

# Vivências da maternidade na adolescência precoce

## Experiencing motherhood in early adolescence

Sílvia Reis dos Santos<sup>a</sup> e Néia Schor<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <sup>b</sup>Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

---

### Descritores

Gravidez na adolescência.  
Adolescência. Mães, psicologia.  
Relações mãe-filho. Q-sort.  
Metodologia Q.

### Resumo

#### Objetivo

Embora pouco estudada no Brasil, a maternidade na adolescência de 10 a 14 anos é considerada não desejada e problema de saúde pública. A maior parte dos estudos tem o conceitual crono-biomédico como marco teórico, e poucos abordam esta questão a partir do olhar do sujeito. O estudo realizado teve por objetivo explorar padrões e desvendar as diferentes formas de vivenciar a maternidade na adolescência precoce a partir da subjetividade da própria adolescente.

#### Métodos

Utilizou-se a metodologia Q de William Stephenson. Captadas em dois serviços públicos de saúde materno-infantil no Município do Rio de Janeiro, 20 adolescentes que ficaram grávidas entre 10 e 14 anos de idade foram estudadas em período de seis a 24 meses após o nascimento de seus respectivos filhos. Os *Q-sorts* foram submetidos a análise fatorial, e os fatores obtidos foram interpretados.

#### Resultados

Foram revelados quatro padrões de percepção, qualitativa e estatisticamente diferentes ( $p < 0,01$ ). Dois fatores foram bem definidos: Fator I - Satisfeita com a maternidade/ Dependente do afeto do filho: a maternidade como uma vivência positiva e enriquecedora e Fator II - Deprimida/ Estressada: visão negativa e fragilizante. Os outros dois fatores, ainda incipientes, necessitam confirmação em estudo posterior com amostra mais numerosa.

#### Conclusões

Foi possível observar que a vivência da maternidade não é única nem homogênea. Para algumas adolescentes, ser mãe pode ser uma experiência gratificante.

### Keywords

Adolescence. Pregnancy in adolescence. Maternal behavior. Mothers, psychology. Mother-child relation. Q-sort. Q-methodology.

### Abstract

#### Objective

Although still scarcely studied in Brazil, motherhood in early adolescence among girls aged 10 to 14 years is mostly unwanted and it is an important public health issue. Most investigations are based on biomedical paradigms and few take into consideration the adolescent's point of view. This study aimed to explore the different patterns of experiencing early motherhood from the adolescent's own point of view.

#### Methods

William Stephenson's Q methodology was applied. The study population was selected

---

**Correspondência para/ Correspondence to:**  
Sílvia Reis dos Santos  
Rua Candido Gaffrée, 27 Apto. 302 Urca  
22291-080 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: srsantos@alternex.com.br

Baseado em tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.  
Recebido em 31/1/2002. Reapresentado em 3/8/2002. Aprovado em 2/10/2002.

*from 2 public mother and child health units in Rio de Janeiro, Brazil, and comprised 20 adolescents who became pregnant at the age of 10 to 14 years and were followed up for a period of 6 to 24 months after giving birth. Q-sorts underwent factor analysis and then the factors were interpreted.*

#### **Results**

*Four qualitatively and statistically ( $p < 0.01$ ) perception patterns were found. Two factors were well defined: Factor I – Satisfied with motherhood/ Dependent on the child's affection: motherhood is a positive and rich experience; and Factor II – Depressed/ Stressed out: motherhood is a negative and stressful experience. Other two potential factors need confirmation in further studies with a larger sample size.*

#### **Conclusions**

*It was observed that motherhood's experience is distinct and heterogeneous. For some adolescents, motherhood could be a rewarding experience.*

## INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 21,7% da população brasileira tenha entre 10 e 19 anos de idade: 11,1% entre 10 e 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos. As estatísticas nacionais também revelam que, nos últimos anos, o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo de 10 a 14 anos.<sup>18</sup>

Grande parte do conhecimento atual sobre a adolescência e o adolescente se baseia nos resultados de pesquisas que têm o conceitual crono-biomédico como marco teórico.<sup>21</sup> Muitos estudos associam a gravidez na adolescência a: assistência pré-natal deficiente, maior incidência de patologias durante e após a gestação; maior risco de morbimortalidade para o conceito e maior risco psicossocial.<sup>1,10,19</sup> Já outras pesquisas descrevem desfechos biológicos menos favoráveis somente no grupo de adolescentes de 12 a 15 anos de idade e sugerem que a intervenção de programas de assistência pré-natal abrangentes teria o potencial de diminuir o risco de muitas dessas complicações.<sup>22</sup> Questionam também se as conseqüências negativas associadas à gravidez/ maternidade na adolescência são devidas à idade da gestante/mãe ou ao contexto social desfavorável em que vive antes mesmo de ficar grávida.<sup>2,9</sup>

