

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

**GESTANTE ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DAS
TRANSFORMAÇÕES DO CORPO**

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

**GOIÂNIA
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

**GESTANTE ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DAS
TRANSFORMAÇÕES DO CORPO**

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

*Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em Educação
Escolar Brasileira junto à Comissão Julgadora
da Universidade Federal de Goiás.
Orientadora: Prof.^ª Dra. Maria Hermínia
Marques da Silva Domingues.*

**GOIÂNIA
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA**

**GESTANTE ADOLESCENTE:
PERCEPÇÃO DAS TRANSFORMAÇÕES DO CORPO**

Candidata: IDA HELENA CARVALHO

FRANCESCANTONIO MENEZES

Orientadora: Profª Drª Maria Hermínia Marques da Silva Domingues

**Dissertação apresentada ao Mestrado
em Educação Brasileira, da Universidade
Federal de Goiás, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Educação Escolar Brasileira.**

COMISSÃO JULGADORA

Profª Drª Maria Hermínia Marques da S. Domingues _____

Profª Drª Eleuse Brito Guimarães _____

Profª Drª Maria Ignez Saito _____

Defesa - 1998

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

Ao Paulo, companheiro de vida, sempre presente em todos os momentos com muita paciência e clareza em compreender as dificuldades e renúncias para elaboração deste trabalho.

Aos meus filhos, Thaís e Flávio, fontes de amor, esperança e razão do meu viver.

Aos meus pais, Dirce e Grábiele, pessoas essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Com muito amor!

Às jovens adolescentes, que participaram de forma tão especial deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Maria Hermínia Marques da Silva Domingues, pela confiança em mim depositada e pela assessoria indispensável na elaboração deste trabalho;

À Professora Dra. Eleuse de Brito Guimarães por estimular o meu interesse em estudar a adolescência e em especial a adolescente, como também pelas observações oportunas efetuadas pela ocasião do exame de Qualificação;

À Professora Dra. Marília Gouvea Miranda, pelas sugestões por ocasião do exame de Qualificação, as quais contribuíram para o enriquecimento da versão final desse trabalho;

Ao Professor Dr. Joaquim Tomé de Souza, pela paciência infundável quando na organização e análise dos dados;

Aos serviços de saúde que participaram deste estudo, em especial seus funcionários que facilitaram a coleta de dados;

À Faculdade de Nutrição da UFG por ter propiciado condições institucionais satisfatórias, e ao "Projeto Centro de Referência em Vigilância Alimentar e Nutricional - Região Centro-Oeste" - INAN / UFG; e a Coordenação do MEEB, pelo apoio fornecido para o desenvolvimento da dissertação;

Ao Paulo, meu companheiro e aos meus filhos Thaís e Flávio, pelos momentos que foram privados de passar juntos em razão da elaboração deste empreendimento;

Aos meus pais, avó, sogros e parentes que propiciaram ótimas condições familiares para a realização desse trabalho;

Aos meus colegas da 7ª e 8ª turma do MEEB / UFG, em especial à Nilce, Edith, Graça, Silvana, Simej, Goreth, pelos inesquecíveis momentos de dificuldades e alegrias compartilhadas;

À minhas amigas da área de Nutrição Social: Estela, Claret, Zara e Fátima, que muito contribuíram para tornar viável meu afastamento de parte das atividades docentes; assim como às colegas Raquel, Marcinha, Dulce e Márcia..

À Silege S. Mesquita, pela dedicação no auxílio à organização dos dados;

E em especial às gestantes adolescentes, pelo interesse, paciência e disposição em participar desse estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	xii
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUÇÃO.....	15
1 - SER ADOLESCENTE.....	25
2 - SER GESTANTE ADOLESCENTE.....	44
3 - A GESTANTE ADOLESCENTE E SEU CORPO.....	66
3.1 - A Adolescente Gestante.....	66
3.2 - A Adolescente e a Gravidez.....	75
3.3 - A Adolescente e sua Percepção das Mudanças Corporais.....	87
3.4 - A Adolescente e sua Auto-Estima.....	104
3.5 - A Adolescente e seus Hábitos Alimentares.....	109
CONCLUSÃO.....	121
ANEXOS.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo o Município de Moradia - Goiânia, 1996.....	66
Gráfico 2 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo o Estado Civil - Goiânia, 1996.....	68
Gráfico 3 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Estar ou Não Estudando - Goiânia, 1996.....	69
Gráfico 4 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Trabalho Fora do Lar - Goiânia, 1996.....	71
Gráfico 5 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Ocorrência de Trabalho Anterior - Goiânia, 1996.....	71
Gráfico 6 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo para Não Trabalhar - Goiânia, 1996.....	72
Gráfico 7 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo para Não Estudar - Goiânia, 1996.....	72
Gráfico 8 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Classe Econômica - Goiânia, 1996.....	74
Gráfico 9 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Pai da Criança - Goiânia, 1996.....	76
Gráfico 10 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Planejamento da Gravidez - Goiânia, 1996.....	78
Gráfico 11 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento em Relação à Gravidez - Goiânia, 1996.....	80
Gráfico 12 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Índice de Massa Corporal - Goiânia, 1996.....	87
Gráfico 13 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Realização de Regime Anteriormente à Gravidez - Goiânia, 1996.....	88
Gráfico 14 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996.....	92
Gráfico 15 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre se Gosta ou Não de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996.....	104

Gráfico 16 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo a Existência de Comentários do Companheiro Sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996.....	107
Gráfico 17 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião se as Mudanças Corporais Interferiram no Relacionamento com o Companheiro - Goiânia, 1996.....	108
Gráfico 18 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre se Devem Ingerir Algum Alimento em Especial Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	111
Gráfico 19 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos que Devem Ser Ingeridos Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	111
Gráfico 20 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo se Existe Algum Alimento que a Gestante Deve Evitar Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	114
Gráfico 21 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos que Devem Ser Evitados Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	114
Gráfico 22 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo se Enjoou de Algum Alimento Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	116
Gráfico 23 - Distribuição Percentual das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos dos Quais Enjoaram Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	117
Gráfico 24 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Ocorrência de Desejo por Algum Alimento Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	118
Gráfico 25 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos Desejados Durante a Gestação - Goiânia, 1996.....	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Faixa Etária - Goiânia, 1996.....	67
Tabela 2 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo União Conjugal e Tempo de União - Goiânia, 1996.....	68
Tabela 3 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Série que Frequentam - Goiânia, 1996.....	69
Tabela 4 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Série em que Pararam de Estudar - Goiânia, 1996.....	70
Tabela 5 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Estrutura Familiar - Goiânia, 1996.....	73
Tabela 6 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Renda Familiar - Goiânia, 1996.....	74
Tabela 7 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Faixa Etária do Pai da Criança - Goiânia, 1996.....	76
Tabela 8 - Distribuição dos Pais das Crianças Segundo Escolaridade - Goiânia, 1996.....	77
Tabela 9 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Planejamento da Gravidez e Estado Civil - Goiânia, 1996.....	78
Tabela 10 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento em Relação à Gravidez - Goiânia, 1996.....	80
Tabela 11 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Planejamento Dessa - Goiânia, 1996.....	81
Tabela 12 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Estado Civil - Goiânia, 1996.....	81
Tabela 13 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Faixa Etária - Goiânia, 1996.....	82
Tabela 14 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude do Pai da Criança Diante da Gravidez - Goiânia, 1996.....	84
Tabela 15 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude de suas Mães Diante da Gravidez - Goiânia, 1996.....	85

Tabela 16 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude de seus Pais Diante da Gravidez - Goiânia, 1996.....	85
Tabela 17 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Apoio Familiar - Goiânia, 1996.....	86
Tabela 18 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Categorias do Índice de Massa Corporal e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996.....	88
Tabela 19 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Realização de Regime Anteriormente à Gravidez e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996.....	89
Tabela 20 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Quantos KG Uma Grávida Deve Engordar - Goiânia, 1996.....	90
Tabela 21 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Origem da Informação Sobre Ganho de Peso Durante a Gravidez - Goiânia, 1996.....	90
Tabela 22 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Categorias de Índice de Massa Corporal e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996.....	93
Tabela 23 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996.....	94
Tabela 24 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Quantos KG uma Gestante Deve Engordar e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996.....	94
Tabela 25 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996.....	95
Tabela 26 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal Percebida - Goiânia, 1996.....	96
Tabela 27 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Percebida e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996.....	97
Tabela 28 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal que Mais Chamou Atenção - Goiânia, 1996.....	98
Tabela 29 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual a Mudança Chamou Mais Atenção - Goiânia, 1996.....	98

Tabela 30 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal de que Mais Gostaram - Goiânia, 1996.....	99
Tabela 31 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Por Que Gostaram Mais de Alguma Mudança - Goiânia, 1996.....	99
Tabela 32 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Mudança Corporal de Que Mais Gostaram - Goiânia, 1996.....	100
Tabela 33 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal de Que Menos Gostaram - Goiânia, 1996.....	100
Tabela 34 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual Gostaram Menos da Mudança - Goiânia, 1996.....	101
Tabela 35 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Mudança de Que Menos Gostaram - Goiânia, 1996.....	102
Tabela 36 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Origem da Informação Sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996.....	103
Tabela 37 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual Gostam de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996.....	105
Tabela 38 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual Acham Uma Gestante Bonita - Goiânia, 1996.....	106
Tabela 39 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e se Gostam de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996.....	106
Tabela 40 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Comentários do Companheiro Sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996.....	107
Tabela 41 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Acharem-se Atraentes e Opinião Sobre se as Mudanças Interferiram no Relacionamento - Goiânia, 1996.....	109
Tabela 42 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião se Devem Ingerir Algum Alimento em Especial e Opinião Sobre o Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996.....	112
Tabela 43 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Proibição de Alimentos Durante a Gestaçã o e Opinião Sobre o Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas do Crescimento e Desenvolvimento Psicológico.....	31
Quadro 2 - Alimentos Referidos Pelas Gestantes Adolescentes que Devem Ser Ingeridos Durante a Gestação e Motivo para Tal Referência - Goiânia, 1996.....	113
Quadro 3 - Alimentos Referidos Pelas Gestantes Adolescentes que Devem Ser Evitados Durante a Gestação e Motivo para Tal Referência - Goiânia, 1996.....	115

RESUMO

Partindo do pressuposto que para a realização de uma educação nutricional efetiva durante o pré-natal é necessário o conhecimento global da gestante adolescente realizou-se o presente estudo com objetivo de conhecer as percepções da gestante adolescente sobre as transformações que ocorrem no seu corpo durante a gravidez. O estudo foi realizado com 132 gestantes adolescentes, menores de dezoito anos que faziam o pré-natal em três serviços públicos de saúde de Goiânia. Os dados referentes a atitude da adolescente frente a gravidez, percepção das mudanças corporais, auto-estima e hábitos alimentares foram coletados através de entrevista dirigida fundamentada em um questionário, uma escala de atitude quanto ao ganho de peso e uma escala de avaliação do apoio familiar. As gestantes adolescentes tinham em média 16 anos; 64% era casada ou vivia em união consensual; 78,03% não estudavam; 82,60% não trabalhavam. O principal motivo para não estudar e não trabalhar foi a gravidez. A renda média do chefe da família foi 2,15 salários mínimos. A maioria dos pais dos bebês, 64,39%, era o companheiro atual, sendo que 37,12% deles também eram adolescentes. A escala de apoio familiar demonstrou um apoio positivo em relação à gestante. O planejamento da gravidez foi estatisticamente significativo em relação ao estado civil e ao sentimento diante da gravidez. A avaliação do peso pré-gestacional e a sua opinião sobre ele demonstrou uma dissonância estatisticamente significativa, evidenciando sua preocupação com o peso excessivo; 30,30% desconheciam quantos quilos uma grávida deve engordar e 92,40% tiveram atitudes positivas em relação ao ganho de peso. As principais mudanças corporais percebidas foram o seio, o peso e a barriga. A mudança corporal mais apreciada foi a barriga e a menos foi o seio. A afirmativa de 76,50% de gostar de se olhar no espelho sugere uma boa auto-estima. Em relação aos hábitos alimentares demonstraram relativo conhecimento sobre alimentação correta e também alguns tabus alimentares prejudiciais à saúde da jovem mãe e do bebê. A prática de uma educação nutricional só será possível a partir do reconhecimento de que a alteração do comportamento nutricional será alcançada quando as informações técnicas forem contextualizadas nessa realidade encontrada.

ABSTRACT

Considering that for an effective nutritional education during prenatal period is necessary a global knowledge of the pregnant teenager, this study was done with the objective of learning the perception of pregnant teenagers about the transformations that occur in their bodies during pregnancy. This study was made with 132 pregnant teenagers under eighteen years old that were having their prenatal care in three health public services in Goiânia. The data referring to the attitude of the teenagers towards pregnancy, their perception of body changes, their self-esteem, and their food habits were collected through a guided interview with a questionnaire, a scale of attitude towards weight gain and a scale evaluating family support. The pregnant teenagers were 16 years old in average; 64% were married or lived in a consensual union; 78,03% did not study; 82,60% did not work. The principal reason for not studying and not working was being pregnant. The average income of the head of the family was 2,15 minimum salaries. Most of the baby's fathers, 64,39% were the actual companion, and 37,12% of them were also teenagers. The scale used to evaluate family support showed a positive support in relation to the pregnant teenagers. The pregnancy planning was statistically significant in relation to the marital status and to their feelings towards pregnancy. The evaluation of weight before pregnancy and the opinion about it showed a significant statistical dissonance, demonstrating their preoccupation with the excessive weight; 30% did not know how many kilograms a pregnant woman should gain and 92,40% had positive attitude towards weight gain. The principal body changes that were noticed were breasts, weight and abdomen. The body change most appreciated was the abdomen and the least appreciated were the breasts. Most pregnant teenagers, 76,50%, said that they enjoyed looking in the mirror, which showed a good self-esteem. In relation to eating habits they demonstrated relative knowledge about eating correctly and also some tall stories that were prejudicial to the health of the young mother and their babies. The practice of nutritional education will only be possible if there is a recognition that alteration of nutritional behavior will be achieved when the technical information is directed towards the contextual reality described.

