar o bebê. No início do pré-natal, devem ser feitos exames de sangue, urina, fezes e papanicolau; os seios também devem ser examinados. No fim da gravidez, os exames de urina e sangue devem ser repetidos. Todos esses exames informarão a existência ou não de anemia, infecção de urina, sífilis, ou qualquer doença que possa afetar a saúde da gestante e a do bebê.

Preconiza também que não é preciso muita sofisticação para um bom pré-natal. Informação, atenção e exames básicos já resolvem a maioria dos problemas que podem ocorrer numa gravidez. Mesmo a falta do ultrassom, que é um exame útil, não significa que não se possa fazer um bom pré-natal.

Para Costa (in Monteiro, 1995), “a assistência pré-natal é o conjunto de medidas preventivas e curativas com o fim de proporcionar condições de bem-estar físico, mental e social durante a gestação”.

Os objetivos básicos do pré-natal incluem desde a orientação dos hábitos de vida (higiene pré-natal) e assistência psicológica à gestante, até a profilaxia,

diagnóstico e tratamento de doenças específicas da gravidez e ao tratamento dos pequenos distúrbios habituais da gestação (Rezende, & Montenegro, 1992).

É consenso universal, que a assistência pré-natal iniciada precocemente e mantida regularmente, é fundamental para uma boa evolução gestacional e neonatal. Quanto maior o número de consultas, quanto mais ampla e sofisticada a propedêutica, mais qualificada é a assistência e melhores os seus resultados (Corrêa, 1995).

Mathias (1985) define como pré-natal adequado, aquele iniciado no primeiro trimestre e com um mínimo de cinco consultas, porém observou na Universidade de São Paulo, que somente 40,6% das adolescentes realizaram pré-natal adequado.

Estudo realizado por Osis et al (1988) no Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas, São Paulo, mostrou associação entre características socioeconômicas e cuidados pré-natais recebidos. A maioria das gestantes que iniciaram o pré-natal antes do terceiro mês de gestação não tinha filhos, era casada e apresentava maior escolaridade.

York et al (in Monteiro, 1995), em Philadelphia, estudaram os fatores que influenciavam a assistência pré-natal inadequada. As cinco maiores razões citadas foram: criança pequena em casa, falta de plano de saúde, não sabia o motivo, tristeza ou ambivalência sobre a gravidez e mudança recente de domicílio.

Na adolescência, faixa etária considerada de risco, a assistência pré-natal reveste-se de especial importância, necessitando de atendimento diferenciado. Costa (in Monteiro, 1995).

Quanto mais precoce o início da assistência, melhores os resultados. Porém, as adolescentes tendem a procurar tardiamente o pré-natal por negligência ou por falta de aceitação da gestação, e muitas vezes só chegam ao médico no segundo trimestre quando não conseguem mais esconder a gestação ou falharam todas as tentativas de interrupção (Monteiro et al., 1995). Admite-se que principalmente as condições psicossociais desfavoráveis interferem profundamente, e de forma negativa, sobre o desempenho obstétrico da adolescente. Por outro lado, a assistência satisfatória à gravidez e ao parto pode exercer impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, anulando-se, eventualmente, as desvantagens típicas da idade (Molina, 1985).

Já Mathias et al (1981) concluem que todas as adolescentes no momento da gestação atingem maturidade biológica e endócrina semelhante e igual desempenho

obstétrico. É de opinião que a evolução pouco satisfatória das adolescentes precoces se deve a condições socioeconômicas; desfavoráveis associadas com controle insuficiente do pré-natal.

É fundamental o acompanhamento diferenciado aos filhos de mães adolescentes (Takiuti, 1991; Coates & Corrêa, 1991).

Diversos autores dizem que a gravidez na adolescência é indesejada ou não é planejada na maioria das vezes, surgindo em decorrência de atividade sexual não protegida (Takiuti, 1991).

Pensamos que o basicamente, o profissional ideal para o atendimento ao adolescente deva entre outras coisas ser um conhecedor das transformações emocionais que ocorrem nesta fase, além de uma formação que o permita trabalhar em equipe, pois o ideal para este trabalho é a associação de vários profissionais formando equipes Multidisciplinares essencial, segundo Vitiello (1992) para uma assistência global a adolescente.

O atendimento pré-natal deverá ser realizado em local adequado e horário específico para gestantes adolescentes, distinto das gestantes adultas. O olhar crítico ou os comentários das gestantes de maior idade inibem a adolescente, afastando-a do pré-natal. No entanto, se ela possuir um espaço próprio e contato com outras na mesma situação, irá se sentir mais segura e confiante (Coates & Correa, 1991; Monteiro & Cunha, 1994).

Lena et al (1993) em Ottawa, Canadá, observaram que a maioria das adolescentes se sente desconfortável na mesma sala de espera onde estão as gestantes adultas.

O atendimento deve ser individual e em grupo (Monteiro, 1995).

Atualmente, para o cuidado da saúde materna e infantil, a cidade de Curitiba se organiza através de um projeto chamado “Programa Mãe Curitibana” (2000).

Como marco inicial do processo, as Unidades de Saúde da SMS acolheram as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as às maternidades de referência para o parto. A abordagem é global, incluindo todas as etapas desde o pré-natal e o parto até a assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar, dando a todas as gestantes de Curitiba oportunidade de acompanhamento pré-natal, identificação dos casos de risco, assistência a possíveis complicações e atendimento especializados, quando necessário, durante a gravidez e no parto.

A seguir descrevemos os passos rotineiramente seguido pelas gestantes adolescente, em seu pré-natal e parto, de acordo com o protocolo estabelecido dentro do Projeto Mãe Curitibana (2000).

O novo protocolo, em seu primeiro volume, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Parto, Puerpério e Assistência ao Recém-Nascido preconiza, tecnicamente, a realização dos procedimentos mais adequados pelas equipes de saúde dos serviços. As gestantes são convidadas a participar de oficinas de preparação ao parto e aleitamento materno e visitam previamente a maternidade onde darão a luz.

As maternidades parceiras do projeto recebem kits, contendo insumos utilizados durante procedimentos do parto normal e da cesárea (máximo de 30% sobre o total de partos).

A porta de entrada do sistema para o pré-natal das gestantes residentes em Curitiba são as Unidades de Saúde da SMS.

Nesta rotina acontecerá a abertura do prontuário de pré-natal; entrega da Pasta da Gestante com preenchimento dos dados de identificação na carteira da gestante; vinculação da gestante à maternidade de referência; orientação de conteúdos educativos (contidos na pasta); solicitação dos exames de rotina para o pré-natal; agendamento de consulta médica para o acompanhamento pré-natal.

Quanto as consultas do Pré-natal, é proposto para o pré-natal de baixo risco é proposto um mínimo de 07 consultas realizadas pelo médico, sendo:

01 consulta no 1º trimestre; 02 consultas no 2º trimestre; 04 consultas no 3º trimestre.

É obrigatório o preenchimento do prontuário da gestante no serviço que está realizando o pré-natal. Ele deverá conter todos os dados referidos neste protocolo.

2.3. Parto

O trabalho de parto consiste nas contrações uterinas do segmento superior, que distendem o segmento inferior e tracionam o colo, o qual acaba por incorporar-se ao segmento inferior, sofrendo as seguintes modificações: dilatação, esvaecimento, alterações da espessura e centralização.

O parto dura em média seis horas nas multíparas e dez nas primíparas, compreendendo quatro períodos clínicos:

- a) Período de Dilatação - 5 a 9 horas
- b) Período Expulsivo - 1 hora
- c) Período de Dequitação - 10 minutos
- d) 4º Período - 1 hora

a) Período de Dilatação - A dilatação do colo, que dá nome ao 1º período do parto, inicia-se lentamente, inclusive um pouco antes do começo do trabalho de parto propriamente dito, de tal sorte que já no início há 2 cm de dilatação. Friedman mostrou que as contrações de dilatação são no início lentas (período latente) e depois rápidas (período de aceleração máxima), culminando com uma dilatação expressiva do colo e progressão importante da apresentação.

A dilatação é expressa em centímetros, pelo toque, cada dedo equivalendo de 1,5 a 2 cm. No início é de 2 cm e no fim, atinge 10 cm.

O esvaecimento, também chamado “apagamento do colo”, consiste na verdadeira incorporação do mesmo ao segmento inferior do corpo uterino, o que se processa gradualmente, até sua total incorporação, o que se expressa em porcentagem.

A centralização do colo também se dá à custa das contrações. As alterações em sua espessura levam o colo, inicialmente grosso, a se tornar médio e depois fino.

b) Período Expulsivo - Refere-se à expulsão fetal, como sempre às expensas das contrações uterinas, que neste período são auxiliadas pela prensa abdominal.

A progressão fetal pode ser avaliada pelos planos de De Lee. Quando a extremidade da cabeça está ao nível das espinhas ciáticas, se encontra no plano zero. Acima deste plano a progressão (em cm) é expressa em números negativos (-1 ou -2, etc.) e abaixo, em números positivos (+1 ou +2, etc.). Quando a cabeça atinge a vulva, deve estar no plano +3 ou +4.

c) Período de Dequitação - É a separação e a descida da placenta, que ocorre normalmente após a expulsão do feto. A placenta se descola, à custa de algumas contrações uterinas e desce em seguida por gravidade.

d) 4º Período - É também chamado “período de Greenberg”. Apesar de ser considerado o 4º período do parto, é na realidade a 1ª hora do puerpério. No entanto, por sua assistência ser prestada ainda no parto e pelas patologias graves que pode apresentar, o consideramos sempre como parte clínica integrante do parto.

A assistência ao parto propriamente dita compreende:

- Admissão
- Sala de trabalho

- Condução do parto
- Sinais de alerta
- Sala de parto
- Anestesia
- Episiotomia
- Cuidados no parto
- Cuidados com o recém-nascido

Admissão - Trata-se da recepção da paciente na maternidade. Ela pode estar em qualquer período clínico do parto, mas espera-se que esteja no início do 1º período. Deve ser carinhosamente recebida e internada, com ênfase nos seguintes itens:

- Exame completo
- Diagnóstico completo
- Banho, se necessário
- Vestuário leve
- Tricotomia
- Enteroclisma
- Sondagem vesical, se for o caso
- Exames laboratoriais, se necessários
- Planejamento obstétrico
- Encaminhamento à sala de trabalho de parto

Sala de Trabalho de Parto - É uma sala tipo apartamento de hospital, próxima à sala de parto, onde a equipe médica cuida da parturiente. Esta sala é erroneamente chamada de pré-parto. Nesta fase levam-se em conta os seguintes itens:

Alimentação líquida ou nenhuma

Acompanhamento dos sinais vitais

Repouso em decúbito dorsal ou lateral esquerdo

Palpação uterina

Aferição, a cada hora, da dinâmica uterina (número de contrações em 10 minutos)

Ausculata fetal a cada 30 minutos

Toque vaginal a cada 2 horas

Partograma (registro dos dados em modelo anexo) Monitorização fetal eventual

Analgesia:

Aconselhamos o preparo psicoprofilático, ficando a paciente praticando a cada contração o exercício respiratório aprendido, a saber:

Na dilatação: inspira, expira e “sopra vela:”

- inspira, expira e respira superficialmente (“cãozinho”)
- inspira, expira e respira normalmente
- No expulsivo: inspira, segura e “dá remadas”

Condução do Parto - Podemos auxiliar o trabalho de parto descolando as membranas ou ainda praticando a amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas) com a pinça de Herff. O momento mais adequado para a rotura é na dilatação de 4 a 6 cm, cuidando-se para que a cabeça esteja insinuada e sem procúbito de cordão. No trabalho de parto o pólo inferior do ovo é conhecido como “bolsa das águas” e fora do trabalho de parto como membranas ovulares.

Alguns obstetras procuram melhorar a dinâmica uterina utilizando ocitocina. Alguns médicos aconselham o seu uso na distócia funcional (inércia hipotônica).