Os organismos internacionais e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)<sup>17</sup> trazem um discurso e uma proposta de atenção integral à saúde do adolescente enraizados no paradigma biológico e centrados do conceito de risco. A gravidez na adolescência, em particular, é abordada como problema de saúde pública e empecilho para a adolescente cumprir sua função social.<sup>11,12</sup> Alguns autores, entretanto, criticam esta visão reducionista e o rótulo de “problema”, considerando-os abordagens limitantes, que podem contribuir para expor essas adolescentes a riscos adicionais.<sup>6</sup>

O tema da gravidez na adolescência é bastante explorado e muitos estudos sugerem que esta é geralmente não desejada, não planejada, produto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica.<sup>19,20,25</sup> Menos freqüente, o estudo da maternidade na adolescência se dá prioritariamente através de um enfoque qualitativo e os resultados sugerem que o significado da gravidez e da maternidade pode não ser único ou definitivo e tem aspectos positivos e negativos para a adolescente.<sup>13,15,16</sup>

No Brasil, a literatura científica é ainda carente em investigações a respeito da vivência da maternidade na adolescência, particularmente no grupo de jovens de 10 a 14 anos, e o tema permanece polêmico. Assim, o presente estudo tem por objetivo explorar diferentes padrões de opiniões e vivências da maternidade em jovens mães que ficaram grávidas entre 10 e 14 anos de idade e, assim, contribuir para um melhor entendimento de suas atitudes frente à maternidade e para o planejamento mais eficiente de ações na área da saúde do adolescente.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, em que foi utilizada a Metodologia Q introduzida por William Stephenson,<sup>24</sup> esta incorpora métodos qualitativos e técnicas estatísticas quantitativas e se propõe a identificar padrões comuns de atitudes e valores em indivíduos em relação a um tema.<sup>7</sup>

Segundo Stephenson, a subjetividade é auto-referente, ou seja, baseada na trama conceitual interna da própria pessoa, e é comunicada através da linguagem de sentimentos e opiniões. A Metodologia Q se propõe a fazer com que esta estrutura de pensamento se torne passível de observação, sem partir de uma definição a priori de variáveis.<sup>23,24</sup>

As etapas de um estudo Q são:<sup>7,14</sup>

- Identificação de opiniões a respeito de um tema, buscando a maior abrangência e diversidade de idéias. As fontes de idéias mais utilizadas são: entrevistas individuais ou técnicas de grupos (grupos focais), literatura formal, mídia, etc. A esta gama de opiniões e idéias, positivas e negativas é dado o nome de *concourse of ideas*.
- Seleção de uma amostra representativa do *concourse of ideas*, composta por assertivas que representem os principais pontos de vista e idéias (*Q-sample*).
- Registro de cada assertiva em um cartão individual numerado ao acaso (*Q-sort*).
- Administração do pacote de assertivas aos sujeitos do estudo para o processo de ordenação. Estes são instruídos a, de acordo com suas opiniões a respeito do tema em estudo, selecionar e ordenar as assertivas de acordo com uma condição de instrução, ao longo de um *continuum*, do “mais concordo”, num extremo, ao “menos concordo”, no outro extremo. Os participantes também recebem uma escala com distribuição simétrica em torno do centro, onde deverão registrar o número das assertivas ordenadas (Figura).-Entrada dos dados para a realização do processo de análise fatorial “por pessoa”, em que os 36 *Q-sorts* constituem as variáveis de estudo e os casos são as frases do *Q-sample* ordenadas pelo respondente.
- Análise dos dados através da aplicação seqüencial de: correlação, análise fatorial, extração inicial de fatores, rotação dos eixos, identificação dos fatores significativos e interpretação indutiva e contextual dos resultados.