INTRODUÇÃO

A Nutrição é uma ciência multidisciplinar que envolve conhecimentos de várias áreas e a atuação de diferentes profissionais, entre eles destacando-se o nutricionista. A formação do nutricionista é fundamentada no seu objeto de trabalho, que é a relação entre o homem e o alimento, mediada pelas condições biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais. Nesta perspectiva, são dadas ao nutricionista as condições para conhecer desde as políticas governamentais que influenciam a produção do alimento até sua presença no prato do indivíduo, bem como o resultado do seu consumo, avaliado através do seu estado nutricional. Dessa forma, são necessárias, na formação do nutricionista, a articulação de conhecimentos de várias áreas e a integração destes com a realidade social, levando a uma compreensão totalizadora do indivíduo.

Na formação do nutricionista, destaca-se a disciplina Nutrição Materno Infantil, cujo conteúdo teórico e prático está direcionado para o estudo do grupo materno infantil nos seus aspectos nutricionais, analisados na perspectiva de suas características biológicas, econômicas, sociais e culturais. A disciplina é ministrada no terceiro ano do curso, época em que o aluno, pelo pouco contato com a teoria e a prática, não tem ainda uma visão abrangente da área de atuação do nutricionista. Outra disciplina que se destaca é o Estágio Supervisionado em Nutrição Social, que ocorre no quinto e último ano do curso de nutrição. Tal disciplina caracteriza-se pela atuação do estagiário em serviços de saúde, oportunizando o conhecimento concreto da estrutura desses serviços e de sua atuação como futuro profissional.

A necessidade de realização deste estudo iniciou-se a partir de minha prática como docente nas disciplinas acima mencionadas, no Curso de Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás. Em relação à primeira disciplina, observei que no seu conteúdo teórico destacava-se a adolescência, por ser um período caracterizado por mudanças universais em seu conjunto e peculiaridades em sua expressão, contextualizada na história de vida do adolescente. Dentro deste grupo, destacava-se a gestante, por estar

vivenciando dois momentos de significativas mudanças, principalmente aquelas relacionadas com o corpo, sobre as quais a produção científica é bastante escassa.

Em relação à segunda disciplina, no acompanhamento dos alunos que realizavam o estágio, observei uma fragmentação na compreensão do ser adolescente e do estar grávida, dificultando assim a realização de uma educação nutricional efetiva e transformadora. Além disso, percebeu-se a dificuldade do estagiário em lidar com algumas contradições referentes às transformações do corpo durante a gravidez e a angústia das adolescentes diante do ganho de peso.

A adolescência é um período característico da vida, no qual culmina o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. A compreensão da adolescência envolve a análise conjunta de seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Apesar de, até certo tempo, a adolescência ser caracterizada principalmente pelos seus aspectos biológicos, hoje é considerada um momento crucial no desenvolvimento, não só pela aquisição da imagem corporal adulta, como também pela estruturação final da personalidade. (Osório, 1989)

Durante a adolescência ocorrem significativas mudanças corporais, caracterizadas pelo estirão do crescimento e pela maturação sexual, cujo conjunto de mudanças é denominado puberdade. Tais mudanças ocorrem rapidamente, muitas vezes desenvolvendo no adolescente um sentimento de estranheza em relação ao seu próprio corpo (Knobel, 1992). Conjuntamente com as mudanças corporais, que geram as angústias básicas da puberdade, ocorre um processo de amadurecimento psicológico e social, resultando na identificação do "eu", na concretização de valores que direcionarão a vida futura.

Segundo Osório (1981, p. 50), um dos aspectos que se destaca durante a adolescência é a formação da imagem corporal, que é *"uma representação condensada das experiências passadas e presentes, reais ou fantasiadas, do corpo do indivíduo"*. Entre os elementos que estruturam a imagem corporal, estão presentes os fatores sociológicos estabelecidos pelo papel que é dado ao corpo em uma determinada cultura. Geralmente, durante a adolescência, está presente um conflito entre a imagem idealizada e aquela real do corpo em transformação, gerando, assim insatisfação e a prática de hábitos de

saúde inadequados. (Dwyer et alii, 1967; Kaufmann et alii, 1973; Storz e Greene, 1983; Wadden et alii, 1989; Fleitlich, 1997)

Tal situação pode ser ainda mais conflituosa quando acrescida de uma gravidez, quando é inevitável a ocorrência de mudanças corporais, principalmente aquelas relacionadas ao ganho de peso. Frente à sociedade que valoriza o corpo esbelto, principalmente da mulher, a adolescente grávida pode ter seu ganho de peso comprometido, diante das angústias características da sua fase de desenvolvimento e da realidade de seu estado fisiológico.

Apesar de reconhecer que para todo grupo populacional é necessária uma abordagem global, que envolva os vários tipos de profissionais, em relação ao adolescente, para os quais as exigências e as manifestações psicossociais da saúde integral são mais evidentes, essa necessidade é bastante clara e imprescindível.

Dessa forma, aos poucos fomos nos integrando à equipe do Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente (NECASA), situado no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), formado por uma equipe multiprofissional. Nesse grupo começamos a atuar especificamente no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia de Adolescentes, no atendimento nutricional à gestante adolescente, em busca de mais prática e conhecimento.

Após um período de atuação no ambulatório sem a presença dos alunos do Curso de Nutrição, esse tornou-se um dos locais de prática de estágio, diante da riqueza de experiências que o serviço proporcionava. O ambulatório, coordenado pelo Departamento de Ginecologia-Obstetrícia da Faculdade de Medicina, atende, uma vez por semana, somente adolescentes. Nesse dia, atua no ambulatório uma equipe multiprofissional formada por nutricionistas, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e médicos. As atividades da equipe estão integradas ao NECASA e na rotina do serviço atuam estagiários e residentes dos respectivos cursos.

Muitas são as atividades desenvolvidas pela equipe, dentre elas uma reunião com as adolescentes, para discutir a gravidez, o ser adolescente e as possíveis dificuldades enfrentadas pelas jovens mães. Após a reunião, as

gestantes são atendidas pelos profissionais e posteriormente são agendadas para um retorno mensal.

O atendimento nutricional volta-se especialmente à gestante adolescente devido às características que envolvem o ser adolescente e o estar grávida. A partir de uma caracterização sócio-econômica e dietética, são feitas orientações nutricionais e acompanhamento do ganho de peso durante o pré-natal. Dessa forma, pretende-se que, durante esse período, a gestante tenha um maior conhecimento sobre a alimentação e a escolha dos alimentos que favorecerão sua saúde e a do feto.

Na prática do atendimento nutricional, observa-se que 30% das gestantes iniciam a gravidez com baixo peso, segundo o índice de massa corporal (IMC)¹ e, entre essas, 50% ganham peso abaixo do recomendado (WHO, 1995). A idade média das gestantes é de 16 anos e, apesar de ser um grupo de baixo nível sócio-econômico e com uma dieta caracterizada por baixa ingestão de calorias e algumas vitaminas e minerais (Menezes et alii, 1996), percebe-se uma preocupação com o ganho de peso, por parte da jovem grávida, principalmente no momento da pesagem e nas reuniões educativas que acontecem a cada atendimento mensal. Muitas vezes, observa-se o medo do ganho de peso excessivo, mesmo sendo esse pequeno em relação aos padrões esperados para uma adolescente grávida.

Nas reuniões, preocupações com o que se refere à aparência do corpo, ao ganho de peso excessivo e à aceitação das modificações por parte do companheiro estão sempre presentes. Percebe-se uma insatisfação com a imagem corporal e com as transformações do corpo advindas do ganho de peso. No atendimento nutricional individual observa-se que, principalmente as gestantes com pouco ganho de peso, muitas vezes estão vivenciando situações desfavoráveis em relação à família, à união com o companheiro, à moradia, à evasão escolar e à falta de trabalho.

O atendimento nutricional é feito através de orientações, estimulando a jovem gestante a adotar práticas alimentares que resultem em um maior ganho

¹ Índice de massa corporal, segundo Krasovec e Anderson (1991), é o resultado do peso dividido pela altura ao quadrado.

de peso. Porém, não se conhece ainda como essas orientações são percebidas e adotadas pelas gestantes. Muitas vezes não ocorre uma compreensão mais ampla da situação, ficando as orientações dietéticas restritas a aspectos biológicos e econômicos.

A atitude da gestante em relação ao ganho de peso é um fator possível de ser modificado, ultrapassando os limites da ingesta alimentar e refletindo as contradições, os sentimentos e as incertezas vivenciados durante a gravidez. A proposta de uma ação educativa está colocada ao profissional nutricionista na medida em que ele compreenda a gestante enquanto adolescente, não se limitando à mudança de comportamento através do estabelecimento de condutas e atitudes, mas sim que tenha um conhecimento integral direcionado para um sentido de educação como “edurece”, ou seja, conduzir alguém para fora de si mesmo, mais livre, criativo (Ferreira e Eizirik, 1994) e com condições de vivenciar plenamente sua gravidez.

O conhecimento da percepção da gestante adolescente no que se refere às transformações do corpo durante a gravidez é o elemento básico para a compreensão integral da saúde da jovem adolescente, permitindo uma interação mais efetiva entre a gestante, o profissional e o serviço de saúde.

A cada dia está mais presente nos serviços de saúde a necessidade de interação entre os conhecimentos adquiridos na universidade e aqueles oriundos da história de vida do sujeito, o que resulta na busca de melhor qualidade de vida, em consequência da mudança de comportamento, que é o objetivo final da educação. Para tanto, faz-se necessário um conhecimento universal e contextualizado do sujeito em estudo.

A prática educativa enfrenta limitações diante da formação fragmentada e especializada do profissional, não permitindo a ele a capacidade de compreender o sujeito em sua abrangência. Porém, a partir do momento em que são realizados estudos buscando uma compreensão maior do sujeito e de suas relações com os problemas percebidos no serviço, será possível ao profissional ultrapassar os limites de sua formação e realizar uma ação educativa efetiva e transformadora.

Partindo do pressuposto de que as atitudes que as gestantes estabelecem em relação ao ganho de peso e às transformações corporais estão permeadas por mudanças de comportamento frente aos hábitos alimentares, de saúde e àqueles próprios da adolescência, o conhecimento desta realidade se faz necessário para uma boa atuação do profissional de saúde, principalmente o nutricionista. Conhecer de uma forma mais ampla a gestante adolescente e as relações que estabelece com a alimentação, com o corpo, com o serviço e com sua família possibilitará o alcance de uma educação nutricional transformadora.

Foi nesse contexto que se realizou o presente estudo, de caráter descritivo, com o objetivo de conhecer as percepções da gestante adolescente sobre as transformações que ocorrem em seu corpo durante a gravidez, principalmente aquelas relacionadas com o ganho de peso. Tais conhecimentos possibilitarão contextualizar a adolescente e, assim, realizar uma educação nutricional mais global e efetiva.

O estudo foi realizado com gestantes adolescentes que, no ano de 1996, realizaram o pré-natal em três serviços de saúde pública, federal e estadual, de Goiânia. A escolha dos serviços baseou-se em dois critérios: o local onde a disciplina Estágio Supervisionado em Nutrição Social do Curso de Nutrição da FANUT/UFG estava sendo oferecida e que fornecia atendimento organizado e específico à gestante em geral e/ou à gestante adolescente, e o local onde estava implantado e funcionando o Programa de Atenção ao Adolescente.

Atendendo ao primeiro critério, participaram do estudo o Centro de Assistência Médico Sanitária (CIAMS) do Setor Pedro Ludovico e o Ambulatório de Gineco-Obstetrícia para Adolescentes, que funciona no Hospital das Clínicas/UFG, sob a coordenação do Departamento de Gineco-Obstetrícia da Faculdade de Medicina/UFG, e cujas atividades são realizadas em conjunto com o NECASA. De acordo com o segundo critério, participou o Centro de Assistência Integrada à Saúde (CAIS) do Setor Jardim Novo Mundo. Os serviços selecionados foram previamente visitados com o objetivo de se fazer uma estimativa da demanda.

O CIAMS do Setor Pedro Ludovico tem uma maior clientela no período matutino, atendida diariamente e agendada mensalmente. Nesse período, o

atendimento é feito por quatro médicos, cada um realizando 16 consultas, sendo em média, atendidas oito gestantes, quatro de primeira consulta e quatro retornos (adultas e adolescentes). No ano de 1995 foram inscritas no pré-natal 725 gestantes, dessas, 460 no período da manhã e, entre essas, 105 eram adolescentes. Segundo a coordenadora do serviço, naqueles últimos meses houve um aumento da demanda devido à greve nos serviços de saúde do município de Aparecida de Goiânia. Para o mês de outubro, estava previsto o retorno de 69 gestantes adolescentes.

O CAIS do Setor Jardim Novo Mundo tem um atendimento específico à adolescente, incluindo gestante, duas vezes por semana, com agendamento mensal. O atendimento é realizado por um profissional médico. Nos meses de julho e agosto de 1996 foram inscritas 21 adolescentes sendo 10 gestantes. Por mês são realizadas, em média, 25 consultas, incluindo retornos e primeiras consultas.

O Ambulatório de Ginecologia-Obstetrícia para Adolescentes do HC/UFG funciona uma vez por semana, também com agendamento mensal. Em média, são atendidas 18 gestantes por dia, sendo que entre essas estão incluídas três primeiras consultas.

A amostra foi composta por 132 gestantes adolescentes nulíparas² inscritas no pré-natal dos serviços de saúde referidos, no período de outubro de 1996 a fevereiro de 1997. Entre as gestantes entrevistadas, três já haviam sofrido um aborto. Ressalta-se que, no Hospital das Clínicas, as gestantes adolescentes foram entrevistadas na primeira consulta, momento em que ainda não haviam passado pelo atendimento nutricional. No CIAMS do Setor Pedro Ludovico e no CAIS do Setor Jardim Novo Mundo foram entrevistadas todas as gestantes adolescentes, pois no primeiro os alunos do curso de nutrição não fazem um atendimento específico à gestante e no segundo esse serviço é inexistente.