Sinais de alerta durante o trabalho de parto:

- FCF irregular, taquicardia, bradicardia e bradiarritmia
- Líquido âmnico alterado (meconial ou hemorrágico)
- Apresentação anômala
- Progressão deficiente da apresentação
- Sangramento
- Alteração da PA
- Temperatura elevada
- Pulso materno taquicárdico ou bradicárdico
- Fisometria (mau cheiro no canal de parto)
- Dor intensa
- Contrações uterinas intensas e hipertônicas
- Tempo prolongado de trabalho de parto
- Prolapso ou procúbito (procidência) do cordão umbilical
- Presença de distócias
- Convulsão
- Cianose

Sala de Parto - Próximo ao fim do período expulsivo a parturiente é levada à sala de parto. Exigem-se então os seguintes itens:

- Equipe paramentada
- Paciente em posição ginecológica para parto transpélvico ou em decúbito dorsal para cesárea.
- Antissepsia do períneo ou do abdome
- Campos esterilizados
- Sondagem vesical
- Material cirúrgico esterilizado
- Anestesia

Anestesia - Caso a paciente já tenha feito peridural na sala de trabalho, será suficiente apenas mantê-la. Se não, optar por uma das seguintes modalidades:

- Anestesia do Plexo Pudendo - É obtida pela infiltração de 10ml de xilocaína a 1% (lidocaína), de preferência com vasoconstritor (para absorção mais lenta), próximo à espinha ciática, bilateralmente. Este procedimento bloqueia o plexo pudendo e parte do plexo hipogástrico inferior.

As complicações possíveis são a injeção intraneural, a intoxicação pelo anestésico e a injeção intravascular que poderá ser evitada pela aspiração, antes de injetar o anestésico.

Com esta anestesia podemos realizar o parto normal com episiotomia. Porém é importante frisar que é preferível a anestesia de condução, que permitirá fazer, além do parto, uma revisão cavitária e aplicação de fórceps, caso necessário.

- Anestesia de Condução - São dois os tipos de anestesia de condução: a subaracnóide e a epidural, que podem ser utilizadas para o parto normal, fórceps, cesárea e curetagem. A mais utilizada é a epidural.

É bom lembrar que no decúbito dorsal, a compressão aortocava provoca hipotensão supina com retorno venoso diminuído e resistência aórtica aumentada. Daí a melhor solução é estar a paciente em decúbito lateral esquerdo, ou quando no decúbito dorsal, afastar o útero para a esquerda.

Para os dois tipos de anestesia de condução usamos soluções hiperbáricas de anestésico (adição de 5 a 10% de glicose) para melhor estabilizar o nível da anestesia. As drogas utilizadas são a bupivacaína (marcaína) e a xilocaína (lidocaína), de preferência com adrenalina a 1:200.000.

São contraindicações absolutas as doenças do sistema nervoso central, a hipovolemia, o choque, a anemia grave, a infecção no local da punção, as anomalias congênitas da espinha e as pacientes com distúrbios mentais, e contra-indicações relativas, as aortopatias, as valvulopatias e as coagulopatias.

- Anestesia Subaracnóidea - Frequentemente referida como “raquianestesia”, não sendo este um nome específico, pois qualquer anestesia praticada na coluna vertebral (raque) deveria assim ser chamada.

A anestesia subaracnóidea é uma técnica excelente, pois requer uma quantidade diminuta de anestésico local, produzindo um relaxamento muscular exuberante e uma analgesia completa. No entanto, alguns fatores desfavoráveis devem ser considerados: a incidência de cefaléia após a punção liquórica, a falta de colaboração da paciente por abolição da prensa abdominal e a própria duração desta anestesia.

A incidência de cefaléia pós-punção era de 2%, mas hoje diminuiu muito (0,2%), com o uso de agulha fina com bisel afiado. Quanto à duração, podemos contar com até duas horas de anestesia, não usando catéter, pois seu uso aumentaria o tempo de anestesia, mas por outro lado agravaria a incidência de cefaléia.

Quanto à técnica, que é extremamente fácil, consiste em colocar-se a paciente deitada em decúbito lateral e com os joelhos flexionados contra o abdome, fazendo-se antisepsia e um botão cutâneo de anestésico local (lidocaína a 1%). Punciona-se o espaço intervertebral logo abaixo de L1 e L2, para não lesar a medula espinhal e injeta-se 15 mg (3ml) de bupivacaína (marcaína a 0,5%) ou 4 mg (0,8 ml) de xilocaína (lidocaína a 5%).

- Anestesia Epidural - A anestesia epidural ou peridural, também chamada extradural, é obtida pelo bloqueio dos nervos espinhais no espaço epidural, quando eles emergem da dura-máter, passando a seguir por dentro dos forâmens intervertebrais. A solução anestésica é depositada por fora da dura-máter e, portanto, difere da outra anestesia de condução, onde a solução é aplicada no espaço subaracnóide.

Neste tipo de anestesia a cefaléia pós-punção não existe podendo inclusive ser colocado um catéter para acrescentar mais anestésico, conseguindo-se assim o tempo necessário para o parto. Como as fibras motoras são pobremente bloqueadas, a parturiente não perde a capacidade da prensa abdominal, o que facilita o período expulsivo.

O local ideal de punção é entre L3 e L4, utilizando-se a dose de 2 mg/quilo (3 mg com vasoconstritor) de bupivacaína ou 5 mg/quilo (7 mg com vasoconstritor) de lidocaína. Procura-se manter um volume de 1,5 a 2 ml para cada metâmero que se deseja anestésiar, num total máximo de 26 ml. Assim, utiliza-se bupivacaína a 0,5% na dose de 12 a 15 ml para analgesia no parto, complementando-se pelo catéter quando necessário, 10 ml por vez. Para anestesia no parto usam-se 25 ml de bupivacaína. A adição de 2 mg de morfina produzirá anestesia por mais 24 horas, dispensando analgésicos no pós-parto.

É importante lembrar também que a bupivacaína tem uma fração ligada às proteínas plasmáticas e outra livre, que atravessa a placenta. A primeira delas é maior (98%) e a segunda menor (2%), o que faz dela o anestésico de escolha em Obstetrícia.

- Anestesia Geral - A anestesia geral é usada em Obstetrícia quando há contraindicações da anestesia de condução, tais como hipotensão (hemorragia), algumas cardiopatias (valvulopatia e insuficiência cardíaca grave), asma brônquica (risco de broncoconstrição), intolerância a anestésicos locais usados na anestesia de condução, ou no caso da paciente recusar outra técnica ou ainda na necessidade de relaxamento uterino.

Sempre consideramos as gestantes como tendo o estômago cheio, pois há esvaziamento lento e possibilidade de broncoaspiração. Daí colocarmos a paciente em proclive e diminuirmos a acidez do estômago (para prevenir severas lesões do pulmão por aspiração) com injeção por sonda gástrica de 15 ml de citrato de sódio. Procuramos, sempre, por medida de segurança, intubar a paciente. Esta intubação é feita após pré-oxigenação e início da indução anestésica.

A indução pode ser feita com pequenas doses de thionembutal sódico, etomidato, propofol ou ainda a cetamina. Destes, preferimos o etomidato, que pode ser usado isoladamente ou em combinação com os outros.

Para a manutenção da anestesia usamos um hipnoanalgésico, o fentanil ou o halothane por inalação. O de maior uso é o halothane. Durante muito tempo usou-se o N₂O (protóxido de azoto) com a paciente bem oxigenada a 50%, mas hoje está sendo pouco utilizado.

Nos casos em que o relaxamento uterino se faz necessário, como na extração

manual de placenta ou na versão, preferimos a manutenção com halothane, e em presença de choque hipovolêmico, mantemos com fentanil associado a benzodiazepínico.

Lembramos que, da mesma maneira que nos casos de hemorragia preferimos a anestesia geral, também é esta a preferência no DPP que necessitar de cesárea.

Os preceitos de Sturrok quanto às drogas analgésicas e anestésicas recomendam utilizar:

- As não nocivas ao feto
- As que não interfiram na atividade uterina
- As que permitam a participação da parturiente
- As de uso mais simples
- As que não aumentem a incidência de parto

Operatório

Episiotomia - É uma incisão vulvovaginal, médio-lateral, para ampliar o canal de parto e implica na secção do músculo bulbocavernoso (do grego “episeion”, relativo a vulva e “tome”, significando cortar).

Cuidados no parto - Proteção do períneo e do pólo cefálico, limpeza das vias aéreas do recém-nascido e colocação de “clamp” no cordão umbilical, sem ordenha. Não se deve fazer compressão abdominal para a expulsão fetal (manobra de Kristeller).

A dequitação ocorre normalmente nos primeiros cinco a dez minutos após a expulsão fetal, sem necessidade da manobra de Credé (expressão do útero). Quando a perda sangüínea que a acompanha é lateral, recebe o nome de dequitação à Baudelocque-Duncan e quando central, dequitação à Baudelocque-Schultze e usa-se sempre a manobra de Jacobs (enrolar as membranas).

Útero - Verificar a retração uterina (“globo de segurança” de Pinard, com útero na latitude umbilical); este é o melhor mecanismo para cessar a hemorragia.

Revisão cavitária - Fazer revisão dos segmentos superior e inferior, colo, fundos de saco, vagina e vulva; caso haja laceração, suturá-la e se houver restos, removê-los.

Episiorrafia.

Afastar a possibilidade de patologias do 3o e 4o períodos do parto.

Ocitócico - Habitualmente não há necessidade de utilizá-lo, porém se houver, preferimos a ergometrina.

O estudo global dos eventos obstétricos e ginecológicos nas adolescentes vem sendo incrementado nos últimos dez anos.

Durante a 42ª Assembléia Mundial da OMS, em 1989, foi focalizada a importância da assistência à saúde do adolescente como elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral, já que nas mãos dos adolescentes e jovens está - não só o futuro imediato de uma sociedade, mas também o presente.

Segundo Mc Anarnev (1989), a adolescência é um período de atitudes experimentais, visando o estabelecimento da identidade adulta. Aspectos do desenvolvimento psicológico tais como: falta de orientação familiar, pressão do namorado, falta de ambição educacional (somente 50% das mães adolescentes têm diploma de 2º grau), as estimulam a iniciar a vida sexual precocemente. Acredita-se que a atividade sexual é um meio de tentar preencher necessidades dos adolescentes cujas vidas não são estruturadas.

É certo que existe assincronia entre o desenvolvimento psicológico e físico. O desenvolvimento cognitivo não permite compreender todas as consequências dos atos sexuais dos adolescentes. Por isso, não previnem gravidez, não usam anticoncepcionais, e quando grávidas não fazem o pré-natal adequadamente, podendo acarretar maiores complicações na gestação e no parto.

Várias publicações, Mathias et al (1981), Mathias et al (1985), tentam esclarecer o comportamento de gestantes e parturientes na faixa etária de 18 a 20 anos. Alguns autores constataram maior incidência de trabalho de parto prolongado entre jovens de 12 à 16 anos.

2.4. Efeitos da preparação Psicoprofilática

Diferentes termos são utilizados para classificar um programa de educação física e psíquica de gestante, tais como "curso de preparação ao parto", "Psicoprofilático", "parto sem dor", "psicoprofilaxia do parto" e "parto preparado".

A preocupação de preparar mulheres para o parto existe desde o século

passado. Foissac, em 1933, utilizava magnetismo animal, e, em 1966, Liebault, o hipnotismo no trabalho de parto. No fim do século XIX, na Escola de Charcot, a hipnose era adotada para diminuir a dor, mas de forma científica, tendo como base os trabalhos de Pavlov. Em 1949 Veivsky e Platonov introduziram na Rússia o "método psicofilático", difundido no Ocidente por Lamaze em 1954. Read, na Inglaterra, promoveu o "parto sem medo" utilizando técnicas diferentes no método russo. Para Cerruti (1974), a diferença entre os dois métodos está na explicação para a localização da percepção dos estímulos dolorosos: enquanto para Read ela se dá no tálamo ótico, para os soviéticos ela ocorre no córtex cerebral. Read (in Maldonado, 1976) formulou a hipótese de a dor no parto normal provir da ativação do sistema nervoso autônomo, provocada pelo medo, que causaria um excesso de tensão no útero. As sensações de contração uterina seriam interpretadas como dolorosas nos núcleos da área talâmica. Para quebrar o ciclo medo-tensão-dor, Read criou um método que consistia em fornecer às gestantes informações corretas sobre a gravidez e o parto e ensinar-lhes; relaxamento muscular. Em 1939, Read publica *Natural Childbirth*, seu primeiro livro sobre seu método.