No presente estudo, para a elaboração do *concourse of ideas*, foram colhidas opiniões e idéias a partir de dois grupos focais realizados com adolescentes de 10 a 14 anos de idade em escolas públicas. Foram também realizados dois grupos focais com mães adolescentes de 10 a 16 anos, usuárias de unidades públicas de saúde. Todos os procedimentos se realizaram após aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa e após a obtenção do Consentimento

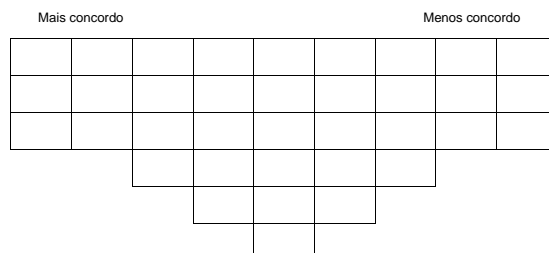


Figura – Modelo de distribuição simétrica.

Informado. Para ampliar ainda mais o escopo de idéias na composição do *concourse of ideas* foram retiradas frases da literatura especializada (livros e trabalhos científicos com a transcrição de depoimentos e entrevistas) e da mídia escrita.

A partir do *concourse of ideas* (87 opiniões a respeito da maternidade na adolescência) foram identificadas as seguintes categorias de significado: culpa, perdas e medo. Para a montagem do *Q-sample*, buscou-se aliar a variedade de opiniões com a facilidade de procedimentos, levando em conta a idade e nível de escolaridade do grupo em estudo. O processo de seleção das assertivas foi submetido à apreciação de um observador independente. Procurou-se montar uma amostragem estruturada em que as três categorias de significado estavam representadas de forma homogênea, por meio da seleção de seis frases que pretendiam reproduzir a dimensão polar de cada categoria. Desta forma, o *Q-sample* foi estruturado com 36 frases.\*

Foram elegíveis para o estudo as mães, primíparas ou não, que ficaram grávidas quando tinham de 10 a 14 anos de idade e cujos filhos tinham, no momento da entrevista, de seis a 24 meses de idade. A escolha deste período se fez porque é somente depois de decorridos seis meses do parto que o papel materno está bem definido e diminui o apoio da rede social.<sup>16</sup> Os critérios de exclusão foram: mães com patologias crônicas ou com filhos com doenças graves, uma vez que estas características possivelmente modificam a percepção da maternidade que é objeto deste estudo.

Foram entrevistadas 20 adolescentes em duas unidades públicas de saúde: ambulatório materno-infantil de hospital universitário (n=15) e unidade básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (n=5). A coleta de dados constou da ordenação das frases e de uma entrevista.

As mães adolescentes foram solicitadas a proceder à ordenação dos 36 cartões, a partir da condição de instrução: “A partir da sua experiência de vida, como é ser mãe na sua idade?” Foram, então, apresentadas à escala invertida, reproduzida em tamanho ampliado, semelhante à dos tabuleiros de jogos de salão. Este procedimento visou não somente facilitar a visualização do processo, como também dar à experiência um aspecto mais lúdico. Ao término da ordenação, os números entre parênteses ao final de cada frase foram reproduzidos na escala invertida.

As perguntas da entrevista (perfil socioeconômico,

\*Para obter a relação completa dos 36 Q-sorts, os interessados poderão entrar em contato com o primeiro autor deste trabalho.

história de gravidez/parto, aspectos relativos à sexualidade) buscaram fornecer subsídios para a interpretação dos resultados. Uma última pergunta buscou a síntese objetiva da experiência da maternidade na vida da adolescente: “*Sua vida hoje é melhor ou pior do que antes de ficar grávida? Por quê?*”

Os dados da entrevista foram analisados através de uma abordagem descritiva, utilizando-se o programa Epi-Info (versão 6.04b).<sup>8</sup> Para a análise fatorial das opiniões das adolescentes foi utilizado o programa PQMethod (versão 2.09),<sup>4</sup> de domínio público.

## RESULTADOS

### Análise descritiva

Os dados a seguir relatados estão descritos na Tabela 1.

A maior parte das adolescentes (70%) residia no Município do Rio de Janeiro; as outras jovens eram oriundas de municípios da periferia. A média de idade das mães foi 15,0±0,5 anos; do pai da criança foi 20,3±3,8 anos e da criança foi 11,6±5,8 meses. A média de idade da primeira relação sexual foi 12,5±0,5 anos.

A maioria das adolescentes não morava com o pai de seu filho (60%), mas residia em domicílio familiar independente (60%) e próprio (80%).

Cerca de 40% das jovens mães estavam estudando e metade das adolescentes havia tido pelo menos seis anos de educação formal. Nenhuma adolescente trabalhava no momento. A renda familiar média e a renda *per capita* média correspondiam respectivamente à cerca de 3,7 e 0,9 salários-mínimos (SM) vigentes.