Apesar da Organização Mundial de Saúde - OMS - definir a adolescência como o período entre as idades de 10 a 20 anos, foram selecionadas as gestantes adolescentes até a idade de 18 anos completos, idade

² Segundo Pritchard e Mac Donald (1983), nulípara é a mulher que não completou uma gravidez até o estágio de viabilidade.

essa limite para o atendimento no ambulatório no qual o NECASA atua. Segundo Omran e Solís (1992), a idade no momento da gravidez é um fator determinante da saúde futura e da sobrevivência da mulher. Dados internacionais têm demonstrado que os riscos para a saúde da mãe e da criança aumentam quando a gravidez é precoce, em jovens menores de 18 anos, diante da possibilidade de a adolescente ainda estar em crescimento, o que comumente é conhecido como *“procreación entre niños”* (p.59), opinião essa não unânime entre os autores.

Os dados foram coletados através de entrevista dirigida, fundamentada em um questionário (Anexo 1), uma escala de atitudes em relação ao ganho de peso (Anexo 2) e outra de avaliação do apoio familiar (Anexo 3). Alguns dados foram coletados diretamente do prontuário ou do cartão da gestante (Anexo 4).

Os dados coletados no questionário referiam-se a variáveis sócio-econômicas, dados gestacionais, contexto familiar, percepção sobre as mudanças do corpo e auto-estima. As questões referentes a aspectos sócio-econômicos basearam-se no estudo de Lombardi (1988) e, aquelas relacionadas ao contexto familiar, no de Guimarães (1993). Algumas perguntas do questionário possibilitaram mais de uma resposta.

A escala de atitudes das gestantes em relação ao ganho de peso foi produzida por Palmer et alii (1985), validada através do método split-half, com a fórmula de Spearman Brown, com $r = 0,67$. A mesma escala foi aplicada em um grupo de gestantes adolescentes por Stevens-Simons et alii (1993).

A escala, do tipo Likert, utilizou itens colocados em uma linguagem coloquial, facilitando assim a sua compreensão. Neste estudo, a escala foi adaptada em relação aos itens de resposta, sendo retirado aquele que expressava a resposta “não concordo nem discordo”. Tal adaptação teve como objetivo obter uma posição clara da gestante adolescente no que se refere a cada item. A validação da escala modificada foi feita utilizando o mesmo método do estudo original, resultando um valor de $r = 0,71$.

Com o objetivo de verificar se a mudança proposta alteraria a validade da escala, paralelamente, a escala original foi aplicada a um grupo piloto de 30 adolescentes. Essa aplicação foi realizada no Ambulatório de Gineco-Obstetrícia para Adolescentes do Hospital das Clínicas, no CIAMS do Setor Pedro Ludovico e

no CIAMS do Setor Urias Magalhães. Esse último local foi incluído por ter características muito semelhantes às do CAIS do Setor Novo Mundo e uma demanda maior de gestantes adolescentes. O valor encontrado foi de $r = 0,65$, próximo daquele obtido com alteração, $r = 0,71$.

A segunda escala, para avaliar o apoio familiar, elaborada por Smilkstein et alii (1982), é fundamentada em cinco aspectos de convivência familiar - adaptação, associação, crescimento, afeição e resolução. A validação foi realizada pelo método de Cronbach' alpha, resultando um valor de $r = 0,80$. Para a escala de apoio familiar não foi feita a validação, pois não se propôs nenhuma modificação na escala original.

Os instrumentos de coleta de dados foram submetidos a uma equipe de três juízes e, após as devidas modificações, foram pré-testados em cinco gestantes adolescentes inscritas no pré-natal de um serviço de saúde pública, não incluído no estudo. Após a avaliação das respostas, algumas mudanças ocorreram no questionário.

A aplicação do questionário foi realizada pela própria pesquisadora em local reservado, individualmente, antes ou depois da consulta médica. Todas as gestantes adolescentes presentes na unidade e que atendiam aos critérios estipulados, foram convidadas a participar da pesquisa e, quando a resposta era afirmativa, iniciava-se a entrevista. Nenhuma gestante recusou-se a participar. O questionário continha questões fechadas e abertas. As perguntas eram feitas oralmente, anotando-se as respostas em seguida. As alternativas já existentes nas questões fechadas não eram expostas para a adolescente. Posteriormente, as respostas foram codificadas segundo os itens existentes ou criados novos itens.

Antes da aplicação das escalas era feita orientação sobre a forma como deveriam responder aos itens. Em seguida cada item foi lido pela pesquisadora e a gestante adolescente respondia de acordo com as alternativas de respostas apresentadas em um cartaz.

A análise dos dados incluiu a codificação e a informatização através do programa Epi-Info para obtenção de frequências e do teste X^2 , com o objetivo de verificar a relação existente entre as variáveis.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, Ser Adolescente, será feita a contextualização do adolescente nos dias de hoje, as relações que estabelece com o corpo, na perspectiva das características próprias dessa fase e daquelas impostas pela sociedade, que valoriza o corpo pela aparência, por ser esbelto e flexível.

No segundo capítulo, Ser Gestante Adolescente, será analisada a dupla situação de ser jovem adolescente e de estar grávida, enfrentando simultaneamente as modificações do corpo características da fase e do estado fisiológico em que se encontram, no qual o ganho de peso é um fator importante para a saúde da adolescente e de seu filho, frente a uma sociedade que valoriza o corpo esbelto, principalmente para as mulheres.

No terceiro capítulo, A Gestante Adolescente e Seu Corpo, serão apresentados e discutidos os dados referentes a caracterização das gestantes adolescentes, sua relação com a gravidez, as mudanças corporais percebidas, a auto-estima e hábitos alimentares.

Por último, no quarto capítulo, Conclusão, será discutida a formação do profissional nutricionista frente à realidade encontrada, na perspectiva da necessidade de compreensão global da gravidez na adolescência e de seu papel como educador, como agente de transformações, cujas orientações possivelmente influenciarão na saúde da jovem mãe e de seu filho.

A compreensão mais ampla da percepção da gestante adolescente em relação às transformações de seu próprio corpo permitirá uma visão mais global do problema e tornará factível a realização de uma educação nutricional sem imposições, respeitando a adolescente grávida, seu mundo e, dessa forma, atingindo o seu principal objetivo, ou seja, possibilitar o desenvolvimento adequado, tanto para a mãe quanto para o feto, no que se refere ao aspecto nutricional.

CAPÍTULO I

SER ADOLESCENTE

Os adolescentes, assim como as crianças, as gestantes e os idosos, fazem parte de um grupo que apresenta características especiais, merecendo atenção diferenciada do setor público. Em muitos aspectos, as dificuldades encontradas pelos adolescentes refletem problemas mais amplos dos países onde vivem, principalmente naqueles subdesenvolvidos, onde logo cedo eles assumem papéis de adultos, com alto grau de responsabilidade. O atendimento de saúde ao adolescente, por si só, exige uma visão integral, contextualizada, compreendendo a saúde como resultante da forma como a sociedade se organiza para sobreviver e como fruto de etapas anteriores de sua vida (OPS/OMS, 1990). Portanto, os adolescentes são ao mesmo tempo *“a medida de seu passado recente e os desbravadores de seu futuro”*. (Henriques et alii, 1989, p.8)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida correspondente à faixa etária entre 10 e 20 anos, período em que aparecem as características sexuais secundárias para a maturidade sexual, manifestam-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, ocorrendo a transição de um estado de dependência para outro de relativa independência. A adolescência pode ser dividida em vários períodos. A OMS, para facilitar as estatísticas populacionais e o planejamento de ações, sugere que sejam considerados os dois períodos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos (OMS, 1977). Para Urza (1992), a adolescência pode ser dividida em três fases: adolescência inicial (10 a 13 anos), adolescência média (14 a 16 anos), e adolescência final (17 a 19 anos). Apesar da definição de idade, o autor ressalta que a duração de cada etapa é flexível e depende do indivíduo e da cultura na qual ele está inserido. Nesse estudo essa última proposta é que será utilizada.

Na atualidade, apesar da idade média mundial ser de 24 anos, idade relativamente baixa, o mundo vem passando por uma transição demográfica. Tal transição, caracterizada por baixos níveis de fertilidade e mortalidade infantil,

reflete-se na estrutura etária da população, ocorrendo a diminuição da população jovem e o aumento daquela com mais idade. Esse fenômeno pode ser observado de forma mais acentuada na Europa Oriental, Ocidental e na América do Norte; de forma mais lenta na América Latina e na Ásia. Na África, espera-se a sua ocorrência por volta de 2020. (Ferguson, 1993)

No Brasil, segundo dados do Censo de 1991, 41% da população brasileira é constituída de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 17 anos. Esses dados, quando comparados com o Censo de 1980, revelam uma queda de 9,5% no total da população para a referida faixa etária. A maior concentração da população jovem encontra-se nas regiões Norte (47,9%) e Nordeste (46,4%), e a menor nas regiões Sudeste (36,9%) e Sul (37,8%). Na região Centro-Oeste, 41,9% da população está na faixa etária de 0 a 17 anos. (IBGE, 1991)

Segundo dados da PNDS/1996, ao comparar os censos de 1980 e 1991, observa-se uma redução no contingente populacional do grupo etário de 0 a 14 anos, passando de 38%, em 1980, para 35%, em 1991, e 32%, em 1996. Paralelamente, vem ocorrendo um aumento no grupo etário de idosos (mais de 65 anos) que passou de 4% em 1980, para 6%, em 1996, como também a elevação da idade mediana de 19,2 anos, em 1980, para 21,7 anos em 1991, e 23 anos em 1996.

A mudança do perfil demográfico traz como consequência um aumento na oferta potencial de mão-de-obra, quando se considera o grupo em idade de trabalhar entre 15 e 65 anos, ocorrendo uma redução da dependência econômica ao longo dos anos. Porém, tal redução é fruto da diminuição da fertilidade e, no futuro, a taxa de dependência econômica³ tende a aumentar. Na análise desse fato, é importante observar que parte desta população, considerada com potencial para o trabalho, está na faixa etária de 15 a 19 anos, período esse caracterizado pelo preparo do jovem para exercer um trabalho digno, capaz de no futuro sustentar os mais velhos.

Para Ferguson (1993) tais mudanças demográficas têm implicações significativas sobre o adolescente. Diante do envelhecimento da população, torna-se necessário um maior suporte social para a população idosa. Nenhuma

³ Dependência econômica é a razão entre a população de 0 a 14 anos e a de + 65 anos e a entre 15 e 65 anos.

sociedade é viável sem um entrosamento entre os investimentos sociais destinados à população jovem e aos idosos. O primeiro representa o futuro e o segundo, fonte primária de conhecimento, história, costumes, elementos necessários para o desenvolvimento da sociedade. Porém, o Estado, com recursos limitados para serem investidos nas políticas sociais, vê-se diante dos conflitos sobre a aplicação dos mesmos. Em 1984, nos EUA, o total de gastos com programas de orientação para crianças representou um sexto daquele que foi despendido em atenção ao idoso.

Apesar da mudança gradativa no perfil etário da população brasileira, 22,8% desta são adolescentes, 11,8% tendo de 10 a 14 anos e 11% de 15 a 19 anos. Em função do crescente processo de urbanização, 79% da população geral residem na cidade, porém há diferenças entre os percentuais de adolescentes para a população rural (24,7%) e urbana (23,7%). Tal diferença pode ser explicada pelo fato de a redução da fecundidade ter o seu início nas áreas urbanas do país, só num período mais recente chegando às áreas rurais. Ao se comparar os percentuais da população adolescente feminina urbana para as faixas etárias de 10 a 14 anos (11%) e 15 a 19 anos (10,5%) com aqueles para a população rural, 13,6% e 10,1% respectivamente, observa-se uma pequena diferença para as jovens com mais idade na área urbana. (PNDS, 1996)

No estado de Goiás, 22,8% de sua população são adolescentes de 10 a 19 anos, 11,81% na faixa etária de 10 a 14 anos e 10,99% na de 15 a 19 anos. A maioria desta população (81,23%) reside na área urbana, acompanhando o mesmo perfil de distribuição demográfica do país. Ao considerar a população de adolescentes do estado, observa-se que dos 44,22% que residem em Goiânia, 20,94% estão na faixa etária de 10 a 14 anos e 23,28% de 15 a 19 anos. A maioria quase absoluta dos adolescentes (99,0%) reside na área urbana. (IBGE, 1991)

O nível de escolaridade do adolescente brasileiro vem aumentando ao longo dos anos, porém está longe de alcançar os níveis presentes nos países desenvolvidos. Cerca de 12% da população brasileira em geral nunca foi à escola. Em relação aos adolescentes do sexo masculino, 2,7% da faixa etária de 10 a 14 anos e 4,3% da faixa de 15 a 19 anos nunca freqüentaram uma escola. Para as jovens adolescentes, esses valores são 2,4 e 1,8% respectivamente,

sugerindo um melhor nível educacional entre a população de adolescentes do sexo feminino. Tal fato também pode ser percebido quando se analisa a concentração percentual de adolescentes com 1 a 3 e 5 a 8 anos de estudo. Para os adolescentes masculinos da faixa etária de 10 a 14 anos, 43,7% têm 1 a 3 anos de estudo e 29,1% têm de 5 a 8 anos de estudo. Para as adolescentes da mesma faixa etária, os valores percentuais são 37,7% e 35%, respectivamente. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, 18,3% dos adolescentes têm 1 a 3 anos de estudos e 45% têm de 5 a 8 anos. Esses valores são, para as adolescentes, 12,5% e 47,4%, respectivamente, indicando um maior nível de escolaridade entre as mulheres. (PNDS, 1996)