Se observarmos, por um lado, que a fisiologia do parto no Homem é mesma da dos animais, os quais realizam o ato de parir de forma natural, deve-se admitir, por outro lado, que o fenômeno gestação-parto é, na espécie humana, bem mais complexo. Vários são os fatores que contribuem para essa complexidade: para Ribeiro (1976), as informações errôneas e as vivências anteriores sobre o parto podem trazer conflitos à gravidez e ao parto; Longui e Zanchetta (1976) ressaltam a importância da força do inconsciente, bem como das intercorrências externas na presença de um parto com ou sem dor. As transformações corporais ocorridas na grávida modificam a qualidade de suas vivências; conseqüentemente, as percepções do próprio corpo e do mundo também se alteram.

Através do desenvolvimento de conteúdos teórico-prático e do uso de exercícios de respiração e relaxamento, os cursos objetivam avaliar a dor no período de dilatação e expulsão, e proporcionar às gestantes maiores condições para lidar com o desconforto, bem como facilitar uma experiência positiva no parto, conforme relatam Goodrich (1971), Maldonado (1976), Economides (1977), Genest (1981) e Otto (1984).

Para Duarte e Muxfeld (1975), o curso de preparação ao parto deve oferecer condições para que as gestantes compreendam, aceitem e pratiquem

conhecimentos e atitudes relativos à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Smith e Smith (1978), e Whitley (1979) dão ênfase ao relacionamento entre mãe, filho e pai. Para Maranhão e Garcia (1988), a educação da mulher para o parto proporciona bem-estar à criança e à família. É importante lembrar que os estudos de Klauss e Kenell (1970), Leifer (1972) e outros salientam a importância da interação entre mãe e filho logo após o nascimento no desenvolvimento físico e afetivo da criança.

Observa-se que existem diferentes abordagens aos métodos de preparação para o parto, a exemplo de Goodrich (1971), Leboyer (1974), Duarte e Muxfeldt (1975), Maldonado (1976), Afriat (1981) e Conceição e Vitiello (1987); todavia, o enfoque comum é a necessidade de informação sobre as transformações do organismo feminino na gestação, o preparo físico e emocional para o parto e os cuidados com o recém-nascido. Para Maldonado (1976), o preparo psicológico permite à parturiente vivenciar intensamente as emoções do parto com a sensação gratificante de cooperar ativamente em todo o processo, enquanto para Jimenez (1980) ele ajuda o casal a enfrentar a situação de stress que irá vivenciar no parto.

Otto (1984) preconiza a realização de exercícios para adaptar o organismo às modificações causadas pela gravidez, enquanto para Conceição (1989) a maior contribuição desses exercícios é na compreensão de que a gestação é uma situação de adaptação e não uma doença, entendimento que amplia as oportunidades de uma vida normal.

Pode-se acrescentar ainda que, nas mães com preparo físico e psicológico para o parto, o uso de analgesia e anestesia é reduzido e até mesmo considerado desnecessário.

Em relação ao desenvolvimento da preparação das gestantes, a atividade de grupo é uma excelente forma de aprendizagem (Ministério da Saúde, 1986). Essa aprendizagem, para Afriat (1981), Werner e Bower (1984), é facilitada quando, no planejamento dos cursos, for feita a identificação das necessidades das gestantes no seu contexto familiar e ambiental.

O desenvolvimento das atividades educativas à gestante e familiares deve ser feito de forma sistemática e contínua pela enfermeira (Muxfeldt, 1977; Duarte, 1983), de modo a torná-los gradativamente independentes no atendimento de suas necessidades básicas (Silva e Kakehashi, 1985).

2.5. Locus de controle e a experiência do nascimento

Os estudos de percepção social desde longa data vêm-se implicados com o tema Percepção de controle, deveras importante para o estudo da percepção pessoal, atribuição de causalidade, aprendizagem social, ensino e psicoterapia entre outros.

A percepção de controle Lefcourt (in Dela Coleta, 1979) é definida como uma expectativa generalizada de controles Internos ou externos dos eventos reforçadores, oferecendo dados para a análise casual dos fatores de sucesso ou fracasso

O Locus de Controle é uma variável da Personalidade que permite explicar a percepção das pessoas frente a um dado evento. Derivado da teoria social de Rotter (in Dela Coleta), constitui-se das ferramentas que permite interpretar as observações feitas pelas pessoas na questão sobre causalidade.

O constructo Locus de Controle foi desenvolvido por Julian Rotter, na década de 60, com base na teoria de aprendizagem social proposta pelo mesmo autor em 1954. Esta teoria engloba duas importantes tradições de pesquisa em Psicologia, a saber, as teorias de estímulo-resposta ou do behaviorismo, e as teorias cognitivas ou de campo. Afirmava Rotter (Pasquali et al 1998) que: "A teoria da aprendizagem social é uma teoria molar da personalidade que procura integrar estas duas correntes teóricas, que embora antagônicas são significativas da psicologia americana. Ela é uma teoria que procura lidar com a complexidade do comportamento humano, sem deixar de utilizar construtos definidos operacionalmente e hipóteses testáveis empiricamente".

Segundo O'Brien (in Pasquali et al, 1998), o Locus de Controle "é a expectativa do indivíduo sobre a medida em que os seus reforçamentos se encontram sob controle interno (esforço pessoal, competência, etc.), ou externo (as outras pessoas, sorte, chance, etc.)". Neste sentido, dependendo de serem externos ou internos, os sujeitos reagirão de maneira diferente às contingências de reforçamento, o que permitirá refinar as predições acerca de como os reforçamentos alteram as suas experiências.

Estudos (Dela Coleta, 1979) apontam duas razões principais pelas quais este conceito de Locus de controle tem merecido substancial atenção na psicologia social

durante a última década: lida com variáveis sociocognitivas importantes da personalidade, como expectativas, controle, reforço; integra diferentes correntes psicológicas como o behaviorismo e o cognitivismo.

Rotter (in Dela Coleta, 1979), num de seus últimos trabalhos sobre Locus de controle, afirma que "o extraordinário valor heurístico deste "constructo" pode ser atribuído a quatro características, a saber:

- à clareza da sua definição;
- à cuidadosa integração de um contexto teórico mais amplo;
- ao fato da escala utilizada para avaliar o constructo ter sido originada da própria teoria psicológica;
- à natureza pragmática da investigação original.

Rotter (in Pasquali et al, 1998) assim definiu o controle interno e externo:

"Quando um reforço é percebido por um sujeito como não contingente a alguma ação sua, em sua cultura percebe tal fato como resultado da sorte, do destino, sobre o controle de outros poderosos, ou como imprevisível, dada a grande complexidade das forças que o rodeiam. Quando o acontecimento é interpretado deste modo, se denomina a isto como uma crença no controle externo. Se a pessoa percebe que o evento é contingente a sua conduta ou a suas características relativamente permanentes, se denomina crença ou controle interno."

De acordo com este constructo, as pessoas tenderiam a perceber o controle sobre as ocorrências de maneira geral como num extremo, dependentes de suas próprias capacidades ou esforços, e, no outro extremo, como dependentes de outras pessoas, de entidades, do acaso, todas fora de seu próprio controle. Deixa-se claro aqui que os indivíduos posicionar-se-iam a respeito de locus de controle em um contínuo que varia desde a internalidade absoluta até a externalidade total.

Destas definições entende-se o caráter do constructo proposto por Rotter; mais tarde esta unidimensionalidade foi questionada por outros autores, sugerindo-se uma diversidade no significado psicológico da externalidade. Para Levenson (1981) esta dimensão de controle foi dividida em duas, porque "se supunha que as pessoas que acreditam no poder de outras pessoas sobre si mesmas diferem daquelas que percebem o mundo como imprevisível e incontrolável" (Dela Coleta, 1987). Assim, sua escala para medida do locus de controle, além da internalidade, contém as dimensões externas relacionadas com pessoas poderosas e com o acaso, sorte ou destino.

Hoje parece ser aceito universalmente que o constructo locus de controle é multidimensional, podendo ocorrer a uma pessoa ser simultaneamente mais interna a respeito de X e mais externa ao considerar Y.

Para medida do locus de controle como expectativa generalizada ou especificamente relacionada a aspectos particulares da vida do indivíduo, têm sido desenvolvidos diferentes instrumentos, e os estudos realizados com estes instrumentos tem de mostrado haver diferenças entre indivíduos predominantemente internos ou externos, têm identificado diversas variáveis psicológicas relacionadas ao locus de controle, têm evidenciado as principais consequências da orientação do locus de controle na vida das pessoas e tem estimulado um grande número de investigadores a continuar estudando esta área.

Lefcourt (1976) apresenta diversos resultados de pesquisas sobre locus de controle evidenciando características que diferenciam sujeitos com diferentes orientações. Uma amostra destes resultados indica, entre outras características, que os sujeitos com locus de controle mais interno apresentam-se mais ativos e alertas; são mais inquisitivos, curiosos e eficientes processadores de informação; apresentam maior persistência no esforço para obter melhores resultados e para solucionar problemas psicológicos; são menos pessimistas e possuem mais habilidades para vencer adversidades; são mais flexíveis na indicação de causas de fracasso; apresentam maior força do ego; apresentam maior fluência verbal. Por outro lado, os sujeitos predominantemente externos apresentam tendência ao conformismo, não percebem corretamente as contingências entre ação e consequências, são mais imediatistas, apresentam visão do futuro negativa, tem mais idéias suicidas e doenças psicossomáticas, (Dela Coleta, 1982).

Todas estas características determinam consequências em vários aspectos particulares da vida do sujeito. Na área profissional, uma revisão de O'Brien (1984) conclui que os internos tendem mais a desejar trabalhos que exigem maior habilidade oferecem maior autonomia pessoal, demonstram melhor desempenho maior satisfação e maior envolvimento com o trabalho do que os externos.

Nas situações relacionadas com a vida acadêmica os internos destacam-se por "estudar mais", ter melhores notas (Romero Garcia, 1980), e ter maior necessidade de realização (Bustamante, 1981), resultados esses obtidos também com sujeitos brasileiros (Dela Coleta; 1988).

Na área da saúde os estudos sobre desamparo (Seligman, 1977) constituem-se em um exemplo de como a perda da percepção de controle pode levar à depressão e até à morte. Alguns tipos de problemas como a ansiedade e as úlceras estão associados com a externalidade. Sujeitos internos, quando doentes, procuram e possuem mais informações sobre sua doença do que os externos (Seemam e Evans, 1962); também respondem melhor ao tratamento para deixar de fumar (Kaplan e Cowles, 1978).

No aspecto social os sujeitos mais externos são mais passíveis de influência (James, 1965; Ritchie e Phares, 1969) e coerção, sentem-se mais insatisfeitos em situação de interação social (Lefcourt, 1976).

Outros estudos demonstram a influência do locus de controle em um tipo particular de interação social, a interação conjugal (Doherty, 1983). Os resultados de estudos com sujeitos de diferentes orientações do locus de controle levam a crer que to das as vantagens estão relacionadas à orientação interna. Rotter (1966) lembra que as medidas de locus de controle podem ter uma relação curvilínea com medidas de desajustamento. Indivíduos que crêem estar totalmente à mercê de forças externas podem não ser mais desajustados do que aqueles que crêem poder controlar tudo e todos. Levenson (1981) afirma que a externalidade não é necessariamente negativa ou má, sendo que em alguns casos, a percepção de controle externo pode corresponder exatamente à realidade do indivíduo, por exemplo, sujeitos presidiários, idosos institucionalizados, mulheres e outros grupos socialmente discriminados.