Para 75% das jovens, esta havia sido sua primeira gravidez. Foram relatados quatro abortamentos prévios, um espontâneo e três provocados.

Todas haviam feito acompanhamento pré-natal, mas somente 60% tinham tido seis ou mais consultas; 25% das adolescentes referiram intercorrências no período pré-natal. O parto foi cesáreo em 45% dos casos e 30% das crianças tinham peso ao nascimento abaixo de 2.500 g. A mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias.

A maior parte das jovens estava namorando/tinha companheiro (75%) e 80% referiam vida sexual; 85% fazia uso de algum método anticoncepcional (85%), sendo a pílula o principal método de escolha (76%).

Para a maioria das adolescentes (70%), a vida era pior naquele momento do que antes de ficar grávida.

### Análise fatorial

No nível de significância estatística de  $p < 0,01$  foram identificados quatro fatores com baixos coeficientes de correlação ( $r < 0,5$ ), sugerindo fraca associação entre eles.

Na Tabela 2 estão descritos os *loadings* (o grau de correlação de cada respondente com cada um dos fatores), alguns dados relativos ao perfil socioeconômico familiar e a percepção de cada adolescente de sua vida atual. Todas as 20 adolescentes apresentaram *loadings* excedendo a significância estatística e 19 *Q-Sorts* foram *pure loaders* (com cargas em somente um dos quatro fatores extraídos). Quatorze adolescentes definiram o Fator I e quatro definiram o Fator II. Os Fatores III e IV foram definidos por somente uma adolescente cada e, por sua baixa confiabilidade, não foram considerados para a interpretação.

### Fator I

As adolescentes: RRC1, RSG, RRC2, WSS, ACF, LRB, VMC, CST, APS, DVM, DA, JCPN, ICF defini-

**Tabela 1** - Perfil socioeconômico e situação de saúde das mães adolescentes, por unidade de saúde, Rio de Janeiro, 2000 (N=20).

Variável	Unidade	
	AMI (N=15)	UBS (N=5)
Idade da adolescente em anos (x ± DP)	15,0±0,5	15,0±0,0
Idade da criança em meses (x ± DP)	11,7±6,3	11,2±4,1
Idade do pai da criança em anos (x ± DP)	20,2±3,8	20,4±4,3
Idade da adolesc. ao engravidar em anos (x ± DP)	12,9±0,4	13,0±0,0
Moram com o pai da criança (%)	46,7	20,0
Habitam domicílio independente (%)	44,0	20,0
Estão estudando (%)	53,3	0,0
Renda <i>per capita</i>	1 SM	1/2 SM
Intercorrências no pré-natal (%)	33,3	0,0
Parto cesáreo (%)	53,3	20,0
Intercorrências no parto (%)	46,7	20,0
Baixo peso ao nascer (%)	40,0	0,0
Mediana tempo aleit. materno exclusivo em dias	90	120

SM = salário-mínimo.

AMI = Ambulatório materno-infantil de hospital universitário.

UBS = Unidade básica de saúde.

ram o Fator I como *pure loaders*. ASL apresentou *loadings* significativos nos Fatores I e III (*mixed loader*), ou seja, pode estar apresentando uma atitude confusa ou de transição (vide Tabela 2). O Fator I respondeu por 37% da variância total dos dados.

As assertivas que melhor representam o Fator I (aquelas com os escores acima de +3 e abaixo de -3) estão listadas na Tabela 3, sendo marcadas com um asterisco aquelas que o distinguem dos outros fatores ( $p < 0,05$ ).

Podemos induzir que a adolescente que se define no Fator I parece ter uma vivência positiva e enriquecedora em relação à maternidade (# 4, 20, 30), com ganhos emocionais efetivos (# 30, 26) e afirmação da auto-estima (# 8, 35). Assume plenamente o papel socialmente esperado de mãe (orgulhosa do filho, responsável e preocupada) e de adulta, reconhecendo a importância de sua independência financeira (# 31, 18, 17). A passagem de filha/adolescente para mãe/adulta parece se fazer sem traumas, medo

ou perdas (# 28, 16, 29). Ao contrário, a maternidade parece vir preencher um espaço vazio de afeto (# 30, 26). Não percebe dificuldades em relação ao seu grupo social, pelo qual parece ser aceita e apoiada (# 20, 28, 29, 35). Sua vida parece estar centralizada na figura de seu filho e o que ele representa.

Para fins de discussão, a adolescente que compõe o Fator I foi denominada satisfeita com a maternidade/dependente do afeto do filho.