Essas diferenças também podem ser observadas nas medianas de anos de estudos para os adolescentes, conforme demonstram os dados da PNDS/1996. Entre escolares, há uma não correspondência esperada entre a idade cronológica e os anos de estudo, evidenciando um atraso e a não conclusão do ensino fundamental. Na verdade, o que está presente na realidade escolar brasileira é uma saída precoce da escola, pois 92,9% dos jovens entre 11 e 14 anos e 93,4% das jovens estão freqüentando a escola, enquanto para os jovens de 15 a 20 anos esses valores caem para 57% e 59,2%, respectivamente. (PNDS, 1996)

Essa realidade brasileira também está presente em outros países subdesenvolvidos, onde um terço das crianças que começou o primeiro ano sai da escola antes de completar o quarto ano. (Ferguson, 1993; Maddaleno e Silber, 1993)

Ao analisar o sistema educacional brasileiro, observa-se uma situação caótica, em que, apesar de ter acesso universalizado ao ensino, as crianças e os adolescentes, após vários anos de repetência, abandonam a escola. Os alunos permanecem em média 8,6 anos na escola e são necessários 20 anos para formar um aluno com escolaridade de 8ª série. De 1000 alunos matriculados na 1ª série, somente 2,5% concluirão o ensino fundamental sem nenhuma repetência. (Mello, 1993)

Essa situação é fruto de um somatório de fatores que envolvem desde a falta de planejamento estratégico dos governantes até uma política de desvalorização dos recursos humanos. Na atualidade, o combate a tal situação

fundamenta-se na premissa de que a educação é essencial para o desenvolvimento econômico. O conhecimento, a capacidade de processar e de selecionar as informações, a criatividade e a iniciativa são elementos básicos na formação do trabalhador diante da tecnologia do mundo moderno. A escola, assim, assume a responsabilidade de propiciar um conjunto de conhecimentos que ultrapasse o limite da formação manual e propicie um sólido domínio dos conteúdos de linguagem, matemática e outros conhecimentos científicos. (Mello, 1993)

A lógica da equidade é preconizada, porém impossível de ser alcançada, pois tal filosofia não considera as contradições geradas pelo sistema capitalista. Neste contexto, a formação global recebida está colocada como um elemento a parte do sistema, não se considerando a condição de penúria e de miséria em que vive a população.

De acordo com dados do IBGE (1991), o nível de escolaridade dos chefes domiciliares, do ponto de vista sócio-educacional, condiciona as possibilidades de escolarização de seus filhos, bem como influencia o ambiente cultural da família. No Brasil, em 1991, do total de jovens de 11 a 14 anos de idade analfabetos, 69,1% residiam em domicílios particulares chefiados, também, por pessoas analfabetas. (IBGE, 1991)

O discurso ideológico do capitalismo atual está direcionado para a tese de "valorização humana do trabalhador", visando a formar um indivíduo polivalente, participativo, flexível e, portanto, com capacidade de abstração e de resolução de problemas. O capital, mediante vários mecanismos, busca manter a "subordinação" do trabalhador no que se refere à sua formação. Porém, *"essa demanda real de mais conhecimento, mais qualificação geral, mais cultura geral se confronta com os limites imediatos da produção, da estreiteza do mercado e da lógica do lucro"*. (Frigoto, 1994, p. 54)

Na realidade, o discurso da qualidade total está fundamentado nas bases do estado neoliberal, em que a escola é vista como uma extensão da empresa, capaz de ser avaliada através de um produto final, mensurável, ou seja, *"subordinar a educação ao mercado, convertendo-a em mais um instrumento da complexa maquinaria de dualização e polarização social que caracteriza o projeto neoconservador"*. (Gentile, 1994, p. 158)

É nesse contexto que está inserido o adolescente, vivenciando uma fase da vida caracterizada por significativas mudanças biopsicossociais. Muitas vezes, o termo adolescência é compreendido como sinônimo de puberdade, porém puberdade é a expressão utilizada para se referir às modificações biológicas que ocorrem durante a adolescência. Sua expressão é universal e seu início cronológico, em condições físicas normais, geralmente, coincide em todos os povos. Nos últimos anos, a adolescência vem sendo considerada um momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, marcada pela aquisição da imagem corporal definitiva como também pela estruturação final da personalidade, não só apresentando características biológicas próprias, mas também uma psicologia e um sociologia peculiares. (Osório, 1989)

Urza (1992), ao dividir a adolescência em três períodos (Quadro 1), afirma que o primeiro período (10 a 13 anos) é caracterizado pelas mudanças próprias da puberdade, as quais são evidentes e centrais tanto para o adolescente como para aqueles que o rodeiam. O pensamento tende a ser menos concreto, o distanciamento dos pais começa a ser mais definido e as amizades são fundamentalmente do mesmo sexo. No segundo período (14 a 16 anos), a separação da família começa a ser mais real, e uma grande importância é dada aos amigos, havendo predominância de valores de conduta de caráter exploratório, fortalecida pela capacidade de pensar de forma mais abstrata e de fazer julgamentos baseados em idéias e sistemas filosóficos. No terceiro (17 a 19 anos), a tendência a experimentações começa a diminuir e surgem as relações interpessoais mais estáveis, levando muitas vezes à aproximação física e ao contato sexual. No plano cognitivo, a capacidade de abstração modifica-se, havendo uma planificação do futuro e preocupações com o estudo, o trabalho, a constituição de uma família. Nesta fase a relação com a família se torna menos crítica e de melhor qualidade.

QUADRO 1 - Etapas do Crescimento e Desenvolvimento Psicológico

ETAPAS	INDEPENDÊNCIA	IDENTIDADE	IMAGEM
ADOLESCÊNCIA INICIAL (10 a 13 ANOS)	Menor interesse nos pais, intensa amizade com os adolescentes do mesmo sexo, põem à prova a autoridade, necessidade de privacidade.	Aumentam as habilidades cognitivas e o mundo de fantasias, estado de turbulência, falta de controle dos impulsos, metas vocacionais irreais.	Preocupação pelas mudanças puberais, interesse pela aparência.
ADOLESCÊNCIA MÉDIA (14 a 16 ANOS)	Período de máxima inter-relação com os pares e de conflito com os pais, aumento da experimentação sexual	Conformidade com os valores dos pares, sentimento de invulnerabilidade, condutas onipotentes, geradoras de riscos.	Preocupação com aparência, desejo de possuir um corpo mais atrativo e fascinação pela moda.
ADOLESCÊNCIA FINAL (17 a 19 ANOS)	Emocionalmente próximo dos pais, de seus valores. As relações íntimas são prioritárias, o grupo de pares torna-se menos importante.	Desenvolvimento de um sistema de valores, metas vocacionais reais. Identidade pessoal e social com capacidade de intimar.	Aceitação da imagem corporal.

Fonte: Urza, 1992, p. 77.

A compreensão da adolescência como um processo de ocorrência universal é entendida de forma diferente entre os autores. Urza (1992), ao dividir a adolescência em três períodos, ressalta que tal divisão deve ser analisada sob dois pontos de vista. O primeiro refere-se à visão sócio-cultural, sendo o desenvolvimento por períodos próprio do adolescente de classe média urbana. Jovens com dificuldades sócio-econômicas e geográficas não atravessam essas etapas. O segundo, fundamentado na ausência das características descritas, faz surgir a "*hipótese do desenvolvimento imperturbado*" (p. 78) que, em estudos de coortes os jovens relacionavam-se bem com os pais, não se separando nem se rebelando com eles durante a adolescência. Nesse segundo enfoque, os únicos sintomas emocionais estatisticamente "*normais*" (grifo do autor) são certa quantidade de angústia e depressão.

Osório (1989) afirma que o vivenciar a adolescência só será possível àqueles jovens cuja preocupação com a sobrevivência imediata seja secundária. Aqueles que vivem no mundo da miséria e da fome apenas experimentam a puberdade enquanto etapa inevitável de transformações corporais, não lhes sendo oportunizado o vivenciar o processo de elaboração das perdas infantis e assimilação das aquisições adultas que caracteriza a adolescência do ponto de vista psicológico.

Knobel (1992) reconhece que o elemento sócio-cultural influi de uma forma específica na expressão da adolescência, porém considera que atrás dessa expressão sócio-cultural existe um mecanismo psicobiológico que lhe dá características universais. A base desse processo está fundamentada na reformulação de conceitos que o adolescente tem de si mesmo e que o levam a abandonar sua auto-imagem infantil e a se projetar no futuro de sua vida adulta. A adolescência deve ser compreendida como um processo de troca, de desprendimento, influenciado por fatores externos que favorecerão ou dificultarão sua expressão.

Clímaco (1991), ao repensar as concepções de adolescência, observou que, no campo teórico, as várias leituras que existem sobre o fenômeno da adolescência decorrem da forma como cada teoria estabelece a relação entre as bases biológicas do comportamento e as condições sociais nas quais ele se expressa. A compreensão do processo depende da referência filosófica do autor,

que por sua vez depende das influências científicas culturais, históricas e sócio-econômicas presentes no processo de formação da teoria. No campo empírico, a autora observou que, diante do acentuado antagonismo social da população brasileira, são definidos modos de vida distintos para os jovens, como também diferentes formas de passagem da infância para a idade adulta, questionando a forma padronizada de entender a adolescência. Assim, em seu estudo, Clímaco observou que, para um grupo de adolescentes de uma escola pública que trabalhava, a luta pela sobrevivência faz parte do dia-a-dia, diferenciando-os daqueles de melhor nível socio-econômico, de uma escola particular e que não trabalhavam, para os quais a adolescência é vivida como um período de desobrigações com a própria sobrevivência, sendo preparados para a realização de projetos futuros.

Porém, neste mesmo estudo, a autora observou que *"por força das influencias culturais, ocorre uma certa 'quebra' no forte impacto das diferenças de classe, produzindo uma aproximação nas representações sociais dos adolescentes"* (p. 78). O discurso dos jovens trabalhadores é apresentado de forma contraditória, mesclando padrões de comportamento específicos de seus contextos e padrões característicos das camadas mais favorecidas. A autora comenta que tal situação é compreensível ao se considerar o forte poder dos meios de comunicação de massa, cuja penetração influencia atitudes, hábitos e todo um conjunto de valores que *"democraticamente"* (grifo da autora) invadem os pensamentos e as ações influenciando a visão de mundo. No entanto, apesar desse forte poder de penetração, os meios de comunicação de massa não são capazes de homogeneizar as representações, pois elas são mediadas por elementos do próprio contexto de cada um, reforçando assim a necessidade de compreender a adolescência sob a luz das condições sócio-histórica do indivíduo.

A adolescência, em linhas gerais, é um processo universal, cuja expressão depende da qualidade de vida do indivíduo. Independente do contexto sócio-cultural, ela é marcada por um período de crise e desequilíbrio. Estas características ocorrem a partir das mudanças biológicas e psicológicas de inserção do jovem na comunidade adulta. O que difere um indivíduo do outro, uma cultura de outra é a amplitude e a intensidade da crise, sua forma de expressão e a solução que se lhe dá. (River. Apud: Levisky, 1979, p. 67)

Para Erickson (1976), uma das características marcantes da adolescência é a "crise de identidade".

A palavra crise é usada aqui num sentido de desenvolvimento para designar não uma ameaça de catástrofe, mas um ponto decisivo, um período crucial de crescente vulnerabilidade e potencial; e, portanto fonte ontogenética da força e do desajustamento generativos (p. 96).

Identidade, por sua vez, compreendida como "a consciência que o indivíduo tem de si mesmo como 'um ser no mundo' ", permite que o indivíduo se reconheça como uma unidade pessoal e distinta dos outros, sendo a resultante de todas as identificações vivenciadas em etapas anteriores da vida. (Osório, 1989, p. 14)

A construção da identidade é um processo que ocorre durante a vida, e na adolescência assume um papel especial diante das mudanças corporais, determinando uma nova relação com os pais e com o mundo, vivenciada através dos lutos pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância. (Aberastury, 1992)

O luto pelo corpo infantil ocorre a partir das mudanças biológicas que muitas vezes se impõem como algo externo, deixando o adolescente como um espectador impotente frente às mudanças corporais. O luto pela perda da identidade infantil leva-o a uma renúncia da dependência e à aceitação de responsabilidades outrora não existentes e o luto pelos pais da infância assume um significado diferente, e muitas vezes a relação se complica frente à atitude dos pais em aceitar o seu envelhecimento e o crescimento de seu filho. (Knobel, 1992)

Durante a adolescência ocorrem significativas mudanças em relação ao corpo (puberdade), caracterizadas pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários e pelo estirão da puberdade. O primeiro ocorre a partir da interação do sistema neuro-endócrino, resultando no desenvolvimento das mamas, pêlos, órgãos genitais e no preparo para a função procriadora. O segundo é o aumento na velocidade do crescimento, expresso no acréscimo de peso e altura. Com exceção do primeiro ano de vida, é o período de maior crescimento do indivíduo. (Marcondes, 1979)

Nesse período, o processo de crescimento e de desenvolvimento é fortemente influenciado por fatores genéticos e ambientais. Na adolescência, os fatores hereditários podem ser expressos por vários aspectos, tais como a época do início da puberdade, a intensidade de determinadas características sexuais (pilosidade, tamanho das mamas e genitais, idade da menarca e outras). A avaliação de ambos os processos envolve uma visão global de todos os aspectos biopsicossociais. (Colli, 1993)

A magnitude e a duração do estirão variam de indivíduo para indivíduo e não estão relacionadas com a idade cronológica e sim com a maturação sexual do adolescente. O crescimento do esqueleto é constante e acontece no sentido distal proximal. O estirão do crescimento é caracterizado por um período de aceleração, seguido de uma desaceleração. O ganho em altura durante o estirão, cuja duração média é de 24 a 36 meses, é de aproximadamente 10 cm por ano, podendo ainda ocorrer um incremento de 5 a 8 cm na fase de desaceleração, até a parada total do crescimento. Nessa fase, o jovem adquire aproximadamente 50% do seu peso final e 20-25% de sua estatura definitiva. Face a essas características do crescimento, a nutrição assume fundamental importância, tornando-se, o adolescente, muito sensível às restrições calóricas durante esse período. (Saíto, 1993)

O estirão ocorre mais precocemente na jovem, nas fases iniciais da puberdade, deixando-a, geralmente, maior do que o jovem da mesma idade. A composição corporal modifica-se, havendo nas adolescentes também aumento de massa muscular, porém não tão intenso como nos adolescentes, o que faz conservarem os depósitos de gordura, o que muitas vezes leva a jovem a adotar práticas alimentares irregulares. Ao término do crescimento, há nas adolescentes, duas vezes mais gordura e apenas dois terços de massa muscular presentes nos adolescentes. No jovem, o estirão ocorre mais tardiamente, com o aumento não só do volume mas também da força muscular. Há aumento de todos os tecidos e órgãos, com exceção do tecido linfóide e da gordura subcutânea. (Marcondes, 1979; Saíto, 1993)

Nos países desenvolvidos, atualmente há uma marcada tendência para a ocorrência de uma maturidade física mais precoce, sobretudo sexual, bem como um aumento na estatura definitiva do adolescente. O crescimento e o

desenvolvimento na adolescência são resultantes da qualidade de vida de períodos anteriores, incluindo o pré-natal e a infância. Da mesma forma, a sua ocorrência terá importante repercussão no estado de saúde do adulto (OMS, 1977). Possivelmente, tal característica também esteja ocorrendo nos países subdesenvolvidos, frente a um maior controle das doenças e a melhores condições nutricionais.