Rotter (1975) explica que não se deve pensar em termos de uma tipologia. Uma pessoa que é interna em uma amostra pode ser externa com relação a outra amostra. Lefcourt (1981) chama a atenção para esta questão, lembrando que não se pode tipificar indivíduos com base em um único questionário ou escala, e afirma que classificar alguém como interno ou externo é uma questão mais relativa do que absoluta. Novas tendências no estudo da variável locus de controle indicam que são obtidos resultados mais precisos com medidas específicas, já que podemos ser internos a respeito de um tema e externos com relação a outro.

Finalmente, no estudo do locus de controle não se pode negligenciar as variáveis situacionais, já que este constructo deriva de uma teoria de aprendizagem social Lefcourt, (1976) em que a percepção de controle depende das contingências entre a própria ação e a resposta que o meio proporciona.

Para a medida do locus de controle as primeiras escalas foram construídas logo depois de se ter demonstrado que as pessoas variam no modo de reagir às suas experiências de sucesso e fracasso, dependendo da atribuição que fazem as consequências da tarefa realizada, se a fatores internos, próprios, ou a fatores externos, impessoais.

A primeira dessas escalas, de James e Phares (em James, 1965) com 60 itens, tinha o objetivo de medir as expectativas de controle em diversas áreas, tais como a realização, o amor, e o reconhecimento social resultando também em um escore geral. A partir desta escala e utilizando processos psicométricos, incluindo a análise fatorial, Rotter (1966) construiu sua escala com 23 itens, mais 6 itens de distração, que tem sido, desde então, amplamente utilizada em diversos estudos.

Posteriormente, outras escalas foram construídas, contribuindo significativamente para o avanço das pesquisas sobre locus de controle.

Enquanto alguns investigadores se dedicavam à construção de escalas, outros faziam estudos psicométricos mais refinados das mesmas, verificando-se assim que havia na escala de Rotter mais de uma dimensão (Mirels, 1970) levantando um questionamento sobre a validade do conceito unidimensional. Collins (1974) encontrou quatro fatores relacionados à dimensão externa da escala de Rotter: crença em um mundo difícil, injusto, imprevisível e irresponsável. Com base nas evidências sobre a multidimensionalidade do locus de controle, outros construíram diferentes subescalas para cada dimensão encontrada.

As escalas de Reid e Ware (1974) referem-se a três dimensões de controle envolvendo "autocontrole", "controle pelo sistema social" e "fatalismo". De maneira semelhante, Levenson (1981) desenvolveu uma escala, contendo itens adaptados da escala de Locus de Controle Interno-Externo de Rotter e outros formulados especificamente para medir três dimensões de controle: "interno", "outros poderosos" e "acaso". A principal característica da escala de Levenson está na separação das dimensões de controle interno e externo: os externos "autênticos" perceberiam a origem do controle em fontes externas totalmente fora do controle pessoal, como o destino, o azar, a sorte, o acaso, Deus e outras entidades sobrenaturais, e se diferenciam dos externos "defensivos" ou "outros poderosos" que perceberiam o controle vindo de pessoas poderosas, tais como pais, professores, chefes ou governantes, neste caso havendo a possibilidade de algum controle pessoal no futuro.

Outros investigadores orientaram seus estudos para a construção de escalas de medida específica a certas áreas, por exemplo a saúde ou a realização e visando diferentes tipos de sujeitos.

O constructo locus de controle e os instrumentos para sua medida segura gerou subsequente em cima de 600 estudos publicados e Rotter especulou que esta popularidade é evidência da relevância do conceito a problemas sociais modernos

O locus de controle de pacientes hospitalizados foi o objeto de vários estudos. A relação entre locus de controle e curso pós-operatório foi examinada por Johnson (in Willmuth et al 1978) no estudo de 66 pacientes cirúrgicos femininos. Ela observou um maior grau de controle em cima do ambiente de hospital por pacientes com o locus de controle interno.

Certas observações feitas no curso de estudos experimentais de parto preparado envolveram o conceito de controle. Chertok (1967) informou que foram avaliadas mulheres que assistiram aulas sobre parto sendo que as mesmas apresentaram mais comportamentos de autocontrole durante o trabalho de parto. Huttel (in Willmuth et al 1978), também observou mulheres preparadas que apresentaram um autocontrole melhor. Davenport et al (1974) estudaram um grupo pequeno de mulheres preparadas e despreparadas, para clarificar a psicológica correlação de experiências positivas e negativas de parto. Concluíram que mulheres que desejam e têm a oportunidade para “jogar um papel ativo”, em seu parto se satisfazem em suas experiências muito mais que mulheres que esperam confiar nas drogas(analgésias) e nos médicos. Apontaram a um fator central, subjacente de “ego-confiança, autocontrole e independência”. Estes fatores de personalidade parecem altamente semelhantes ao conceito de Rotter de internalidade.

Mas colocam-se de imediato algumas questões sobre o efeito dos métodos de preparação para o parto e a sua relação com outros aspectos importantes da maternidade. Uma das primeiras questões é relativa ao que se entende por “parto bem-sucedido”. Será que um parto por cesariana é considerado bem ou mal-sucedido? O que é o controle durante o parto e como é que se relaciona com a satisfação, as expectativas ou a ansiedade, nesse momento único da vida da mulher?

Num trabalho de Sargent e Stark (in Paul, 1989) foram inquiridas mães que deram à luz por cesariana e conclui-se que a maior parte delas não tinha uma visão

de fracasso relativamente ao seu parto verificando-se uma aceitação da intervenção tecnológica. Embora se possa pensar que haja uma tendência para recuperar a experiência vivenciada transformando-a num todo coerente, necessário a uma boa adaptação no pós-parto (Afonso, 1977), isto é ilustrativo das diferenças de atitudes e aponta para o fato de um parto natural não ser o objetivo de todas as mulheres.

Um dos fatores mais importantes em relação a um nascimento satisfatório experimentado nos anteriores estudos era o resultado da “atitude de controle”. Willmuth (1975) obteve avaliações retrospectivas de parto de 145 mulheres de postpartum operacionalizando o conceito de controle. Controle estava associado a participação ativa durante trabalho de parto contra ser um objeto passivo. As mulheres mais insatisfeitas referiam um tipo de dependência na qual se sentiam desamparadas e confiavam no pessoal para controlar os eventos de parto. Controle estava definido através em termos de: (a) controle de dor, (b) controle de emoções, e (c) controle nas relações interpessoais com a equipe.

3- AMBULATÓRIO DE GESTANTES ADOLESCENTES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS

No H.C. existe um programa de Atendimento a gestante adolescente, formado por profissionais Médicos (Obstetra e Pediatra), Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Odonto-Pediatras, e Nutricionistas, onde existem atividades individuais e em grupo coordenadas pelo Psicólogo da equipe, visando o “casal grávido”. A atividade grupal ocorre uma vez por semana, segundo um programa pré-estabelecido (anexo1), onde existem temas com assuntos relacionados a gravidez, parto e puerpério que servem de “aquecimento” para o desenvolvimento do processo grupal. O Psicólogo participa de todos, junto com o profissional do tema escolhido, dirigindo os grupos.

Os objetivos do Ambulatório são:

- Objetivos Gerais:

Em relação à gestante adolescente:

- ♦ Preparar a adolescente física, cognitiva, emocional e socialmente durante o ciclo grávida-puerperal.

- ♦ Reduzir o risco de complicações físicas, cognitivas, emocionais e sociais no período gravido-puerperal na adolescência.
- ♦ Trabalhar com o casal gravido no desenvolvimento de seus novos papéis.

Em relação à equipe de profissionais:

- ♦ Aperfeiçoar o atendimento a esta população propiciando o desenvolvimento de estudos e pesquisas que possam contribuir para o entendimento das necessidades do adolescente na situação de gravidez, bem como na relação interdisciplinar.

- Objetivos Específicos

Em relação às gestantes adolescentes:

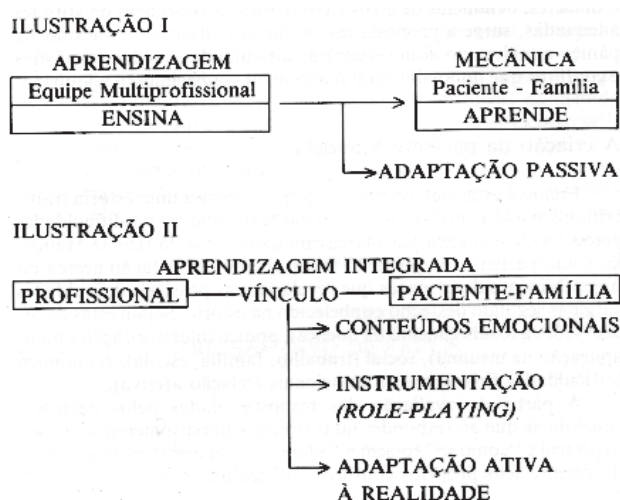
- ♦ Que sejam capazes de: Participar ativamente no processo de gravidez, parto e puerpério.
- ♦ Reconhecer as modificações gravídicas e suas alterações bio-físicas.
- ♦ Identificar as ansiedades específicas nos diferentes momentos de gravidez, parto e puerpério durante a adolescência.
- ♦ Liberar a espontaneidade e criatividade da gestante visando o parto, bem como o desenvolvimento de seu papel na relação mãe-pai-filho, pois será fundamental na formação da Matriz de Identidade do novo ser.
- ♦ Desenvolver autocuidado relacionado com as situações advindas do período gravido-puerperal.
- ♦ Desenvolver cuidados gerais com os recém-nascidos.
- ♦ Favorecer o processo de superação das contradições vivenciadas pelas adolescentes, instrumentalizando-as para a construção de um novo saber.
- ♦ Refletir sobre os determinantes históricos culturais e sociais que se encontram presentes no cotidiano das adolescentes.

A gestante adolescente que procura a Hospital de Clínicas é encaminhada para o ambulatório especializado onde é atendida inicialmente pelo médico. Neste mesmo dia a adolescente passa por uma avaliação do serviço social sendo encaminhada para uma entrevista individual com o psicólogo onde, além do levantamento de dados faz considerações sobre o funcionamento do ambulatório. Estas pacientes participam de uma atividade em grupo que ocorre nas segundas-feiras onde as tarefas visam principalmente esclarecimentos, informações, trocas de

experiências que possibilitem um manejo mais adequado da gravidez e do próprio trabalho de parto. Desta maneira procura-se alcançar o grande objetivo que é um relacionamento mais saudável com o futuro bebê. Esta atividade em grupo funciona segundo um programa de temas relacionados a gravidez, parto e puerpério.

Neste serviço, entende-se que a educação é um processo pelo qual o paciente inicialmente tem uma vivência de forma passiva, ou seja, como agente receptor de informações (figura1) até conseguir usar os conhecimentos adquiridos de forma integrada e efetiva no seu cotidiano, isto é, ser o agente de seu próprio processo.

Figura 1 – Processo de aprendizagem



Fonte – o autor (2001)

O programa de assistência multidisciplinar no atendimento em grupo dinamiza a troca de experiências vividas pelas adolescentes, não perdendo de vista a interdependência de fatores que criam a necessidade de uma abordagem global.

A realização dos grupos viabiliza o auxílio aos casais, dando-lhes oportunidade de discutir e refletir temas importantes neste período tão cheio de mudanças em suas vidas, além de possibilitar o envolvimento de profissionais numa experiência de trabalho integrado de assistência primária à saúde, o que contribuiu para a sua formação e atuação profissional.

Consideramos que os encontros fazem parte de um trabalho preventivo, já que são abordados assuntos relativos ao parto, aleitamento materno, dinâmica familiar, relacionamento etc. Ao analisarmos os temas mais comuns obtidos nas reuniões de grupo com as gestantes adolescentes, fica evidente que a abordagem grupal pode oferecer uma boa preparação, propondo-se a dar instrumentos e alternativas de ação. Estes, no entanto, não significam a concretização do ideal e perfeito, mas podem ampliar a utilização de recursos internos como intuição, criatividade, espontaneidade, bom senso, sensibilidade e a ligação amorosa com o filho.