Observam-se algumas aparentes contradições: muitas dessas jovens referiram na entrevista que a vida era hoje pior do que antes da gravidez. Este é o caso de RRC1 (Q-Sort nº 3) que, com o *loading* mais elevado no fator (0,81), referiu que esta gravidez foi planejada (após um abortamento espontâneo), mas que sua vida hoje era pior. Para ACF (Q-Sort nº 10), com *loading* de 0,71 neste fator, a vida hoje está pior, tem agora um segundo bebê com três meses de idade e não tem mais relações sexuais com o marido (que lhe transmitiu sífilis e não quer se tratar). Todas as ado-

**Tabela 2** - *Loadings* dos respondentes nos fatores extraídos, renda *per capita* (em SM), escolaridade, situação conjugal e percepção da qualidade de vida atual, Rio de Janeiro, 2000 (N=20).

Adolescente		Fatores				Renda <i>per capita</i>	Estuda	Mora com pai criança	Sua vida hoje?	Unidade de saúde
		1	2	3	4					
3	RRC1	0,81	-0,26	0,15	0,02	2,8	Não	Sim	Pior	IPPMG
20	RSG	0,81	-0,10	0,22	0,15	2,0	Não	Sim	Igual	IPPMG
8	RRC2	0,76	0,17	0,11	0,18	2,5	Sim	Não	Pior	IPPMG
13	WSS	0,74	0,14	0,24	0,04	0,5	Não	Não	Pior	UISHL
10	ACF	0,71	0,34	0,08	0,18	0,7	Não	Sim	Pior	IPPMG
4	LRB	0,71	0,08	0,23	0,05	0,5	Sim	Não	Melhor	IPPMG
14	VMC	0,71	0,24	0,19	0,37	0,3	Não	Não	Pior	UISHL
19	CST	0,71	0,09	0,11	0,39	0,9	Não	Sim	Pior	UISHL
17	APS	0,66	0,16	0,08	0,12	2,3	Sim	Não	Igual	IPPMG
16	A0SL	0,66	0,36	0,46	0,15	0,7	Sim	Sim	Melhor	IPPMG
9	DVM	0,65	0,06	0,11	0,22	2,3	Sim	Não	Pior	IPPMG
15	DA	0,64	0,21	0,28	0,21	0,5	Não	Não	Igual	UISHL
12	JCPN	0,62	0,23	0,20	0,12	0,7	Não	Sim	Pior	IPPMG
11	ICF	0,59	0,38	0,16	0,10	0,7	Não	Não	Pior	IPPMG
1	JAAS	0,19	0,71	0,04	0,42	0,7	Não	Sim	Pior	IPPMG
5	SPM	0,35	0,65	0,35	0,09	2,2	Sim	Não	Pior	IPPMG
2	PLAA	0,10	0,65	0,16	0,34	0,9	Sim	Não	Pior	IPPMG
18	DSD	0,43	0,58	0,05	0,37	0,3	Não	Não	Pior	UISHL
7	JSB	0,20	0,02	0,88	0,09	0,5	Sim	Não	Melhor	IPPMG
6	NVG	0,30	0,21	0,06	0,83	0,4	Não	Não	Pior	IPPMG

*Loadings*  $\geq 0,43$  são estatisticamente significativos ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 3** - Assertivas que representam o Fator I (escores acima de +3 e abaixo de -3).

N	Assertiva	I	Fatores			IV
			II	III	IV	
		Escore dos fatores				
4*	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	-1	0	1	
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	4	-2	2	3	
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	4	1	3	0	
8*	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	-4	-2	-1	-1	
20	Às vezes dá vontade de sumir. Não vai ser... me segurar	-4	4	-3	-2	
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	-4	2	2	-2	
17	O importante é poder trabalhar... ser independente	3	3	0	1	
18	A saúde do neném preocupa... crescer sem problemas	3	2	1	0	
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	3	0	2	0	
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	-3	2	-3	-2	
29	Logo que o neném nasce dão atenção. Depois... sozinha	-3	-2	4	-3	
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	-3	-1	-4	-3	

\*Distinguem o Fator I dos outros fatores - nível de significância  $p < 0,05$ .

lescentes que referiram que a vida hoje é melhor ou igual a antes da gravidez encontram-se agrupadas no Fator I, com exceção de JSB, que define o Fator III.

### Fator II

Quatro Q-Sorts definiram o Fator II, respondendo por 12% da variância total: JAAS, PLAA, SPM e DSD.