O padrão de crescimento e as modificações corporais não são idênticos entre adolescentes de uma mesma idade, como também não são uniformes por todo o corpo. O aumento do peso e da altura pode não ser proporcional, assim como as características sexuais secundárias e primárias não ocorrem no mesmo ritmo. A falta de uniformidade do crescimento é denominado crescimento "assimétrico" e com freqüência exige uma adaptação física e mental do adolescente. *"Uma modificação na imagem do próprio corpo e uma reavaliação do eu à luz de novos poderes físicos e novas sensações são duas das conseqüências psicológicas da mudança de condição física"*. (Blos, 1985, p. 11)

A imagem corporal é assim definida por Schilder (s.d., p. 15):

Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que este se nos aparece... Y si bien percibimos esta unidad, trátase de algo más que una percepción. Para designarla, usaremos la expresión: esquema de nuestro cuerpo o esquema corporal... O esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y podemos llamar esta imagen, imagen corporal.

Osório (1989) afirma que a imagem corporal envolve aspectos conscientes e inconscientes, sendo determinada pela percepção subjetiva da aparência, pela habilidade à função, por fatores psicológicos internalizados e por fatores sociológicos (papel atribuído ao corpo pela sociedade em um determinado momento). Muitas vezes, o adolescente é insatisfeito com sua aparência física por haver em sua mente conflito entre a imagem corporal idealizada, geralmente influenciada por valores estéticos, e a imagem corporal real do corpo em transformação. Entre os adolescentes, são comuns as distorções sobre a imagem corporal, expressas através do tamanho do pênis ou das mamas.

Diante das transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, as mudanças no corpo adquirem importância fundamental para o adolescente. O conjunto de transformações ocorre em um período relativamente curto, em comparação com a duração do processo de adolescência. Em pouco tempo, o corpo infantil se transforma em um corpo adulto. A aceitação da nova imagem corporal é gradativa e alterações como pilosidade acentuada, acne, uso de óculos ou excesso de peso podem ser fatores que desvalorizam o adolescente e o levam a um estado de depressão. (Levisky, 1979)

Não só para o adolescente, mas para todas as pessoas de uma sociedade, o corpo é um conjunto que expressa crenças, significado social e psicológico em sua estrutura e seu funcionamento. A expressão "imagem corporal" engloba as experiências e os conceitos que o indivíduo tem em relação ao seu próprio corpo, cuja construção vai ocorrendo ao longo da vida, permeada por influências familiares e pela sociedade em geral. Nesse contexto, cada ser humano apresenta, de uma certa forma, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), adquirido no nascimento, e um corpo social, necessário ao corpo individual para viver em sociedade e que representa também o "corpo político", pois exerce um controle poderoso sobre todos os aspectos do corpo individual: sua forma, tamanho, vestimenta, dieta alimentar e postura, seu comportamento em relação a saúde, doença, profissão, lazer, reprodução. (Helman, 1994)

A compreensão do corpo, na perspectiva de sua forma, função e utilização, muitas vezes parece ser óbvia e universal, porém, é na verdade, aprendida socialmente. Funções orgânicas básicas como alimentação, excreção, movimento são universais, no entanto a forma de manifestação e o atendimento dessas necessidades são culturalmente estabelecidos. Não só a cultura influencia a forma de expressão do corpo, mas também a concepção de mundo expressa inconscientemente pela sociedade em termos do que é considerado certo ou errado, nobre ou indigno, próprio ou alheio, desejável e indesejável. (Aguirre, 1986)

Furnham e Alibhai (1983), partindo da idéia de que em sociedades ocidentais o ideal da classe economicamente elevada é ter um peso corporal baixo e o inverso é verdadeiro em países não ocidentais e subdesenvolvidos, realizaram um estudo comparativo entre três grupos de mulheres. O primeiro de

um país da Ásia, o segundo de mulheres britânicas e o terceiro de mulheres imigrantes do país asiático que viviam na Inglaterra no mínimo há quatro anos, com condições sócio-econômicas similares. Os autores observaram diferenças na percepção da imagem do corpo feminino entre os três grupos. Ao escolher silhuetas e designar a essas uma série de adjetivos, as mulheres do país oriental escolheram aquelas maiores, designando adjetivos positivos a essas imagens. Os outros dois grupos escolheram e deram adjetivos positivos para as silhuetas menores. O grupo de imigrantes apresentou uma opinião muito semelhante às inglesas, rejeitando os valores de sua própria cultura e aceitando aqueles do país estrangeiro. Os autores concluem que os fatores sociais e culturais têm um significativo papel tanto na percepção do próprio corpo como da imagem do outro.

O corpo, ao longo da história, é compreendido de forma diferente, refletindo as relações de poder e os confrontos de interesses que ocorrem na sociedade. Santin (Apud: Siebert, 1995, p. 17) afirma que, *“com base em cada época, define-se o perfil corporal do homem, de acordo com os valores, as exigências e os interesses de projetos elaborados pela classe dominante”*.

Na Grécia e em Roma antigas, o corpo é um elemento de glorificação e de interesse do Estado. Para os mais favorecidos, estava presente a preocupação com um corpo saudável, símbolo de beleza. Por outro lado, o corpo das camadas mais pobres era preparado para o exercício da guerra ou a realização de atividades com natureza técnica. Na Idade Média, a preocupação com o corpo foi proibida, principalmente por influência da Igreja, pois os preceitos religiosos e o bem da alma eram colocados em oposição ao corpo. No período Renascentista ocorre uma redescoberta do corpo, principalmente no sentido artístico. Porém, é a partir do século XVIII, com a industrialização, que o corpo vai assumir significados diferentes na sociedade. (Siebert, 1995)

Na sociedade industrializada, com a presença do capitalismo, o corpo é utilizado como elemento para efetivar o trabalho, manter a produção e ser uma entidade de consumo. O conhecimento sobre ele vai além da ciência mecânica de seu funcionamento, passando a ser compreendido pelas chamadas ciências da vida (biologia e seus ramos) como um organismo dotado de funções próprias, dentre essas destacando-se sua capacidade de sobrevivência. Nesse contexto, o corpo passa a ser investigado no campo médico-científico com a finalidade de

normalização de condutas, para poder melhor controlá-lo (Siebert, 1990). Histórica e culturalmente, esse conjunto de normas, permissões e valores é interiorizado graças a inúmeros procedimentos sociais, entre eles a educação. (Chauí, 1988)

Dessa forma, na sociedade capitalista, cria-se a imagem do corpo forte para o trabalho e bonito, representante de status sócio-econômico, rótulo de embalagens para mercadorias. O corpo idealizado assume uma forma padrão que passa a ser maciçamente divulgada pela indústria cultural.

Na sociedade moderna, o corpo passa a ter um lugar de destaque. O equilíbrio e a felicidade podem ser alcançados através de um modelo de corpo jovem, perfeito, bonito e saudável, presente na moda, nas propagandas, mantido através de dietas, exercícios, academia de dança ou ginástica. Na verdade, o corpo é tratado como objeto de consumo, sempre belo e rejuvenescido, “a importância maior está em ‘parecer’ do que em ‘ser’ “. (Aguirre, 1986, p.37)

Nesse contexto da sociedade industrializada, o adolescente assume o papel de consumidor por excelência dos bens produzidos. Frente ao seu poder de consumo, a adolescência significa

... ideal de vida para todas as idades: corpos jovens, nus ou seminus, viris, sensuais, bronzeados, saudáveis, belos, felizes e plenos estão a serviço não só da venda de sabonete, desodorante, roupa, cigarro, máquina, móveis, casa, livros, cosméticos, turismo (os objetos passando a ter os atributos de juventude, saúde, beleza e felicidade de seus oferecedores), mas ainda estão a serviço da disciplina corporal (ginástica, exercícios, dietas alimentares). (Chauí, 1988, p. 163)

Apesar das inúmeras informações pelas mais variadas vias de comunicação, muitas vezes o adolescente tenta resistir a essa imagem de consumidor, porém encontra dificuldades diante da doutrinação exercida pelo grupo no sentido de impor-lhe um estilo de vida. (Clímaco, 1991)

Atualmente, a preocupação com o corpo e com a forma física está muito presente, influenciando principalmente as mulheres. Guilen e Barr (1994), em um estudo retrospectivo de uma revista americana destinada a adolescentes, no período de 1979 a 1990, observaram que, ao longo dos anos, os artigos, mensagens, propagandas e receitas com conteúdos de nutrição ou atividades

físicas enfatizavam a perda de peso e a aparência como elemento de atração física. Os artigos relacionados à nutrição eram em maior número na década de 70 e, já em 1990, igualavam-se àqueles relacionados ao incentivo à forma física. O estereótipo dos modelos utilizados nas propagandas também modificou-se ao longo das décadas, tornando-se um corpo andrógono mais delgado, com menos curvas. Os autores concluem que, de maneira geral, existe uma exaltação à magreza, tornando-se essa a expectativa da jovem adolescente.

Os estudos relacionados a doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças associadas à obesidade têm contribuído para a busca de um corpo magro e mais esbelto. Tal situação está levando a um “*boom de magreza*”, aumentando a prática de atividades físicas, principalmente entre as mulheres e, ao mesmo tempo, o aumento de obesidade entre as crianças e de distúrbios alimentares mais graves (anorexia e bulimia) entre adolescentes. (Guillen e Barr, 1994)

Cassel (1995), em um estudo sobre as diferentes formas como a obesidade é vista nos EUA, numa perspectiva da antropologia social e da nutrição, verificou que, ao longo da história, nem sempre a obesidade foi vista como expressão negativa. Em épocas quando o alimento é escasso, ser obeso é sinal de fartura e de prosperidade. Por outro lado, em tempos quando o alimento é abundante, o modelo favorito é ser magro. No século XX, o controle de peso passou a ser uma obsessão, passando o obeso a ter um estereótipo cujo significado é a preguiça, a falta de beleza e de autocontrole. Muitas são as formas de controle de peso, algumas trazendo prejuízos à saúde do indivíduo, tais como a realização de dietas com grande restrição calórica, uso de laxantes, prática exagerada de exercícios físicos, entre outras. A autora conclui que ser obeso nos EUA em 1995 não é tarefa fácil.

Na busca de sua identidade, na elaboração de uma escala de valores próprios, na identificação com os pares, enfim, no processo de transição característico dessa fase de desenvolvimento, o adolescente se torna alvo de mensagens que, de acordo com as convenções de beleza, ressaltam a magreza como atrativo físico, passando a gordura ser considerada feia, longe dos padrões ideais para um corpo bonito. No turbilhão de transformações hormonais,

funcionais, afetivas, sociais, as alterações físicas adquirem fundamental importância para o adolescente. (Fleitlich, 1997)

O ideal de corpo preconizado por todos no final do século XX é aquele mais magro, flexível e saudável. Para o adolescente, tal padrão de beleza gera uma certa insatisfação com o seu corpo, levando-o a adotar práticas alimentares irregulares que podem afetar o seu estado nutricional, considerando ser a adolescência um período em que as necessidades de nutrientes estão aumentadas em função do rápido crescimento. A alimentação pode estar alterada em função de situações de estresse, questionamento dos valores dos adultos, horários de escola e trabalho, determinando o aparecimento de distúrbios nutricionais. A preocupação com a aparência física, muitas vezes determinada pelos pares, pode levar a exageros ou restrições alimentares desnecessárias e mesmo prejudiciais ao crescimento. (Colli, 1979)

Emmons (1994), estudando fatores predisponentes que diferenciavam adolescentes que faziam dieta ou não em 1269 estudantes, cuja idade média era de 17,5 anos, observou que a maioria dos jovens que fazia dieta na verdade não era obesa, mas sim tinha percepção de ser obesa, gerando um sentimento de insatisfação com o corpo e o desejo de ser magra. Fatores tais como peso dos pais, ordem de nascimento e estado sócio-econômico não foram significativamente diferentes entre os dois grupos de adolescentes.

Em um estudo americano (Centers for Disease Control, 1991) sobre a saúde do adolescente, observou-se em uma amostra de 11631 estudantes adolescentes que a insatisfação com o peso estava principalmente entre as jovens - 43,6% delas haviam tentado perder peso - enquanto somente 15,3% dos jovens já o haviam tentado. E ainda, 27,4% das adolescentes que se consideravam com o peso normal já haviam feito dieta. A prática de exercícios, a omissão de refeições, o uso de pílulas para emagrecer e a provocação de vômitos foi significativamente mais alta no sexo feminino do que no masculino.