4- METODOLOGIA

Nesta secção serão abordados os passos metodológicos da presente pesquisa, de modo a caracterizar sobretudo o instrumento utilizado.

4.1 Objetivos

4.1.1 Geral:

- ◆ Entender as expectativas e percepções das gestantes adolescentes com relação ao acompanhamento pré-natal e ao parto.

4.1.2 Específicos:

- ◆ Conhecer as percepções das gestantes assistidas no Grupo de Gestante Adolescente do H.C. frente à experiência do pré-natal e do parto.
- ◆ Identificar o Locus de Controle no grupo avaliado.
- ◆ Avaliar a importância do Locus de Controle interno e externo na gestação e no parto.

4.2. Hipótese

- ◆ Se a gestante adolescente participa do Grupo de Gestantes Adolescentes do Hospital de Clínicas, então sua expectativa no pré-natal e no parto serão melhores.

4.3. *Sujeitos:*

- ◆ Gestantes adolescentes com idade até 17 anos, que frequentam o Ambulatório de Gestante Adolescente do H.C.

4.4. *Instrumento:*

O Locus de controle é uma variável da personalidade que permite explicar a percepção das pessoas frente a um dado evento. Derivada da Teoria do Aprendizado Social de Rotter (in Nakano et al 1993), constitui uma ferramenta que permite interpretar as observações feitas pelas pessoas em resposta a questões sobre causalidade.

Dessa forma de acordo com Rotter (in Nakano et al, 1993) pode-se considerar duas dimensões para o locus de controle: interno, quando, o indivíduo percebe que suas próprias ações podem exercer influência na situação vivenciada por ele, e externo, quando a percepção de controle se apresenta fora da pessoa, ou seja, o seu comportamento ou ação, não são determinantes na situação. O controle pertence a algum elemento fora do indivíduo.

Levenson (1973) elaborou uma escala de mensuração de Locus de Controle, adaptada da teoria social de Rotter, isolando três componentes distintos: controle interno (da própria pessoa), outros poderosos (outras pessoas), ao acaso (sorte ou azar). Os dois últimos estão direcionados para a dimensão externa (O'Connell, 1983).

O conceito de locus de controle vem sendo empregado por alguns estudiosos na área de psicoprofilaxia obstétrica. Willmuth (1978) investigou a associação entre a satisfação com o parto preparado e o locus de controle. O'Connell (1983) utilizou a variável locus de controle para verificar expectativa das gestantes frente ao parto, e Schroeder (1985) buscou avaliar a congruência entre as expectativas de controle frente ao parto (escala de locus de controle pré-parto) e o controle vivenciado durante o parto (escala de locus de controle pós-parto).

A escala construída por O'Connell (1983) é denominada Pregnancy Attitude Index – P.A.I. Busca verificar o locus de controle das gestantes com relação à experiência de parto, mensurar o quanto há de expectativa de controle pessoal (interno) e o quanto há de expectativa de controle externo à sua pessoa (externo).

Considerando a existência de duas escalas de locus de controle específicas para a situação em estudo, optamos pelo instrumento de O'connell (1983), por ser uma escala aplicada à gestante na determinação da tipologia dos sujeitos quanto ao locus de controle durante o acompanhamento pré-natal. E também porque Nakano (et al 1993) realizou um estudo com os objetivos de:

1. Testar a confiabilidade do instrumento "Pregnancy Attitude Index"(P.A.I.), com versão para a língua portuguesa.
2. Verificar se o "Pregnancy Attitude Index" (P.A.I.), culturalmente apropriado para os Estados Unidos, pode ser utilizado para determinar as expectativas das mulheres brasileiras grávidas em relação à experiência de parto.
3. Propor adaptações do "Pregnancy Attitude Index"(P.A.I.) para a cultura brasileira.

A escala Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) aplicada a 19 gestantes participantes dos programas de preparação psicoprofilática para o parto obteve uma boa estimativa de confiabilidade ou consistência interna.

Diante dos resultados encontrados, acredita-se que o P.A.I, está em condições de ser utilizado na cultura brasileira ” (Nakano et al 1993)

4.4.1. Descrição do instrumento

O instrumento utilizado é o Pregnancy Attitude Index (P.A.I.). (Anexo 1)

Este instrumento contém 24 itens cujo conteúdo versa sobre as expectativas de controle da gestante frente ao parto, associado com o aprendizado em programas de preparação Psicoprofilática.

Os 24 itens contêm afirmativas destinadas a verificar as 3 dimensões do locus de controle: sendo 8 para controle interno, 8 para controle de outros poderosos e 8 para controle do acaso.

Em cada item é pedido à gestante indicar o nível de concordância ou discordância, variando de um contínuo de 6 (seis) pontos de tipo escala Likert: concordo totalmente; concordo; incerto, mas provavelmente concordo; incerto, mas provavelmente discordo; discordo e discordo totalmente.

Para análise do locus de controle deve-se somar os pontos obtidos para cada item. De acordo com O'connell (1983) os escores variam de +3 a -3. desde “concordo totalmente” até “discordo totalmente”.

O cálculo dos itens de cada dimensão do locus é feito separadamente e ao resultado deve-se somar +24 pontos, podendo variar de 0 a 48 pontos. Desta forma cada sujeito recebe três escores, que indicam se o locus de controle é alto ou baixo nas três dimensões: controle interno, controle de outros poderosos e do acaso.

4.4.2. Adaptação no Brasil

A adaptação do Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) para a cultura brasileira foi feita em um estudo desenvolvido por Nakano et. al. (1993).

Este estudo foi realizado com gestantes participantes do curso de preparação Psicoprofilática para o parto, promovido por um hospital de médio porte do interior paulista que atende a uma clientela particular e conveniada.

A amostra consistiu de 19 gestantes pertencentes a três tipos de preparação Psicoprofilática para o parto, todas brasileiras, casadas, sendo que 15 são primigestas e 4 multíparas.

Os critérios de inclusão eram ser gestante e participante dos cursos de preparação Psicoprofilática para o parto.

A aplicação do instrumento foi realizada durante o primeiro dia do curso, coletivamente. Foram lidas as instruções para o preenchimento do mesmo e esclarecidas as possíveis dúvidas apresentadas.

Segundo Nakano et. Al. (1993), o instrumento foi traduzido para o português por três tradutores independentes, residentes no Brasil. As três versões em português foram comparadas, analisadas e então elaborada uma nova versão por outros dois tradutores (dois dos pesquisadores). Nessa etapa realizou-se a validação aparente do conteúdo. A única modificação feita em relação ao conteúdo foi em relação ao termo “trabalho de parto”, permanecendo apenas o termo parto pois em nossa cultura, especialmente no meio leigo, não é comum a diferenciação das etapas do processo de parturição sendo a palavra parto utilizada para representar todo o processo.

Essa nova versão em português foi dada a outro tradutor, residente no Brasil que domina os dois idiomas, inglês e português, para que o mesmo fizesse a versão de português para o inglês (back translation).

A nova versão em inglês foi encaminhada a O'connell, autora da escala P.A.I., para comparação e análise do conteúdo na escala da back translation. Após essa

análise a autora da escala enviou algumas sugestões com a aprovação do conteúdo. Após as correções, a escala em português foi confeccionada.

Em nenhum destes passos foi encontrada dificuldade na versão.

4.4.3. Pesquisa

A amostra desta pesquisa foi composta de 82 gestantes adolescentes com idades até 17 anos, atendidas no ambulatório de Gestantes Adolescentes do Hospital de Clínicas no ano de 2000. O critério usado para a inclusão era ser adolescente, estar grávida e ser primigesta.

4.5. Procedimento:

As pacientes são avaliadas durante o pré-natal. Nesta rotina de avaliação psicológica inclui-se o entendimento das percepções das adolescentes grávidas sobre a assistência pré-natal e o parto. Dentro desta avaliação o instrumento especificamente utilizado para ajudar no entendimento deste aspecto, é o Pregnancy Attitude Index (P.A.I.). Para a pesquisa foram selecionadas das avaliações psicológicas, 82 aplicações do P.A.I. no ano de 2000.

4.6. Análise e tratamento dos dados:

Os dados obtidos serão analisados e tratados estatisticamente.

5- ANÁLISE DOS QUESTIONARIOS APLICADOS

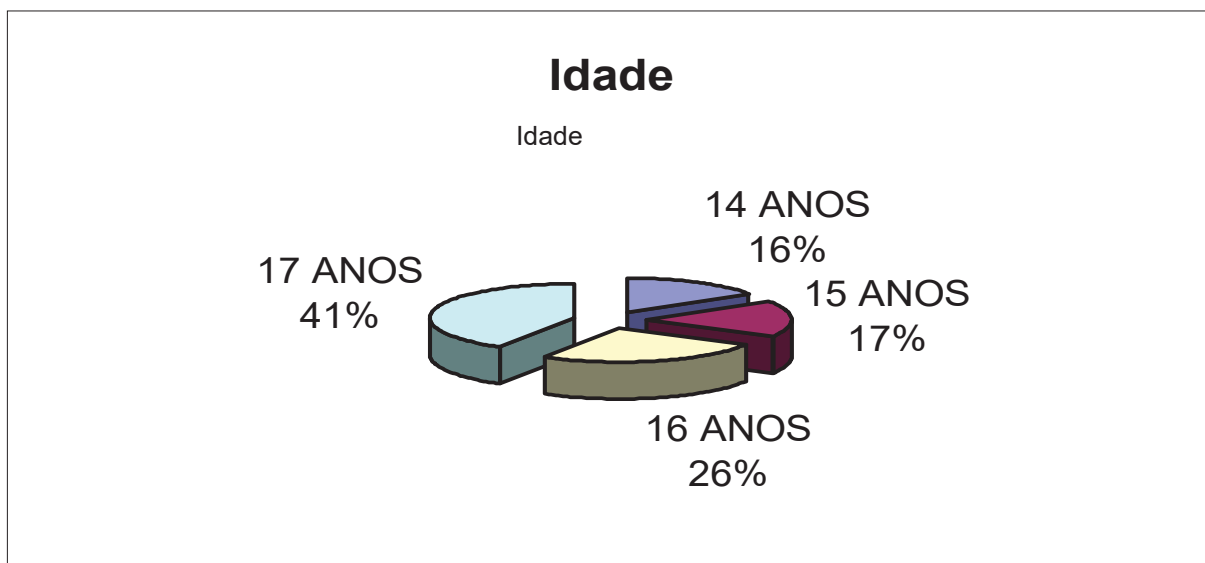
5.1 Material e método.

Da avaliação realizada durante o pré-natal, utilizou-se o P.A.I. aplicado em 82 gestantes adolescente que procuraram atendimento ao Ambulatório de Gestante Adolescente do H.C.

5.2. Resultados

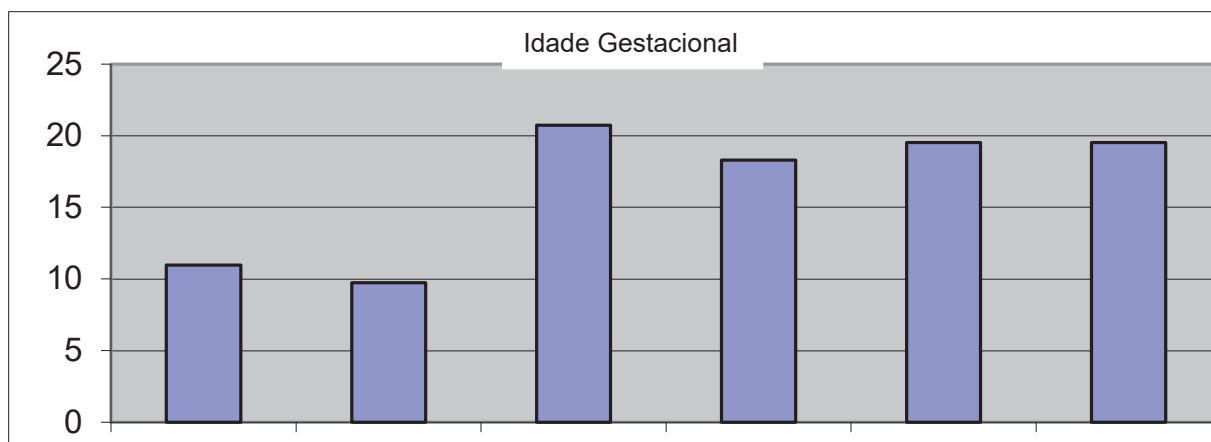
O Gráfico 1 demonstra a distribuição das idades das gestantes.