As assertivas que representam o Fator II estão listadas na Tabela 4, sendo marcadas com um asterisco aquelas que o distinguem dos outros fatores em nível de significância  $p < 0,05$  e com dois asteriscos aquelas com nível de significância  $p < 0,01$ .

Todas as assertivas constantes da Tabela 5, mesmo com escores mais baixos no fator, distinguem estatisticamente o Fator II dos outros fatores ( $p < 0,05$ ).

A jovem que define o Fator II parece vivenciar a maternidade como uma experiência difícil e solitária, para a qual não se acha preparada (# 2, 11, 1, 27). Mostra-se frágil, com tendências a depressão, em conflito com o companheiro (# 2, 20). As perdas parecem ser importantes (#21). O corpo adolescente pode ser recuperado (#5), mas a maternidade não propicia ganhos em beleza adulta (#6). As dificuldades para cumprir o papel de mãe são reconhecidas (#1) e a mulher adulta está melhor preparada para estes desafios do que a jovem mãe (#27). O papel de mãe pode ser aprendido (#33), mas outra gravidez não é desejada (#24). Percebe a necessidade de independência (#17) e não

se resente de pressão social (#13). No Fator II, o desejo / necessidade de independência parece significar mais um desejo de fuga do que representar maturidade, como no Fator I. As necessidades e carências estão no centro da existência do Fator II, e não a relação com o outro (filho, parceiro, família, vizinhos).

Em relação às adolescentes dos outros fatores, é a que mais se resente com a perda da juventude (#16), que percebe dificuldades com a revelação da gravidez (#9) e que não reconhece maiores ganhos com a maternidade (#30).

A adolescente que define o Fator II foi denominada deprimida/ estressada.

Na entrevista, SPM (Q-Sort nº 5), com *loading* de 0,65 neste fator, referiu que sua gravidez foi desejada, quase planejada. No entanto, ela e as outras três adolescentes que definem este fator relataram que a vida era hoje pior do que antes da gravidez.

### Consenso

As assertivas que não definiram nenhum fator em particular (sem diferenças significativas) sugerem atitudes comuns aos dois fatores (Tabela 6).

Observa-se que em todos os fatores o desempenho do papel de mãe parece ser encarado como um desafio facilmente vencido com o tempo. O poder que a maternidade confere e os cuidados futuros de contra-

**Tabela 4** – Assertivas que representam o Fator II (escores acima de +3 e abaixo de -3).

N	Assertiva	Fatores			
		I	II	III	IV
2**	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	-1	<b>4</b>	-4	-3
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	2	<b>4</b>	0	0
20**	Às vezes dá vontade de sumir. Não vai ser homem pra...	-4	<b>4</b>	-3	-2
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	1	<b>-4</b>	-1	1
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	-1	<b>-4</b>	0	-4
24*	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	-2	<b>-4</b>	-3	1
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	0	<b>3</b>	2	-1
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	3	<b>3</b>	0	1
33	Ser mãe não é tão difícil....depois pega o jeito	2	<b>3</b>	3	3
5	O corpo muda muito, não volta mais não	0	<b>-3</b>	3	-1
13	É a maior falção... Dá muita raiva e vergonha	-2	<b>-3</b>	-2	4
27**	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	0	<b>-3</b>	1	4

\*Distinguem o Fator II dos outros fatores – nível de significância  $p < 0,05$ .

\*\*Distinguem o Fator II dos outros fatores – nível de significância  $p < 0,01$ .

**Tabela 5** – Assertivas que distinguem o Fator II dos outros fatores ( $p < 0,05$ ).

N	Assertiva	Fatores			
		I	II	III	IV
16*	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	-3	<b>2</b>	-3	-2
9	Quando percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	-1	<b>1</b>	-1	-1
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga	-2	<b>1</b>	4	-2
34	As pessoas esperam que seja adulto mas é criança	-2	<b>1</b>	-2	3
30*	A vida ganha mais sentido....alguém pra gente cuidar	4	<b>-2</b>	2	3

\* $p < 0,01$ .

cepção suscitam atitudes relativamente neutras.

## DISCUSSÃO

Voltada para o estudo sistemático da subjetividade humana, a Metodologia Q combina métodos qualitativos e quantitativos, de forma a não limitar os sujeitos à estrutura conceitual do investigador e, ao mesmo tempo, minimizar a interferência e a subjetividade do investigador.<sup>7</sup> Através do uso desta metodologia ainda pouco conhecida no Brasil, 20 respostas foram suficientes para mostrar dois padrões qualitativa e estatisticamente diferentes de vivências da maternidade na adolescência precoce, atingindo os objetivos desta investigação. Estes padrões, identificados a partir do próprio ponto de vista e das circunstâncias de vida das adolescentes, revelam uma heterogeneidade importante e ainda pouco explorada.