O interesse pelo peso, principalmente em sua redução, vem aparecendo cada vez mais cedo entre as adolescentes, já em idades precoces de 9 a 11 anos. A prática de realização de dietas, evitar o consumo de gordura, sentir-se culpada após cada refeição está presente mesmo entre as jovens que não se consideram obesas. (Koff, 1991)

Feldman et alii (1988) considera que a percepção da necessidade de ser magro está presente desde os sete anos ou mesmo em idades mais jovens. A partir de uma revisão bibliográfica de vários estudos, o autor avalia a influência da cultura e o papel da televisão na formação das atitudes da criança relacionadas ao peso corporal.

Na mesma linha de estudo, Dietz (1990) ao analisar os ciclos I (1963-1965) e II (1966-1970) do National Health Examination Survey, observou que o tempo despendido assistindo televisão foi significativamente correlacionado com a prevalência de obesidade. As causas sugeridas para tal associação foram a diminuição do gasto energético, devido à redução da prática de atividades físicas, e alterações metabólicas, como também aumento no consumo de alimentos, seja quando se está assistindo a televisão ou mesmo por influência das propagandas de alimentos veiculados por ela. O autor também afirma que a baixa freqüência de pessoas obesas na televisão, combinada com a freqüente propaganda de alimentos, pode promover uma não real associação entre alimentação e peso corporal. A televisão reflete uma contradição cultural ao estimular o consumo de alimentos e veicular imagens de pessoas magras.

Moore (1993), em uma revisão bibliográfica de 38 artigos sobre imagem corporal e comportamento alimentar na adolescência, afirma que dois terços de adolescentes de qualquer idade estão insatisfeitos com o peso. Um pouco mais da metade de todas as adolescentes estão insatisfeitas com a imagem corporal, e esse fato tem uma correlação positiva com o peso. Há também uma insatisfação em relação ao tamanho e à forma de algumas partes do corpo, tais como coxa, quadris, cintura e seios. O interesse pelo peso é mais comum entre adolescentes brancas, de bom nível sócio-econômico e com baixa auto-estima. Entre as jovens é mais comum a prática de formas inadequadas de perda de peso, acarretando sérios problemas de saúde.

Estudos em outras culturas e povos, como os índios americanos e os nativos do Alasca, de Israel, de Budapest, e comparações feitas entre jovens da Finlândia, Alemanha e Estados Unidos também têm demonstrado uma insatisfação por parte dos adolescentes em relação ao peso e à imagem corporal, evidenciando a universalidade desta característica e sua força no rompimento de

barreiras étnicas e culturais para a sua total expressão. (Kertész et alii, 1992; Erkolahti et alii, 1992; Story et alii, 1994; Neumark – Sztainer et alii, 1995)

Nesse contexto, é reconhecida a insatisfação dos adolescentes com sua aparência física, com a percepção das transformações que estão acontecendo no corpo gerando sentimentos de estranheza do próprio “*self*” na adolescência (Osório, 1989). A insatisfação com a imagem corporal é uma característica da adolescência, porém, no que se refere ao aspecto nutricional, ela se torna prejudicial diante das pressões externas da sociedade, através da imposição de valores de beleza e estética que a cada dia dão maior ênfase ao corpo magro.

As constantes mudanças corporais, associadas à busca de uma nova identidade e aos valores de beleza presentes na sociedade, podem ser vividos de forma diferente diante de uma gravidez na adolescência, como será discutido a seguir.

CAPÍTULO II

SER GESTANTE ADOLESCENTE

Um dos problemas que se destaca durante a adolescência é a ocorrência de uma gravidez. Tal fato, apesar de não ser recente, tem chamado a atenção dos especialistas em razão do seu significado atual. Nos estudos sobre adolescência, a gravidez representa um confronto com a expectativa do papel da mulher na sociedade atual. Diante da modernização ocorrida nas últimas décadas, criou-se uma expectativa de redução da maternidade jovem como uma consequência da transformação do papel social da mulher, exigindo-se dela não só um papel de mãe e dona de casa, mas também sua inserção mais efetiva na força de trabalho. Muitas vezes, frente a uma gravidez, a adolescente não se sente preparada nem no aspecto econômico nem no psicossocial, exigindo uma atenção mais especializada e integral.

Existem vários estudos que apresentam o número de ocorrências de gravidez entre as adolescentes. Segundo Shane (1997), em publicação da Population Reference Bureau, o aumento do número de gravidezes na adolescência é um fenômeno mundial. Nos países em desenvolvimento, 40% das jovens dão à luz antes dos 20 anos, oscilando essa proporção entre 8% na Ásia Oriental e 56% na África Ocidental. Nas regiões desenvolvidas, a proporção média das mulheres que dão à luz nessa faixa etária é de 10%, embora nos EUA essa taxa seja de 19%.

Segundo a OMS (1995), as taxas mundiais de fecundidade entre as mulheres com menos de 20 anos vêm diminuindo, na mesma proporção que as relativas aos demais grupos de idade, apesar do número total de partos entre as adolescentes estar aumentando. Tal fato decorre do aumento do quantitativo de adolescentes. O número de crianças nascidas de mulheres menores de 20 anos varia desde 4 por 1000, no Japão, até 239 por 1000, na Nigéria. Na maioria dos países, a fecundação das mulheres jovens corresponde à idade de casamento. Nos países onde as mulheres casam muito jovens, há uma alta taxa de fecundidade entre esse grupo, como o que acontece em Bangladesh, onde a taxa de fecundidade para as mulheres entre 15 a 19 anos é de 200 por 1000. Nos

locais onde as mulheres casam mais tarde, como nos países desenvolvidos e na maioria dos países do Mediterrâneo Oriental e da Ásia Oriental, as taxas de fecundidade entre as mulheres de 15 a 19 anos são mais baixas.

Nos países da América, a taxa total de fecundidade e a taxa de fecundidade para a faixa etária de 15 a 19 anos vêm diminuindo, embora essa diminuição não seja proporcional para todos os grupos de idade e nem países. Em Cuba, a queda da taxa total de fecundidade é maior que a taxa total para as adolescentes. Portanto, a proporção relativa de nascimentos de mães menores de 20 anos está aumentada em relação à natalidade geral, representando 30% dos nascimentos. Na Colômbia, onde se observa uma maior diminuição na taxa de fecundidade entre as adolescentes, em comparação com a queda da taxa total, ocorre uma situação paradoxal, pois, embora a comparação relativa demonstre uma queda na taxa da fecundidade das adolescentes (18% em 1973 e 16% em 1986), o número total de nascidos vivos tem aumentado, porque a população de adolescentes é maior. (Munitz e Silber, 1992; Romero, 1992)

Nos EUA, onde a taxa de fecundidade da mulher menor de 20 anos diminuiu 20% entre 1970 e 1980, a proporção de gravidezes na adolescência aumentou em 17% durante o mesmo período. A diminuição dos nascimentos deve-se ao aumento de 90% na taxa de aborto durante o período de 1973-1981. Na Suécia, a taxa de fecundidade entre as adolescentes foi reduzida pela metade no período de 1971 a 1989, diminuindo também a taxa de aborto, situação que se explica por uma política definida de planejamento familiar para todos os grupos de idade. (Munitz e Silber, 1992)

Na América Latina, a atividade reprodutiva da mulher menor de 20 anos é preocupante, embora esse não seja um problema novo. A maioria dos nascimentos ocorre fora do matrimônio e o número de abortos entre as jovens é grande. (Greising, 1992)

Ao longo da história, a sociedade criou mecanismos de controle sobre a prática do sexo pré-marital e a gravidez não planejada, tais como vigiar a jovem adolescente, impedindo que sua atividade sexual se inicie antes do casamento, fazendo com que a jovem se case no começo da puberdade ou aplicando a violência física ou o ostracismo à mãe solteira. Em algumas partes do mundo,

mesmo a jovem recém-casada só é reconhecida socialmente após ter um filho e, em muitos locais, até que tenha um filho do sexo masculino. (OMS, 1995)

No Brasil, a ocorrência da gravidez na adolescência vem aumentando ao longo dos anos. Em 1970, 6,5% das adolescentes da área urbana e 10% da área rural haviam dado à luz. Em 1986, essas porcentagens aumentaram para 9,6% e 13%, respectivamente (Henriques et alii, 1989). Já em 1996, esses valores foram de 13% na área urbana e 20,1% na área rural, evidenciando um maior aumento nessa última. (PNDS, 1996)

Segundo a PNDS/1996, a fecundidade da mulher brasileira vem diminuindo, ou seja, em um período de quinze anos a fecundidade total diminuiu 1,5 filho por mulher, eqüivalendo a um decréscimo de um filho a cada 10 anos, chegando ao valor atual de 2,5 filhos por mulher, para o período aproximado entre 1993 e 1996. No entanto, a queda da fecundidade tem sido mais acentuada nas faixas etárias centrais, ocorrendo uma participação maior do grupo de 15 a 19 anos na taxa de fecundidade total.

Segundo o referido relatório, 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva e, entre aquelas menores de 19 anos, uma em cada três já havia ficado grávida alguma vez. O maior índice de mães na adolescência se encontra na região Norte (19,5%) e o menor na região Centro-Leste⁴ (9,0%). Para a região Centro-Oeste, 13,0% já eram mães e 4,0% estavam grávidas do primeiro filho.

Os dados de atendimentos de partos pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) sugerem um crescimento no número de meninas de 10 a 14 anos grávidas, pois entre os anos de 1993 e 1995 o número de partos entre elas aumentou de 26505 para 28282, significando um aumento de 0,31% para 0,33%. Os maiores incrementos ocorreram nas regiões Norte e Centro-Oeste. Tais informações podem estar refletindo um aumento na cobertura hospitalar, todavia elas chamam a atenção, pois evidenciam que a gravidez durante a adolescência está atingindo uma faixa da população muito jovem. (Camarano, 1996)

Em Goiânia, segundo dados oficiais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no primeiro semestre de 1995 ocorreram 2286

⁴Região Centro-Leste, segundo classificação da PNAD.

nascimentos cujas mães tinham idade inferior a 20 anos e, destas, aproximadamente 3% eram menores de 15 anos. (Perfil de Saúde, 1996)

As causas para tal aumento são explicadas por várias hipóteses, entre elas a falha do sistema econômico e social em criar novas perspectivas para as jovens adolescentes, a maior liberdade sexual verificada em todos os segmentos da sociedade a partir do final da década de 1960, a ênfase crescente no sexo e na sexualidade dada pelos meios de comunicação de massa e, possivelmente, a uma menarca cada vez mais precoce. (Henriques et alii, 1989)

As informações a respeito da sexualidade dos adolescentes latino-americanos são escassas e se referem a apenas alguns países latino-americanos. Na Bahia (Brasil), 20% das adolescentes entre 15 e 19 anos declararam ter relações sexuais pré-maritais, cifra que alcançou 13% na cidade do México e 22,2% na Guatemala. A observação clínica tem demonstrado que a relação sexual precoce ocorre nas comunidades rurais, nas áreas suburbanas e nas classes sociais mais baixas das grandes cidades. O aumento no número de adolescentes sexualmente ativos não está acompanhado do aumento proporcional no uso de uma contracepção adequada. Os motivos referidos pelos adolescentes para o não uso de um método anticoncepcional são vários, entre eles a convicção de que nada acontecerá, o momento inesperado da relação, o desconhecimento quanto ao uso adequado do método anticoncepcional, o temor de ser criticado devido a sua utilização e o medo da descoberta pelos pais. A metade das gestações na adolescência ocorre nos seis primeiros meses seguintes à primeira relação. (Romero, 1992)

Segundo Munitz e Silber (1992), apesar de uma gravidez na adolescência não ser “*buscada*”, é difícil caracterizar as intenções definidas entre a afirmação e a negação de uma adolescente. A resistência e a oposição frente a uma gravidez variam amplamente entre a população de adolescentes. As pesquisas sobre o comportamento sexual das jovens evidenciam uma discrepância entre seus valores morais e o seu verdadeiro comportamento sexual. No seu código de comportamento, a gravidez não é desejada e as relações sexuais devem ocorrer após o matrimônio. Porém, na prática, elas tendem a “flexibilizar” esses princípios quando eles se aplicam a elas mesmas, gerando

assim uma ambivalência entre o código ideal e o comportamento real, ficando as jovens expostas aos riscos dessa situação.

Nesse contexto, as jovens não planejam suas relações sexuais, pois pensam que essas só são perdoáveis quando ocorrem de maneira espontânea, sem premeditação. Assim, como a contracepção requer uma planificação, há maior risco de ocorrer uma gravidez, e a situação fica mais crítica quando, diante da ocorrência, tende-se a negá-la, levando ao aborto ou a um pré-natal iniciado tardiamente. Os autores ainda consideram que os fatores psicossociais exercem um efeito decisivo sobre as adolescentes que estão vivendo momentos de pressão interna (hormonal e instintiva) e externas (do companheiro, dos estereótipos culturais e dos pares).

A disfunção familiar, principalmente na infância e na adolescência, é outro fator etiológico estudado em relação à ocorrência de uma gravidez na adolescência por levar a jovem a iniciar sua vida sexual prematuramente. Geralmente as adolescentes com baixa auto-estima e que sofrem discriminação afetiva encontram na relação sexual a atenção e o cuidado que desejam. Nesse sentido, elas encontram alívio em relação a sua solidão e seu abandono, saindo física e emocionalmente de sua casa "patológica", onde se sente ameaçada pela violência, muitas vezes ocasionada pelo alcoolismo e por relações incestuosas. (Munitz e Silber, 1992)

Pauker (Apud: Osofsky e Osofsky, 1978, p. 1163) afirma que "*as meninas não estão grávidas porque são diferentes, mas há alguma coisa diferente porque elas são grávidas*". Diante de tais situações, a possibilidade ou o erro de engravidar são os mesmos entre a adolescente e a mulher adulta. Esse ponto de vista ressalta a importância do cuidado de não estigmatizar a grávida adolescente. Contudo, indubitavelmente, a interação entre ambiente familiar e gravidez na adolescência é uma área complexa, sendo necessário analisar cada caso individualmente.