Gráfico 1 - Idade das gestantes



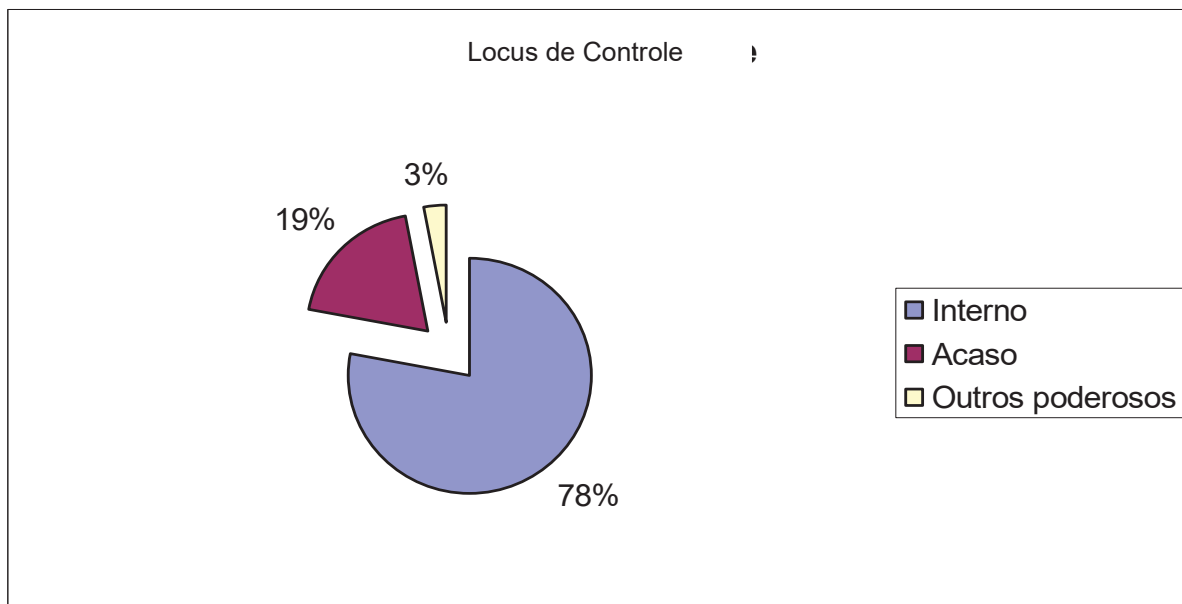
No Gráfico 2, da idade gestacional, observamos que a maior porcentagem de gestantes se encontra no 5º mês de gestação.

Gráfico 2 - Idade Gestacional



No gráfico 3, observamos que o Locus de Controle predominante foi o Locus Interno.

Gráfico 3 - Locus de controle



Com relação ao número de participações nas reuniões, as gestantes ficaram assim distribuídas:

Tabela 1 - Distribuição do número de participações nas reuniões

Nº DE PARTICIPAÇÕES	FREQÜÊNCIA	%
1	27	32,9
2	24	29,3
3	15	18,3
4 ou 5	16	19,5
TOTAL	82	100,0

Observando a Tabela 1, verificamos que muitas pacientes (32,9%) foram a somente uma reunião durante todo o período de acompanhamento até o parto; a minoria (19,5%) foram a 4 ou 5 reuniões e ninguém participou de mais de 5

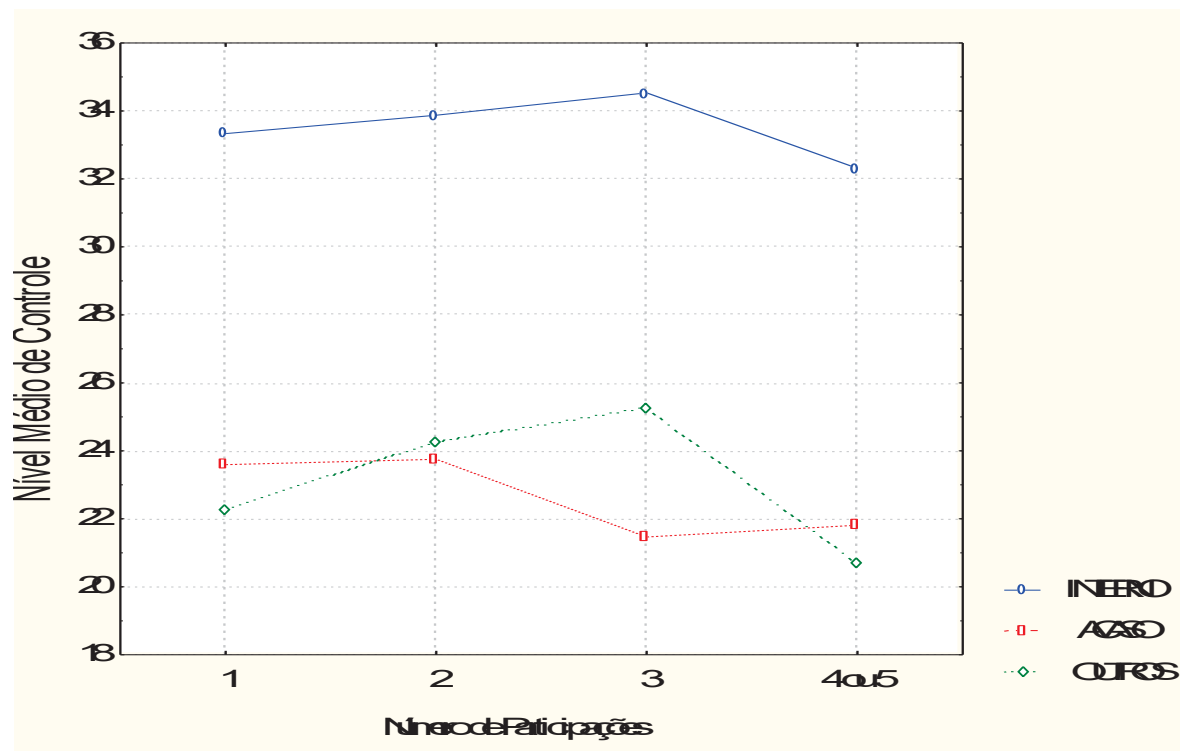
reuniões. Há interesse em comparar todas as características observadas das pacientes, conforme o número de participações nas reuniões.

Tabela 2 - Média e desvio padrão das características observadas das gestantes por número de participações

NÚMERO DE PARTICIP.	CONT. INTERNO	CONTR. AO ACASO	CONTR. A OUTROS P.	IDADE	TEMPO DE GEST.
1	33,33 (6,28)	23,59 (10,41)	22,30 (8,46)	15,89 (1,12)	5,11 (1,80)
2	33,87 (6,62)	23,75 (10,31)	24,29 (7,62)	15,83 (1,20)	5,75 (1,42)
3	34,53 (6,64)	21,47 (11,69)	25,27 (8,12)	15,67 (1,29)	6,60 (1,30)
4 ou 5	32,31 (5,42)	21,81 (8,22)	20,69 (5,79)	16,13 (1,02)	6,73 (1,39)
Geral	33,51 (6,22)	22,90 (10,10)	23,11 (7,73)	15,88 (1,15)	5,88 (1,65)

Nota: desvio padrão entre parênteses

Pela Tabela 2 verificamos que, em média, a participação em mais reuniões parece afetar pouco o controle tanto interno como externo da gestante.

Gráfico 4 - Nível médio dos três tipos de controle por número de participações

ANÁLISE DE VARIÂNCIA

Para comparar as gestantes segundo o número de participações foi aplicada uma metodologia estatística, conhecida por análise de variância, que é indicada para comparar três ou mais grupos independentes com relação a característica de interesse.

Tabela 3 - Análise da variância

	SS	df	MS	SS	df	MS		
	Effect	Effect	Effect	Error	Error	Error	F	p
INTERNO	42,69	3	14,23	3093,80	78	39,66	,359	,7829
ACASO	80,03	3	26,68	8187,19	78	104,96	,254	,8582
OUTROS	215,05	3	71,68	4622,96	78	59,27	1,209	,3119
IDADE	1,70	3	,57	105,08	78	1,35	,420	,7392
GEST	35,07	3	11,69	181,70	77	2,36	4,953	,0034

Segundo a Análise de Variância somente a idade gestacional é significativamente diferente conforme o número de participações nas reuniões. Através da comparação múltipla podemos verificar que as gestantes que participam em 1 reunião têm idades gestacionais significativamente menores que as gestantes que participam em 3 ou mais reuniões.

Tabela 4 - Grau de escolaridade e frequência participações nas reuniões

ESCOLARIDADE	FREQÜÊNCIA	%
4 ^a série	3	3,7
5 ^a série	9	11,0
6 ^a série	6	7,3
7 ^a série	11	13,4
8 ^a série	25	30,5
1º ano 2 grau	15	18,3
2º ano 2º grau	7	8,5
3º ano 2º grau	3	3,7
1º ano 3º grau	3	3,7
TOTAL	82	100,0

ESTUDO (anova2.sta)

Tabela 5 - Quantidade de anos de estudo

ANOS DE ESTUDO	FREQÜÊNCIA	%
MENOS DE 8	29	35,4
8	25	30,5
MAIS DE 8	28	34,2

A tabela 5, apresenta a quantidade de anos que as gestantes estudaram. Estes resultados sugerem um bom nível de escolaridade.

Tabela 6 - Numero de participações nos grupos x quantidade de anos de estudo

NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES	ESTUDO			TOTAL
	MENOS 8	8	MAIS 8	
1	7	8	12	27
2	10	8	6	24
3	6	4	5	15
4 ou 5	6	5	5	16
TOTAL	29	25	28	82

Pearson Chi-square 2,675 df=6 p=,84835

A tabela 6 nos mostra que a comparação entre estes dois grupos não apresenta diferenças significativas, ou seja, não foi possível de constatar que a quantidade de anos estudados aumentava ou diminuía a frequência de participações nos grupos.