Na Metodologia Q o tamanho da amostra não é uma questão tão fundamental quanto nos estudos quantitativos clássicos. No entanto, o número de sujeitos estudados é elemento importante para o cálculo da confiabilidade do fator.<sup>7</sup> Neste estudo, 20 respostas foram suficientes para revelar a existência de dois fatores. Para que outros fatores com elevada confiabilidade pudessem ser revelados, seria necessária uma amostra maior que a deste estudo.

A amostra foi composta por mães que são atendidas regularmente em unidades públicas de saúde e os resultados sugerem que as adolescentes entrevistadas na unidade básica provêm de meio mais carente que as do hospital universitário, com menor escolaridade, menor renda familiar e com menos apoio familiar (em relação ao pai da criança). Por outro lado, as primeiras parecem constituir um grupo de menor risco biológico, em concordância com os diferentes perfis assistenciais das duas unidades de saúde. Estas diferenças parecem refletir diversidade nas experiências de vida, conforme o pretendido na composição da amostra estudada. As adolescentes que não procuram ou não são captadas pelos serviços públicos de saúde, as que não comparecem às consultas agendadas ou as que utilizam serviços privados ou conveniados não estão representadas e podem definir fatores diferentes daqueles explorados neste estudo.

Não se pretende fazer qualquer generalização em

termos de características populacionais ou inferência quanto à prevalência dos fatores identificados na população geral. Os fatores representam, sobretudo, a generalização da maneira como as jovens mães que o definiram pensavam/ sentiam quando estimuladas pela pergunta do pesquisador e pelas opções apresentadas.<sup>14</sup>

A percepção da gravidez e da maternidade de forma positiva (Fator I) já foi identificada por outros autores.<sup>3,15</sup> A busca de estabilidade e permanência, revelada através da percepção do filho como propriedade, poderia traduzir uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade, assim como a percepção da própria competência para dar conta das tarefas junto ao bebê.<sup>3</sup>

A aparente contradição entre a interpretação do Fator I (vivência positiva da maternidade) e algumas respostas quanto à qualidade de vida atual (pior do que antes da gravidez) pode ser explicada pela diferença do método de coleta de dados (*Q-sorts X* entrevista). Na Metodologia Q, o sentido de cada assertiva é relativizado frente às outras opções e busca-se uma percepção global das circunstâncias de vida do sujeito.<sup>7,14</sup> No entanto, observa-se que todas as adolescentes que apresentaram respostas diretas positivas (vida atual melhor ou igual) estão agrupadas sobretudo no Fator I.

A depressão, o estresse e a percepção predominante dos aspectos negativos e das perdas conseqüentes à maternidade são os elementos de significado do Fator II e foram também identificados em outros estudos.<sup>5,15</sup> A falta de suporte social (principalmente da mãe da adolescente e do companheiro), ou sua presença conflituosa, é considerada fonte importante de estresse.<sup>5</sup>

Em concordância com os dados da literatura, é consenso em todos os fatores que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente.<sup>15,26</sup>

Os resultados do presente estudo ampliam e aprofundam a visão a respeito de um tema que, em geral, é estudado de forma fragmentada e reducionista. Esta abordagem mais “holística” e integrada se torna possível uma vez que as variáveis são consideradas ao

**Tabela 6** – Assertivas que não definem nenhum fator (de consenso).

N	Assertiva	Fatores			
		I	II	III	IV
32	As pessoas olham com mais respeito... fica mais importante	0	-1	1	2
33	Ser mãe não é tão difícil....depois pega o jeito	2	3	3	3
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	1	2	-1	2

mesmo tempo, de forma dinâmica e relacional. A abordagem “natural” se dá a partir de um contexto de significado que traz diretamente, com pouca interferência do observador, o relato da vivência da própria mãe adolescente e de suas circunstâncias de vida.

Ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral, que considera os adolescentes como um bloco único e em conflito, e a gravidez na adolescência como indesejada, os resultados deste estudo sugerem que existem diferentes vivências da maternidade e que, pelo menos para um grupo de jovens mães, a maternidade é uma experiência de vida plena de significados positivos.