Marques e Ebrahim (1991), em um estudo do tipo caso-controle realizado em Recife, observaram alguns fatores antecedentes de uma gravidez na adolescência, entre eles, ser sexualmente ativa, não usar ou utilizar incorretamente algum método anticoncepcional, falta de perspectiva diante do

baixo nível educacional, possibilidade de melhora de vida e aceitação da maternidade pela família e pela sociedade.

Guimarães (1993), em um estudo epidemiológico do tipo caso-controle sobre os fatores de risco para a gravidez na adolescência, em Goiânia, observou que residir mais de dois anos nesta cidade, ser casada ou estar em união consensual, ter baixa escolaridade, morar fora de casa e ter uma composição familiar tipo mãe sozinha são fatores de risco para uma gravidez precoce.

A gravidez na adolescência, para uma jovem casada ou não, representa uma limitação às suas perspectivas de instrução e trabalho. No Brasil, há uma forte relação entre a fecundidade e os níveis educacionais. Entre as adolescentes que tiveram três ou menos anos de escolaridade, a taxa de fecundidade era de 176/1000, enquanto entre aquelas que tinham continuado a estudar até o nível médio ou além dele, a taxa era de 49/1000 (Henriques et alii, 1989). No Caribe, onde um terço das gestantes tem menos de 19 anos, uma grande parte delas abandonou seus estudos ou não foi readmitida na escola. Na Nigéria, 52% das gestantes adolescentes foram expulsas da escola. (OMS, 1995)

A falta de instrução leva a mulher a uma limitada capacidade de tomar decisões com conhecimento de causa e a não encontrar um trabalho com melhor remuneração. Tal situação atinge também o jovem pai, reduzindo suas oportunidades de emprego. Nos Estados Unidos, observou-se que mulheres que deram à luz durante a adolescência, quando chegavam aos vinte anos, tinham empregos com categorias inferiores quando comparados com os daquelas que retardaram a maternidade. Nos países desenvolvidos, a gravidez de uma adolescente solteira pode trazer como consequência uma humilhação econômica, social ou um casamento realizado de forma precipitada, com grandes possibilidades de acabar em divórcio.

A gravidez na adolescência tem sido considerada de risco tanto para a jovem quanto para o seu conceito. Esses riscos podem ser tanto biológicos quanto psicossociais e são tanto mais importantes quanto menor a idade da adolescente. Segundo Guimarães (1993), a idade de risco varia de autor para autor, porém há uma tendência a considerar a gravidez até 16 anos como de maior risco.

Entre os riscos biológicos destacam-se pré-eclâmpsia, anemia, parto prematuro, desproporção cefalo-pélvica, hemorragia, parto difícil e prolongado e morte materna. (Munitz e Silber, 1992, Mota e Silva, 1994)

Scholl et alii (1994), em estudo utilizando o método da meta-análise, o qual envolveu uma revisão bibliográfica dos últimos 17 anos, selecionando aqueles trabalhos de um maior rigor metodológico, verificaram que os riscos relacionados com algumas enfermidades na verdade não dependem da idade e sim das condições sócio-econômicas e sociais, bem como da realização de um pré-natal adequado durante a gravidez. Durante a gravidez na adolescência há um risco aumentado de parto prematuro tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos. Nos primeiros, há menor risco de cesárea entre adolescentes, ocorrendo também uma tendência secular para o declínio de anemia e da hipertensão induzida pela gravidez em comparação ao risco apresentado por mulheres adultas. Nesses países, os programas de atenção à gestante adolescente parecem ter potencial para reduzir os riscos de muitas complicações durante esse período. Por outro lado, nos países subdesenvolvidos, as gestantes adolescentes têm maior risco de serem anêmicas, fazerem cesárea e darem à luz a crianças prematuras.

Shane (1997) considera que o risco de morrer por causas relacionadas com a gravidez e o parto é muito maior entre as gestantes adolescentes. Os índices de mortalidade materna entre jovens de 15 a 19 anos é duas vezes maior do que para mulheres de 20 a 29 anos. A probabilidade de que adolescentes entre 10 e 14 anos morram durante a gravidez e o parto é cinco vezes maior do que entre as mulheres de 20 a 24 anos. Embora todas as mulheres apresentem maior risco em sua primeira gravidez e parto, no caso das adolescentes este risco é muito maior, pois têm menos experiência, recursos e conhecimentos do que as mulheres adultas. Além disso, muitas vezes essas jovens não recebem a atenção adequada durante o pré-natal, geralmente iniciado em etapa avançada da gravidez.

No entanto, segundo Romero (1992), a mortalidade materna da adolescente está relacionada com a mortalidade materna geral, cujas causas estão associadas à baixa condição social da mulher, à ausência de serviços de atenção materna e à falta de aplicação de tecnologias apropriadas durante a

gestação e o puerpério. Quando as gestantes adolescentes recebem atenção apropriada, o risco de morrer não é maior do que aquele apresentado pelas mulheres adultas. Em países onde a mortalidade materna é alta, isso também ocorrerá na fase da adolescência. Por outro lado, onde ela é baixa, a mortalidade entre as adolescentes é menor. A autora afirma ainda que não existem razões biológicas que justifiquem maior risco de morte nesse grupo etário em relação aos demais.

O aborto e suas complicações é uma das causas de morte de gravidez na adolescência, principalmente nos países onde o mesmo não é legal. Os registros hospitalares indicam o número de mulheres admitidas em função de complicações no aborto, no entanto as estimativas feitas sobre esses dados não são reais na medida em que muitas jovens não requerem atenção hospitalar após a realização do aborto. Estudos mais recentes indicam que a frequência de abortos provocados entre as adolescentes solteiras é o dobro da frequência do provocado entre as mulheres casadas maiores de 20 anos, e sua taxa de septicidade muito mais elevada que a das adolescentes casadas e das mulheres acima de 20 anos. (David e Weiss, 1992)

Os riscos psicossociais, por sua vez, dependem da condição na qual ocorreu a gravidez. Uma gestação desejada, dentro de uma relação estável com o companheiro e em uma condição sócio-econômica favorável certamente apresentará menores riscos. Porém, mesmo nessas circunstâncias, os riscos existem, pois a adolescente está vivendo um período de mudanças, ainda conquistando sua identidade própria, depreendendo-se de sua família, enfim, vivenciando sua adolescência. Uma gravidez, por si só, ocasiona a busca de uma nova identidade - a identidade materna - e quando ocorre durante a adolescência o novo conjunto de conflitos pode determinar desestruturação da personalidade. Muitas vezes tal desestruturação leva a jovem adolescente a uma profunda depressão, podendo mesmo levá-la a atitudes extremas, como demonstrado em alguns estudos que apontam uma elevada incidência de suicídios entre adolescentes grávidas. (Osofsky e Osofsky, 1978)

Frente a uma situação de pobreza, os riscos psicossociais são maiores pois as oportunidades de estudo e de trabalho, que em geral já são reduzidas, ficam mais limitadas para as mães solteiras. Para alguns autores, uma gestação

na adolescência é como a entrada para o ciclo da pobreza. No entanto, melhor seria dizer que *“a gravidez na adolescência é, muitas vezes, consequência do ciclo da pobreza e facilita sua manutenção para aquela adolescente em particular”*. (Guimarães, 1993, p. 10)

Os riscos para a criança de uma gravidez na adolescência estão relacionados de forma direta com a assistência pré-natal, o parto, o puerpério e, a longo prazo, com o desenvolvimento da criança. Os principais riscos são baixo peso ao nascer, prematuridade e maior mortalidade perinatal. A longo prazo são citados maior morbidade infecciosa, retardo no desenvolvimento físico e mental, dificuldades escolares e abuso físico. (Romero, 1992; Munitz e Silber, 1992; Kotagal, 1993; OMS, 1995)

Vários estudos têm demonstrado que a idade da mãe não é uma variável completamente independente, não explicando por si só a alta frequência de baixo peso ao nascer nem o maior risco de mortalidade infantil que sofrem os filhos de mães adolescentes em comparação com os filhos de mães adultas. Em um estudo sobre mortalidade infantil nos EUA, ao controlar a idade materna, o risco de mortalidade em função do baixo peso ao nascer foi eliminado, exceto para os filhos de mães menores de 15 anos ou de jovens negras menores de 16 anos. Outros estudos têm demonstrado que, mesmo controlando o peso ao nascer, a mortalidade neonatal ainda continua elevada entre os filhos de mães adolescentes com baixo nível educacional. A redução do baixo peso ao nascer entre os filhos de mães adolescentes não pode ser dissociada de outros múltiplos fatores de risco comuns entre as adolescentes, tais como baixo nível sócio-econômico, fumo, álcool, uso de drogas, desnutrição e inadequada atenção pré-natal. (Munitz e Silber, 1992; Kotagal, 1993)

Tanto a gravidez como o nascimento, em todas as sociedades humanas, significam mais do que simples eventos biológicos. De uma certa forma, integram o processo de transição do status social de “mulher” para o de “mãe” e, como todo estado de transição, merece uma especial atenção frente a determinados rituais e comportamentos. Durante a gestação, a mulher encontra-se em uma posição intermediária, em uma situação ambígua, vulnerável aos perigos externos, sendo, em algumas sociedades, considerada perigosa para as

outras pessoas. A gravidez é um momento especial, permeado por diferentes significados na sociedade atual. (Helman, 1994)

No Ocidente, segundo Kitzinger (1978), diante dos avanços do conhecimento, há uma tendência a medicalizar a gestação, tornando a gestante uma “doente” (grifos do autor), alguém que tem problemas de saúde ou que sofre de qualquer deficiência. O uso indiscriminado de exames e de sinais clínicos, desconsideram a gestante como “pessoa” (grifo do autor), causando confusão e angústia justamente em um momento de mudanças, quando a gestante necessita de uma atenção integral.

A adolescência, a gravidez e o climatério são reconhecidos como os três períodos críticos que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e apresentam, em comum, momentos de crise, ou seja, de necessidade de novas definições e caminhos. A gravidez, por si só, representa um conjunto de mudanças que fazem parte do processo normal de desenvolvimento e envolvem a necessidade de reestruturação e de reajustamento em várias dimensões, ou seja, na sua identidade como mulher, mãe, pessoa economicamente ativa e em busca de novos níveis de integração, de amadurecimento e de expansão da personalidade. (Maldonado, 1981)

Portanto, ao vivenciar uma gravidez durante a adolescência, a jovem passa por dois momentos de crise cujo resultado final dependerá de suas experiências anteriores e da forma como a família e a sociedade a apoiarão.

Ao estudar a gravidez na adolescência, é importante considerar em que fase da adolescência se encontra a jovem, pois, certamente, ela permeará as atitudes de adolescente com a gravidez e a maternidade. As atitudes, por sua vez, são muito variáveis e se manifestam de acordo com as influências da classe social, culturais, temperamentais e de estado de saúde. Porém, algumas características comuns permitem classificar as condutas em função das etapas do desenvolvimento da adolescente (Romero, 1992). Para analisar as atitudes das adolescentes de maneira sistemática, é conveniente estudá-las de acordo com a etapa de início da gravidez, a própria experiência de estar grávida e o vivenciar a maternidade.

Para aquelas que ficaram grávidas na etapa inicial da adolescência (10 a 13 anos), segundo Munitz e Silber (1992), as desordens emocionais são mais comuns, como também a negação patológica. A gravidez é uma maneira de experimentar o próprio corpo. Esses autores afirmam ainda que:

el centro de preocupacion é o cuerpo mismo y la separación de la madre. En las muchachas menores de 15 años, el embarazo es frecuentemente a resposta contrafóbica a la dependencia, nunca satisfecha, de la madre, es una manera de experimental de probar el misterio del cuerpo físico. Esta situación es, en términos psicoanalíticos, un complejo pre-edipal.
(p.105)

Já na fase média da adolescência (14 a 16 anos), a característica principal é o estabelecimento da própria identidade e feminilidade. Nessa etapa, a gravidez está permeada por uma expressão de erotismo e desprendimento dos "conflitos da constelação de Édipo", ocorrendo trocas bruscas de comportamento que geram situações de desequilíbrio em que a adolescente em alguns momentos mostra-se isolada, não querida, desprezada e em outros, sente-se popular, dinâmica e entusiasmada. Nesse contexto, a gravidez pode ser percebida como uma situação de perigo e, simultaneamente, como uma condição que leva à maturidade e a oportunidades.

Para as jovens de 17 a 19 anos, etapa final da adolescência, a gravidez tem o significado de consolidar relações íntimas, consolidando também a própria identidade dessas jovens que, mediante função de mãe, sentem-se integradas à sociedade.

Na fase inicial da adolescência, diante da experiência de estar grávida, a jovem não é capaz de pensar na gravidez como um processo que vai transformá-la em mãe, devido à forte ligação psicológica entre ela e sua mãe. Na adolescência média, a jovem sente-se possessiva em relação ao feto, que por sua vez é utilizado como instrumento poderoso de afirmação, de independência dos pais. Sua atitude é ambivalente: de culpa e de orgulho. Na etapa tardia, observa-se uma adaptação à realidade e as jovens se preocupam com o cotidiano e se dedicam aos prazeres da gravidez.

A atitude diante da maternidade, para as adolescentes muito jovens, demonstra uma imaturidade, até mesmo com a presença de ciúmes em relação

aos sentimentos que o filho desperta em sua mãe. O tema maternidade provoca depressão e isolamento, e o pai da criança não está presente nos seus planos. Na fase média, existe uma ambivalência acerca da maternidade. Em alguns momentos, elas idealizam o futuro como mães perfeitas e cheias de amor. Em outros, desesperam-se com as responsabilidades que deverão assumir. O pai da criança é considerado importante, como uma esperança no futuro. Na fase final da adolescência, desenvolvem-se sentimentos maternos de proteção e desejo pelo filho. Um aspecto muito comum é a busca do amor e do compromisso do pai da criança como futuro companheiro .