Tabela 7 - Numero de participações nos grupos x Locus de controle

NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES	LOCUS Interno	LOCUS acaso	LOCUS outros poderoso	TOTAL
1	20	5	2	27
2	19	4	1	24
3	11	2	2	15
4 ou 5	13	3	0	16
TOTAL	63	14	5	82

Fisher's Exact Test (2-Tail) 0.903

Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas por itens

QUESTÕES	Concordo totalmente	Concordo	Incerta, mas provavelmente Concordo	Incerta, mas Provavelmente Discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1	19%	59%	19%	3%	0%	0%
2	6%	22%	19%	3%	44%	6%
3	3%	16%	16%	9%	41%	16%
4	25%	59%	9%	3%	0%	3%
5	22%	44%	31%	0%	3%	0%
6	3%	16%	19%	6%	34%	22%
7	9%	22%	16%	3%	31%	19%
8	6%	47%	16%	9%	22%	0%
9	13%	22%	22%	13%	25%	6%
10	13%	38%	16%	13%	9%	13%
11	3%	19%	25%	9%	28%	16%
12	3%	38%	16%	3%	25%	16%
13	0%	19%	22%	16%	31%	13%
14	0%	16%	13%	13%	25%	34%
15	0%	6%	19%	13%	38%	25%
16	0%	44%	16%	3%	19%	19%
17	6%	9%	13%	9%	44%	19%
18	9%	47%	25%	9%	9%	0%
19	25%	53%	19%	0%	3%	0%
20	9%	25%	16%	13%	28%	9%
21	9%	56%	9%	6%	13%	6%
22	38%	31%	19%	6%	6%	0%
23	13%	28%	16%	16%	19%	9%
24	22%	28%	13%	9%	19%	9%

5.2.1. Discussão

Os dados obtidos a respeito dos escores totais em cada uma das três subescalas demonstram haver uma tendência para maiores escores na escala da Internalidade (I) do que nas escalas Controle do acaso (C) e outros poderosos (P) (Gráfico 4). Estes resultados estão de acordo com as pesquisas desenvolvidas por Levenson (in Dela Coleta, 1979) com a escala que serve de base para a construção da escala usada neste estudo. Segundo Dela Coleta (1979), cabe perguntar se existe maior número de sujeitos que se comportam como mais *internos*, ou se a *internalidade* é uma característica mais valorizada na sociedade, levando os sujeitos a responder de forma como gostariam de parecer e não como são na realidade, apesar da insistência neste fato nas instruções da escala. Nakano et al (1993) encontrou no grupo estudado um escore mais alto na dimensão interna, o que segundo ela, significaria que o grupo de gestantes estudado “tem a percepção de que suas próprias ações são importantes na determinação da experiência de parto”. (Controle interno)

Numa observação mais detalhada na frequência das respostas, encontramos os mais altos escores num item de concordância nas questões 1e 4, questões relacionadas ao aprendizado conseguido com a participação no grupo de gestantes adolescentes, o que parece denotar a influência do aprendizado no grupo . Segundo Levenson (in Dela Coleta, 1987) enfatiza que a percepção de controle pode corresponder à realidade pela própria natureza da situação específica, por exemplo, num estudo com estudantes do segundo grau, eles sentem-se mais controlados por “pessoas poderosas” tais com pais, professores, significativamente mais do que os universitários, que por sua vez, sentem-se mais controlados pelos “outros poderosos” do que os adultos. Levenson (in Dela Coleta et al, 1987) discute a importância do estudo do Locus de Controle nos diversos grupos diferindo em raça, sexo, idade, saúde mental, cultura, sucesso etc.

Interessante a postura das adolescentes frente ao médico, onde segundo a frequência nas questões 15 e 17, demonstram uma autonomia, a gênese de uma interpelação do chamado por Silva (1979) “aparelho ideológico médico “, que trata de manter, na assistência da massa, a submissão a uma ideologia dominante, através das condutas e práticas que reforçam o papel passivo do paciente (aceitação-resignação). Esta conduta não parece criar um oposto de

“rebelação” nas gestantes, conforme podemos observar pelas freqüências de concordância na questão 22, o que parece é que o poder não é algo que se possui como uma “coisa”, mas que existem práticas de poder, nas quais tanto um quanto o outro pólo da relação exercem poderes específicos, tem prática próprias.

No Gráfico 5, observa-se que o aumento da participação nos grupos apresenta uma correlação com o número de gestantes com locus de controle interno, sendo que as que apresentam Locus P ou C, tinham participado apenas de um grupo.

O grau de escolaridade contribuiu para que o grupo estudado não tenha apresentado dificuldades na compreensão e na resposta à pesquisa.

No que diz respeito as expectativas em relação ao parto, Paul (1989) frisa que as mulheres gastam muito tempo a resolver as diferenças entre as suas expectativas e os acontecimentos reais. Tornando-se, portanto fundamental que as mulheres desenvolvam expectativas adequadas na preparação para o parto, principalmente as primíparas, que segundo a pesquisadora, tem expectativas consideradas pouco realistas. Na análise da freqüência das respostas nas questões 4, 8, 18, 19 e 21, as expectativas em relação ao parto estão determinadas por um maior controle, onde buscam (freqüências nas questões 1 e 5), um papel mais ativo no seu parto.

CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência reveste-se de características muito próprias, ressaltando as dificuldades inerentes tanto a gestação e parto quanto a fase de passagem da adolescência.

Com os resultados desta pesquisa preliminar, pudemos mostrar com o nosso trabalho no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no Departamento de Tocoginecologia, através do Grupo de Gestantes Adolescentes do H.C., onde se situa o locus de controle da adolescente diante de sua gravidez e de seu parto, o bom nível de escolaridade do grupo estudado além da relação entre o número de grupos participados e o locus de controle.; Demonstramos também que o Pregnancy Attitude Index (P.A.I.) possibilita o conhecimento de percepções das grávidas em relação a Assistência Pré-natal e o parto, o que possibilita a condução de cursos de preparação Psicoprofilática, para uma assistência mais condizente com as reais expectativas da gestante.

Na análise do método de grupo utilizado com as gestantes adolescentes, embora apontem para os aspectos psico-emocionais que envolvem o processo do pré-natal à parturição, as suas ações não se constituem de Psicoterapia, mas de estratégias educativas que causam transformações importantes na vida destas jovens.

Não nos detivemos nos aspectos o trabalho Multidisciplinar, mas queremos sublinhar sua importância. Da integração entre os profissionais depende a eficácia da assistência considerando, como medida, a promoção da saúde.

O intercâmbio entre as áreas potencializará o trabalho de cada qual, ao invés de representar um desgaste tanto para os profissionais como para os pacientes. Ou mesmo para a instituição como um todo, em termos de aproveitamento dos seus recursos humanos e materiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. **Adolescência**. In: ABERASTURY, A. et al. Adolescência. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- ABERASTURY, A. **O adolescente e a liberdade**. In: ABERASTURY A.; KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- ABERASTURY, A. **O adolescente e o mundo atual**. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- AFFONSO, D. **Assessment of maternal postpartum adaptation**. Public Health Nursing, 4(1):9-20. 1977.
- AFRIAT, C.I. **The evolution of an antepartum testing program**. JOGNN, v. 10, n. 2, p. 110-112, Mar./Apr. 1981.
- ALCOFF, L. **Cultural Feminism versus Pos-structuralism: The Identity Crisis in Feminist Theory**. Signs: Journal OF Women in Culture and Society, vol.13, nº 3, p 405-36, 1988,
- ARECHAVALETA, H. A.; UZCATEGUI, O.; MIRANDA, M. et al. **Embarazo de Adolescentes**. Ver. Obstetric. Ginec. Venezuel.v.36, n.2, p. 89-91, 1985.
- ASTBURY, A. **The crisis of childbirth: Can information and childbirth education help?**, Journal Of psychosomatic Research, 24: 9-13, 1980.
- BASTOS AC. **Adolescência Feminina**. São Paulo, Atheneu Ed. 1992.
- BLEGER, J. **Temas de Psicología (Entrevistas y grupos)**. Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
- BLEGER. J. **Psicohigiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BOCHNER, K. **Pregnancies in juveniles**. Awerican Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis, v,83, p.269, 1962
- BUSTAMANTE, C.S. **Necesidad de logro, locus de controle y rendimiento academico**. Mérida, Laboratório de Psicologia. ULA, Publicacion 19. 1981.
- CAMBELL, A.; WORTHINGTON, E.L. **A comparasion of two methods of training husband to assistent their wives with labor and delivery**. J. Psychosom. Res. 25(6):557-63, 1981.
- CERRUTI, F. **A preparação psicossomática para o parto**. In: REZENDE, J. Obstetrícia 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.
- CHERTOK L., **Psychossomatic Methods of preparation Childbirth**. Am J. Obstet.

Gynecol. 98:698-707, 1967

COATES, M. V. G. **Evolução histórica da medicina do adolescente.** Congresso nacional - A Saúde do Adolescente, Rio de Janeiro, 1991. Anais. Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1991, p. 211-7.

COATES, V.; CORREA, M.M. **O atendimento de adolescentes grávidas.** In: MAAKAROUN, MF et al. Tratado de Adolescência. Uma proposta de estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991, p. 390-406.

COLLI, A.S. et al. **Modelo para Atendimento de adolescentes.** J. pediat., 40:329-35, 1975.

COLLINS, B.E. **Four components of the Rotter Internal-external scale: belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world.** Journal of Personality and Social Psychological, 29 (3). 1974.

CONCEIÇÃO, I.; VITIELLO, N. **Preparação para o parto.** Femina, v. 15, n. 1, p. 39-41, 1987.

CONCEIÇÃO, I.S.C. **Psicoprofilaxia Obstétrica.** In: SALES, J.M. de et al. Tratado de assistência pré-natal. São Paulo: Roca, 1989.

CORRÊA, M.D. **Assistência pré-natal. Latrogênia da tecnologia.** GO Atual. 4(1):21-30, 1995.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana, Pré-natal, Parto e Puerpério e atenção ao recém-nascido.** Curitiba, 2000.

DANIEL, W, **Adolescence,** In NELSON, W.E., Textbooks of Pediatrics. 6ª ed Saunders, 1979.

DAVENPORT, B. BOYLAN C.H. **Psychological correlates of Childbirth pain.** Psychosom. Med. 36(3):215-223, 1974.

DELA COLETA, J.A. **A escala de Locus de Controle Interno-Externo de Rotter: um estudo exploratório.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, 31(4):167-81, out./dez. 1979.

DELA COLETA, M.F. **Escala multidimensional de locus de controle de Levenson.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, 39(2):79-97. Abr./Jun. 1987.

DEUTSCH, H. **Problemas Psicológicos na Adolescência.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

DOHERTY W.J. **Locus of control and marital interaction.** In H.M. Lefcourt (Ed). Research with the Locus of Control Construct., Vol 2, New York, Academic Press. 1983.

DUARTE, N.M.N. **Opinião de mães, baseada em sua vivência de alojamento conjunto em unidade obstétrica de um Hospital de Ensino.** Porto Alegre: 1983.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1983.

DUARTE, N.M.N.; MUXFELDT, L.C.F. **O papel da enfermeira na assistência a gestante sadia.** Ver. Bras.de Enf. V.28, p 70-74. 1975

ECONOMIDES, A. **Parto sem dor**, São Paulo: Artenova, 1977.

ERIKSON, E. **Identidade, Juventude e Crise.** Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

FREDDI, W.E.S. **Preparo da gestante para o parto.** Rev. Bras. Enf. 26(3):108-120, 1973

FREUD, S. **Uma Teoria Sexual.** Rio de Janeiro. Delta, s.d. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.8, 1905.

GENEST, M. **Preparacion for childbirth – Evidence for efficacy.** JOGNN, v. 10. n. 2, p. 82-85, Mar./Apr. 1981

GOODRICH J.R, F.W. **Preparação para o parto.** Rio de Janeiro: Bloch, 1971.

HOLANDA F.A.B.; **Novo dicionário da língua portuguesa.** Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

JAMES W.H. **Effects of Internal and External control upon changes in smoking behavior.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 29 (2). 1965.

JIMENEZ, S.L.M. **Education for the childbearing year. Comprehensive application of psychoprophylaxis.** JOGNN, v.51, n. 2, p. 97-99, Mar./Apr. 1980.

KAPLAN, G.F.; COWLES, A. **Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction.** Health Education Monographs. 6, 1978.

KLAUSS, M.H., KENELL, H.J. **Mother separated from their newborn infants.** **Pediatric Clinics of North America.** v. 17, n. 4, p. 1015-1037, Nov. 1970.

KNOBEL, M. **A síndrome da adolescência normal.** In: ABERASTURY, A & KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981b.

KNOBEL, M. **Adolescência e o conceito psicanalítico do processo evolutivo.** In: KNOBEL, M, PERESTRELLO, M.; UCHÔA, D. A. Adolescência na família atual – Visão psicanalítica. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1981.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo.** São Paulo: Brasiliense, 1974.

LEFECOURT, H.M. Overview. In a Lefecourt (Ed). **Research with Locus of Control Construct**, vol 1, Assessment Methods. New York, Academic Press. 1981.

LEFECOURT, H.M. **Locus of Control: Current Trends in Theory and Research**, Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum. 1976.

LEIFER, A.D. et al. **Effects of mother – infants separation on maternal attachment behavior**. Child Development, n.43, p. 1203-1218, Dec. 1972.