No presente trabalho não se pretende aceitar a maternidade na adolescência como uma boa ou melhor opção para a adolescente. Entende-se que todos os indivíduos, incluindo os adolescentes, têm o direito ao bem-estar e ao pleno desenvolvimento de suas capacidades e que é necessário estabelecer condições de vida adequadas para todos. Reconhecem-se como legítimas muitas das preocupações da sociedade em geral em relação à saúde da adolescente e seu filho. No entanto, entende-se também que a concepção negativa e reducionista sobre o “problema” da gravidez/

maternidade na adolescência pode construir restrições e implicações conceituais no desenvolvimento de pesquisas e na atuação dos profissionais junto aos adolescentes. Desta forma, os achados deste estudo podem contribuir para um melhor entendimento das circunstâncias de vida de jovens mães que frequentam os serviços públicos de saúde no Brasil e possibilitar que os profissionais de saúde planejem e executem ações de saúde mais adequadas e eficientes.

## AGRADECIMENTOS

À equipe do Ambulatório Materno-Infantil do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, aos profissionais da Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land, Posto de Assistência Médica Madre Tereza de Calcutá, Posto de Assistência Médica Rodolpho Rocco, pela colaboração na coleta dos dados; aos colégios Ginda Bloch e Edmundo Bittencourt, de Teresópolis, pelas facilidades proporcionadas e a todas as adolescentes que compuseram os grupos focais; aos Professores Robert Mrtek da University of Illinois at Chicago, Steven Brown da Kent State University e Michael Stricklin da University of Nebraska at Lincoln, pela orientação na aplicação da Metodologia Q.

## REFERÊNCIAS

1. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Pública* 1989;23:473-7.
2. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 1996;87(5Pt1):668-74.
3. Arenson JD. Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *J Pediatr Nurs* 1994;9:251-7.
4. Atkinson J. PQ Method [computer program]. Vent: Kent State University Computer Center; 2000. [Versão 2.09a adaptada por Peter Schmolck]. Disponível em: URL: <http://www.rz.unibw-muenchen.de/~p41bsmk/qmethod/downpqx.htm> [2000 abril 16].
5. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:64-9.
6. Branco VMC. Gravidez na adolescência: problema para quem? *Interação* 1997 jan/mar:6-7.
7. Brown SR. Q technique and method: principles and procedures. In: Berry WD, Lewis-Beck MS, editors. *New tools for social scientists: advances and applications in research methods*. Beverly Hills: Sage University Press; 1986. p. 57-76.
8. [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Epi-Info [computer program]. Version 6.04b. Atlanta (GA); 1998. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/epiinfo> [1999 Jun 23].
9. Costa MCO. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. *J Pediatr* 1998;74:87-90.
10. Cunha AA, Monteiro DLM, Reis AFF. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. *Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 43-56.
11. Cunha AA, Monteiro DLM. Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. *Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 31-42.



12. Grossman E. O médico de adolescente e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro; Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
13. Macklin NR. Early adolescent pregnancy: a search for meaning [PhD Thesis]. Ann Arbor: Saint Louis University; 1992.
14. McKeown B, Thomas D. Q Methodology . Newbury Park: Sage Publications; 1988.
15. Mercer RT. Teenage motherhood: the first year. *JOGN* 1980;9:16-27.
16. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. *Nurs Res* 1985;34:198-204.
17. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Brasília (DF); 1993.
18. Monteiro CA, Benício MHA, Freitas ICM. *Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais*. São Paulo: NUPENS/FSP/USP; 1997.
19. Monteiro DLM, Cunha AA, Reis AFF. Risk factors in teenagers' pregnancy. *Int J Obstet Gynecol* 1994;46 Suppl 1:88.
20. Monteiro DLM, Fagim IG, Paiva AS, Cunha AA. Modelo de assistência multidisciplinar à gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. *Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 148-69.
21. Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde Soc* 1998;7:53-86.
22. Rouquayrol MZ, Correia LL, Barbosa LMM, Xavier LGM, Oliveira JW, Fonseca W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *J Pediatr* 1996;72:374-8.
23. Stephenson W. Foundations of communication theory. *Psychol Rec* 1969;19:65-82.
24. Stephenson W. *The study of behavior*. Chicago: The University of Chicago Press; 1953.
25. The Johns Hopkins University. Programas de planejamento da família. *Popul Rep* 1985;9:M353-65.
26. Thompson PJ, Powell MJ, Patterson RJ, Ellerbee SM. Adolescent parenting: outcomes and maternal perceptions. *JOGNN* 1995;24:713-8.