LENA, S.M.; MARKO, E.; NIMROD, C.; MERRITT, I.; POIRIER, G.; SHEIN, E. **Birth experience of adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Centre**. University of Ottawa, Ontario. Can. Med. Assoc. J., 148(12): 2149-54, 1993.

LEVENSON, H. **Differentiating among internality, powerful others and chance**. In H. N. Lefecourt. (Ed). Research with the Locus of Control Construct, vol 1, Assessment Methods. New York: Academic Press. 1981.

LEVENSON, H. **Multidimensional locus of control in psychiatric patients**. Journal of Consulting and Clinical Psychology. V.41, n.3, p.397-404, 1973.

LONGUI, A.; ZANCHETTA, M.L. **Comunicação telepática na gestação**. São Paulo, Valmar Industria Gráfica, 1976.

MAAKAROUN, M.F. **Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

MALDONADO, M.T., **Psicologia da gravidez**. Petrópolis, Vozes, 1976.

MARANHÃO, A.M.S.A.; GARCIA, T.J.M. **Preparação psicossomática para o parto e seus benefícios à criança**. Acta Paul. Enferm. v. 1, n. 1, p. 16-17, jan./fev./mar. 1988.

MARCONDES, E. **Introdução ao estudo da adolescência**. In: setian, n; colli, A.S. & MARCONDES, E. Adolescência, S.Paulo, Ed Sarvier, 1979

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

_____, NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. **Gravidez na adolescência IV: idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes**. jornal Brasileira de Ginecologia, Rio de Janeiro, v.95, n.4, p.141-143, 1985.

MATHIAS, L.; CAPPI-MAIA, E.M.; MALA F,N.L.; LANDI, V.; KOSAKA, S. **Estudo comparativo entre primigestas adolescentes e primigestas de 18 aos 25 anos**. Ginecologia, Rio de Janeiro, v.91, n.2, p.89-92, 1981.

Mc ANARNEY, E.R.; HENDEE, W.R. **Adolescent: pregnancy and its consequences**. JAMA v.262, p.74-77, 1989.

MCDONALD, A. P.; HALL, J. **Internal-External Locus of Control and perception of disability**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36 (3). 1971

MESSINA, M. **Programa Saúde do Adolescente em Blumenau.** Arq. Catarinenses Med., v.22, n 1/2, p. 17-20, jan/jun.1993

MIRELS, H. **Dimensions of internal versus external control.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34. 1970.

MOLINA, IN, MOTTA, M.L; PINTO e SILVA, J.L. **Gravidez entre adolescentes muito jovens.** Femina, 22(5):348-54.1994.

MONTEIRO, DLM, CUNHA, AA, FAGIM, IG & PAIVA, AS. **Gestação na adolescência e assistência multidisciplinar.** JAMA-GO, 3(3): 58-68,1995.

MONTEIRO, D.L.M.; CUNHA, A.A, **Perfil reprodutivo da adolescente.** J. Bras. Ginec, 104(3):59-62,1994.

MUXFELDT, L.C,F. **Assistência de Enfermagem ao Cliente.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1977.

NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V.; MESSIAS, A.K.H. **Escala de Atitudes na gravidez: adaptação para a cultura brasileira.** R. Bras. Enferm. 46(1): 42-48, jan./mar. 1993

O'BRIEN, G.E. **Research with the locus of control construct, Locus of Control.** Works and retirement, In a Lefecourt (ed) vol3, New York, Academic Press. 1984

O'CONNLELL, M.L. **Locus de Control Specific of pregnancy.** JOGN Nursing. v. 12. n.3 p. 161-4. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Problemas de saúde da adolescência.** Genebra, 1965.(OMS – Sér. Inf. Técn., 308).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud del adolescente. Prioridades y estrategias nacionales e regionales.** Brasil, 1990. (OPS.OMS).

OSIS, M.J.; HARDY, E.; FAUNDES, A.; ALVES, G. **Fatores associados a assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo.** Brasil. Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), Campinas, SP, Brasil. Rev. Saúde Pública, 27(1): 49-53,1993 Fev.

OTTO, E. **Como ter um bebê mantendo-se em forma.** São paulo: Manole 1984.

PAMPLONA V. **Mulher, Parto e Psicodrama.** São Paulo, Àgora, 1990.

PASQUALI, L.; PEREIRA, M.A.M.; REGINA, A. A., **Escala de Locus de controle.** Psicol. Reflex. Crit. v.11 n.2 Porto Alegre 1998.

PAUL, P.C. **Efeitos da preparação Psicoprofilática no controlo durante o parto.** **Psicologia** .v.7, n.3, Lisboa. 1989

REID, D.W.; WARE, E.E. **Multidimensionality of internal-external control. Addition of a third dimension and nondistinction of self versus others.** Canadian Journal of Behavioral Science, 6. 1974.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

RIBEIRO, W. **A vida antes do nascimento (gestação dirigida).** São Paulo: Aquários, 1976.

RICOTTA, L.C.A. Org, **Psicodrama nas instituições,** Cadernos de Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1990.

RITCHIE, D.E.; PHARES, E.J. **Attitudes change as a function on internal-external control and communicator status.** Journal of Personality, 37 (3). 1969.

ROMERO GARCIA, O. **Locus de controle, inteligencia, estatus socioeconomico y rendimiento academico.** Mérida, Labolarório de Psicologia. ULA. Piblicación 10. 1980.

ROTTER, J.B. **Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.** Psychological Monographs: General and applied, 80, (Whole nº 609).1966.

ROTTER, J.B. **Some problems and mioconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement.** Journal of Consulting and Clinical Psychological, 43, (1). 1975

SARGENT, C.; STARK, N. **Surgical birth: interpretations of cesarean delivery among private hospital patients and nursing staff.** Social Science & Medicine, 25(12).1987.

SCHROEDER, M.A. **Development and testing of scale to measure locus of control prior and following childbirt.** Maternal Child Nursing Journal. v.14, n.2, p.111-21. 1985.

SEEMAN, M.; EVANS, J.W. **Alienation and learning in a Hospital setting.** American Sociological Review, 27. 1984.

SELIGMAN, M.E.O., **Desamparo.** São Paulo, Hucitec/Edusp. 1977

SILVA, C.V.; KAKEHASHI, T.Y **Princípios de Enfermagem na organização da Assistência Perimetral.** Enfermagem Moderna, v. 3, n. 4, P. 8-9, out./nov./dez. 1985.

SILVA, M.G.R. **Prática Médica: dominação e Submissão.** Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos.** São Paulo, EPU, 1989.

SISSMONDI, P.; VOLANTE, R.; GIAI, M. **El embarazo y el parto en la adolescente.**

Revista Chilena de Obstetrícia y Ginecológica, v.49, p. 41-45, 1984.

SMITH, D.; SMITH, H.L. **Toward improvement in parenting. A description of prenatal and postpartum classes with teaching guide.** JOGNN, v. 7, n. 6, p. 22-27, Nov./Dec. 1978.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério.** Porto Alegre, Artes Médicas. 1980.

SOUZA, R.P.; MAAKAROUN, M.F. **Manual de Adolescência.** Sociedade Brasileira de Pediatria, Comitê de adolescência. Rio de Janeiro, 1989.

TAKIUTI, A.D. **Programa de atendimento integral à saúde do adolescente.** In: MAAKAROUN, MF et al. Tratado de Adolescência. Uma proposta de estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 31-34, 1991.

TIBA, I. **Puberdade e Adolescência: Desenvolvimento Psicossocial.** Ágora, São Paulo, 1985.

TONELLO R.S.R.: **Aspectos Psicológicos e Sexuais da Adolescente.** In: Vitiello N.; Cavalcanti, R.C. Sexologia I. São Paulo, Roca, 1987.

URRUTIAS-ROJAS, X, ADAY, LA. **A framework for community assessment: designing and conducting survey in a Hispanic and refugee community.** Public Health Nurs. 8(1):20-2. Mar. 1991.

WERNER, D.; BOWER, D, **Aprendendo o ensinando a cuidar da saúde: manual de métodos, ferramentas e idéias para um trabalho comunitário.**:Cap. 9: A avaliação como processo de aprendizagem. 2. ed. Paulinas São Paulo 1984

WHITLEY, N.A. **Comparison of prepared childbirth couples and conventional prenatal class couples.** JOGNN, v.8, n.2, p. 109-111, Mar./Apr. 1979.

WILLMUTH, R. et al. **Satisfaction with prepared childbirth and locus of control.** JOGNN Nursing. V.7 n.3, p.33-7, 1978.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica.** 8. Ed. Rio de Janeiro: Interamericana.1985.

ANEXOS

ANEXO 1

NOME:

DATA NASC.:

I.G.:

DATA:

INSTRUÇÃO

Vamos fazer umas perguntas a você sobre o que as pessoas sentem e pensam da gravidez e do parto, para melhor prepará-la por ocasião do nascimento de seu filho. A melhor resposta para cada uma das afirmações é a sua *opinião pessoal*. Tentamos abordar muitos pontos de vista diferentes. Você poderá concordar com algumas das afirmações, discordar de

outras, e ter dúvidas em outras. É importante você saber que qualquer que seja sua resposta, muitas pessoas sentem e pensam como você. Certo?

Em cada afirmação você encontrará as letras: A, B, C, D, E e F. Veja em qual letra está a resposta que você mais concorda e coloque um X.

POR EXEMPLO:

- 1) O fato de eu ter, ou não, uma boa experiência no parto, depende principalmente de como eu utilizo as técnicas que aprendi nas aulas.
- A) Concordo totalmente
- B) Concordo
- C) Incerta, mas provavelmente concordo

- D) Incerta, mas provavelmente discordo
- E) Discordo
- F) Discordo totalmente

Você Compreendeu? Ótimo! Vamos começar?

A B C D E F

- 01) O fato de eu ter, ou não, uma boa experiência no parto, depende principalmente de como eu utilizo as técnicas que aprendi nas aulas.
- 02) O que acontecer durante a minha gravidez dependerá em grande parte do acaso.
- 03) Acho que os acontecimentos durante a minha gravidez serão determinados, principalmente, por outras pessoas que exerçam controle sobre mim.
- 04) Tenho mais chances de ter um bom parto se eu conseguir fazer bem o que aprendi nas aulas.
- 05) É mais provável que eu tenha o tipo de experiência que eu quero, se planejar minha conduta no parto, assistindo às aulas.
- 06) Não tenho como proteger minha gravidez contra os azares da vida.
- 07) Se essa gravidez tiver os resultados que espero, isso será porque eu tive sorte.
- 08) Apesar da minha capacidade de fazer o que aprendi nas aulas, o tipo de experiência que terei no parto será controlado principalmente pelo meu médico.

A B C D E F

- 11) As normas do hospital serão as maiores responsáveis por eu ter, ou não, o tipo de experiência no parto que eu quero.
- 12) O fato de eu ter, ou não, a experiência que eu quero, depende sobretudo da sorte.
- 13) A maioria das pessoas tem pouca influência sobre o que querem durante o parto, se isso contrariar as normas do hospital.
- 14) Não faz muito sentido se preparar para o parto, já que muitas coisas dependem da sorte ou do azar.
- 15) Acho que se eu agradar o meu médico, ele prestará mais atenção em mim.
- 16) O que acontece durante a gravidez é determinado principalmente pelo fato de você ter sorte de uma gravidez saudável.
- 17) Quando o médico gosta de uma paciente, esta tende a receber melhores cuidados.
- 18) Eu posso determinar em grande parte o andamento do meu parto.
- 19) Conhecendo os meus direitos, serei capaz de proteger meus interesses durante o parto.
- 20) O fato de eu ter, ou não, uma complicação depende de como o meu médico cuida de minha gravidez.
- 21) Se eu tiver o tipo de parto que eu quero, será porque me esforcei para isso.
- 22) Se eu seguir cuidadosamente as instruções do meu médico, terei o tipo de parto que eu quero.
- 23) Meu parto será determinado pelas minhas próprias ações.
- 24) Que eu tenha um bebê saudável ou não dependerá sobretudo do destino.