A gravidez é um momento de mudança tanto física quanto psicossocial e lentamente a mulher vai se preparando e formando sua identidade materna. A cada gravidez é incorporado no "*woman's self system*" uma nova dimensão da personalidade. Essa incorporação é um processo voluntário, motivado pela expectativa da transformação e da obtenção de um bom resultado no final da gestação. A incorporação é sustentada e promovida ou inibida em um íntimo e contínuo envolvimento da imagem corporal na gravidez e sua congruência com a própria imagem da mulher naquele estágio de sua vida. O resultado final é a aquisição da identidade materna como parte integrante da personalidade. (Rubin, 1984)

Assim como no desenvolvimento biológico, a cada gravidez a mulher incorpora à estrutura de sua personalidade a identidade materna para aquele filho. A gravidez é um período de preparação para a transformação psicossocial da mulher para receber a criança em seu "*woman's self system*" e no seu espaço de vida. O desenvolvimento da identidade materna para aquela criança é efetuado através de uma série de operações cognitivas que são manifestadas em conceitos e comportamentos em moda. A formação da identidade materna que une a mulher à aquela criança e a transforma em mãe é gradual, sistemática e extensiva. (Rubin, 1984)

No primeiro trimestre, a preocupação está centralizada na própria gestante e não na criança, desde que não haja nenhuma complicação da gestação. No segundo trimestre, a gestante começa a se preocupar e a sentir a criança através dos primeiros movimentos fetais. Por essa época, a criança é alguém muito querida, muito importante para ela e a gravidez é algo que lhe dá

muito prazer. Durante esse período, ela se torna muito cuidadosa, freqüentando o pré-natal adequadamente, com o objetivo de ter um filho saudável e de o proteger contra qualquer perigo. No terceiro trimestre, a preocupação está centralizada em ambos, mãe e filho, diante das incertezas e dos medos do parto. (Rubin, 1984)

A gravidez por si só é um momento de novas experiências para o corpo, seus limites, funções e aparência. Segundo Nobile (1987), a gravidez é um dos momentos da vida da mulher que oportuniza o despertar da sua consciência prática, do extraordinário potencial de seu corpo. Lentamente, uma série de modificações estéticas vão acontecendo, desencadeando várias atitudes em relação ao corpo da grávida, que delineiam a transformação da imagem corporal da mulher. Mas,

o modo pelo qual esta configuração se desenvolve, e o ritmo do seu desenvolvimento, dependerão em grande parte da experiência e da atividade, e podemos supor que os traços mais específicos da imagem corporal serão ainda mais dependentes das experiências vitais, do treinamento e das atitudes emocionais. (Schilder. Apud: Nobile, 1987, p.2)

Segundo Rubin (1984), a imagem corporal juntamente com o *"ideal self"* e o *"actual self"* constituem a auto-imagem. O *"ideal self"* é uma criação do próprio indivíduo e é composto por um conjunto de qualidades e características identificadas em outros e que são almejadas para comporem a própria auto-imagem. O domínio desta esfera está presente em situações ou períodos caracterizados por desejos, esperanças e idealismo, tais como na infância, na puberdade, na adolescência, no adulto jovem e na gestação. Através do *"ideal self"* é que são transmitidos a linguagem, os valores, os costumes entre os grupos sociais. Tal transmissão não é imposta, mas sim resultante da busca e da seleção do próprio indivíduo dos elementos que são modelados no ecossistema social e são relevantes para o *"ideal self"*. A relevância se modifica com a idade e com as condições de vida do indivíduo.

A imagem corporal, por sua vez, exerce uma papel fundamental e central na estrutura da auto imagem, delinea e orienta o eu como uma entidade no mundo. Ela é definida em termos da adequação e/ou competência da função e da aparência. (Rubin, 1984)

A esfera do “*actual self*” é o conceito do “*self*” em ação e em resposta ao mundo físico e social. Na verdade ele é como um organizador e mediador entre o “*ideal self*” e a imagem do corpo em relação às exigências da sociedade e do autoconceito.

Dessa forma, a auto-imagem é, na verdade, o resultado da comparação entre o “*actual self*”, a imagem corporal e o “*ideal self*”. Se existem poucas diferenças entre as três esferas, esse fato resultará em uma forte auto imagem, porém, se existem grandes diferenças, uma fraca auto imagem será formada, e conseqüentemente, uma baixa auto-estima.

Partindo do pressuposto de que a imagem corporal orienta e define o “eu” em relação ao mundo e é um dos elementos que definem a auto-estima, é importante considerar que o seu desenvolvimento positivo e estável vai além da aceitação de mudanças anatômicas, pois é também um fenômeno cultural. Segundo Mead & Newton (Apud: Harris, 1979, p. 347), a influência cultural é, possivelmente, sentida através das experiências corporais relacionadas à reprodução.

Na atualidade, o padrão de beleza de ser magra é a norma ditada por revistas, televisão, cinema, e também um elemento de atração física. Franzai e Shields (Apud: Stenberg e Blinn, 1993, p. 283), no desenvolvimento de uma escala de estima corporal, afirmam que a estima corporal das mulheres é composta de três itens: atração sexual, interesse pelo peso corporal e condição física. Para a adolescente não gestante, a preocupação com a imagem do corpo, e principalmente com o peso, é uma realidade demonstrada em vários estudos, como afirmado anteriormente.

Pesquisa realizada por uma agência publicitária no Brasil constatou que perder a forma física é uma das maiores preocupações das adolescentes brasileiras, tanto quanto ter uma gravidez não planejada. A procura por médicos em busca de um regime é cada vez maior, como também a procura por cirurgiões plásticos, principalmente em função da pressão do grupo, e de maneira especial das amigas. A vaidade é um traço global dos adolescentes, observada no uso de tênis de marcas famosas, perfumes, brincos, e camisetas de griffe. (*Folha de São Paulo*, 28/07/96, Caderno 3)

As mudanças físicas que ocorrem durante a gravidez podem influenciar a auto-imagem da gestante, gerando nela uma insatisfação com o próprio corpo. Em um estudo no qual foi explorado o conhecimento da gestante sobre as dimensões de seu próprio corpo, observou-se que essas mulheres tendem a superestimar suas dimensões físicas, em comparação com mulheres não gestantes. (Slade, 1977)

Harris (1979) estudou as diferenças culturais quanto à percepção do corpo durante a gravidez entre dois grupos de mulheres, negras e brancas, no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez. Pelas respostas ao questionário específico, o pesquisador concluiu que não só fatores culturais, mas também psicológicos e fisiológicos, influem na maneira como o corpo é percebido e sentido durante a gravidez.

Algumas mulheres, na gestação, podem apresentar maior preocupação com a beleza, porém o nível de importância dado aos aspectos estéticos varia de uma mulher para outra. Diante das transformações do corpo, a gestante pode apresentar angústia em relação ao próprio corpo "disforme" e medo de permanecer assim, o que gera um sentimento de fealdade que constitui a base de muitas depressões e fantasias ciumentas a respeito do marido, de seu possível afastamento e de uma relação extraconjugal. (Soifer 1992)

Para Maldonado (1981), um dos medos mais universais da gravidez está associado às alterações do esquema corporal, ou seja, o temor da irreversibilidade. Tal medo pode ter um significado mais profundo, o de ficar modificada como pessoa pela experiência da maternidade, não mais recuperando a antiga identidade e transformando-se em uma outra pessoa, com mais perdas do que ganhos. Segundo a autora, a maneira como a mulher sente as alterações do esquema corporal está intimamente relacionada com as alterações da sexualidade, com a atitude do marido em relação às suas modificações corporais e com o modo como ela própria se situa diante da gravidez.

Nobile (1987) considera a importância do aspecto social e a sua influência na construção da imagem corporal da gestante, pois os valores sociais estão em constante mutação. Os meios de comunicação de massa, a televisão, por exemplo, na tentativa de orientar a gestante, mostram-lhe uma visão diferente da realidade, principalmente do ponto de vista da estética. O mesmo acontece

com as revistas, nas quais são mostradas mulheres esguias, apesar de grávidas, e radiosamente em paz consigo mesmas e com a sua condição.

Savastano (1981), em um estudo sobre a imagem corporal da gestante, comparou dois grupos de gestantes adultas, no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gravidez, com e sem apoio psicoprofilático, na cidade de São Paulo. O estudo verificou que nas primigestas o entusiasmo do casal e o apoio do marido são estímulos para que a mulher sintam-se uma "grávida bonita". A preocupação com a estética foi evidente em ambos os grupos à medida que a gravidez progredia. Em relação ao ganho de peso, nos dois grupos, algumas gestantes disseram sentir-se angustiadas, deselegantes e irritadas com as limitações que a gravidez impõe.

Na mesma linha de pesquisa, Nobile (1987) acompanhou um grupo de mulheres durante a gravidez e um ano e meio após o parto, tendo verificado que, durante a gestação, os conflitos com a imagem corporal foram superados, encontrando apoio no estereótipo e no valor social atribuído à gestante, o mesmo não acontecendo no período pós-parto.

Rubin (1984) afirma que a aceitação da gravidez pelas outras pessoas fortifica o prazer narcísico da gestante por acreditar na sua capacidade de gerar uma criança. A aceitação social da gestação está aumentada no segundo trimestre e diminuída no terceiro, em razão da expectativa da chegada do recém-nascido. Para a autora, uma das mudanças que se destacam durante a gravidez é a mudança no tamanho do corpo da gestante que, se por um lado representa o crescimento da criança, cuja conotação é positiva, por outro lado pode significar um aumento dela própria, que tende a ser pouco aceitável. No primeiro trimestre, como, geralmente, não ocorre nenhuma alteração no crescimento, não existe criança ou representação da criança. Muitas vezes, quando ocorre perda de peso durante esse período, a gestante pode ter dúvida se realmente está grávida ou mesmo se será capaz de permitir o crescimento da criança.

O segundo trimestre é mais gratificante e o crescimento tem um significado especial. Cada quilo ganho representa para ela crescimento no tamanho do bebê. Durante esse período, a gestante faz uma minuciosa inspeção da imagem do seu corpo. A mudança no perfil, no crescimento das mamas, as

estrias no abdome e nas coxas e o aumento da pigmentação da aréola e da linha nigra são observadas com atenção.

No terceiro trimestre, com um significativo aumento no peso, o crescimento torna-se menos tolerável. O movimento da criança, que durante o sétimo mês é sentido com prazer, já no oitavo e no nono mês pode ser incômodo e mesmo doloroso. O crescimento da criança nesse período pode interferir no bem estar físico da gestante, gerando ansiedade na espera do nascimento da criança.

As mudanças próprias da adolescência, associadas às mudanças ocorridas na gestação, podem representar uma particular dificuldade para a adolescente gestante. A gestação é um tempo de preparo para o nascimento, e a função de ser mãe sendo adolescente, pode acumular responsabilidades e mesmo exigir da jovem um nível de desenvolvimento que em muitos casos ela não está pronta para desempenhar. Frente à gravidez, a jovem pode não aceitar o fato de ser necessário ter um ganho de peso ideal.

Stenberg e Blinn (1993), em um estudo-piloto, investigaram a estabilidade de sentimentos sobre o "eu" e o corpo durante a gravidez de algumas adolescentes. Através do registro diário, durante seis semanas, as jovens gestantes anotaram as impressões que tinham sobre elas mesmas e sobre seus corpos. Após estabelecer um padrão para a análise dos dados, bem como a validade das respostas, os autores observaram que as gestantes tinham sentimentos negativos em relação a elas mesmas, assim como em relação às mudanças corporais ocorridas e, ainda, que tais opiniões não eram estáveis ao longo do período em estudo. Neste estudo, as adolescentes se descreveram como irritadas, taciturnas, solitárias e depressivas. Os sentimentos negativos persistiram durante as seis semanas. Em relação às mudanças corporais, apesar de serem mais positivas do que os sentimentos sobre elas mesmas, também foram negativas, e expressas como sentimentos de feiúra e de sentir-se gorda. O tamanho do estômago e o ganho de peso foram as queixas mais comuns. Muitas jovens disseram fazer dieta durante a gestação e ficavam felizes quando perdiam peso. Apesar do interesse em conhecer o ganho de peso normal durante a gravidez, elas demonstraram não entender e nem aceitar que o ganho de peso fosse um elemento necessário e essencial a uma gestação. Diante de uma

imagem corporal pobre, adicionada a uma baixa auto-estima, as dúvidas sobre o ganho de peso podem estar aumentadas.

Os autores concluem que os programas de atenção à gestante adolescente devem se preocupar em ajudar a adolescente a aceitar a nova imagem corporal, elevando assim sua auto-estima, e também auxiliá-las a lidarem com as oscilações do estado emocional que ocorrem durante a gestação. Recomendam ainda que, nos programas de educação à gestante adolescente, deveriam ser incluídas discussões sobre as necessidades nutricionais desse período e a importância do ganho de peso para uma gestação saudável. Diante da crença de que a beleza do corpo está em ser magra, torna-se de fundamental importância o trabalho dos profissionais da saúde ou da educação ao promoverem dinâmicas que possibilitem uma nova visão, diferente do culto à magreza.

O ganho de peso é um fator passível de mudanças através das orientações e atitudes da gestante durante a gravidez, tendo uma relação direta com o peso do recém-nascido (Victora, 1988), que, por sua vez, é um sensível indicador de mortalidade infantil, problemas perinatais, de crescimento e de desenvolvimento na infância. A literatura pertinente estabelece que o ganho de peso ideal é de 9 kg à 12 kg (Worthington-Robert, 1986), porém, na atualidade, alguns trabalhos têm considerado outros fatores, entre eles o estado nutricional anterior à gravidez e, a partir deste, estabelecido novos limites para o ganho de peso durante a gravidez. (WHO, 1995)

O ganho de peso para a gestante adolescente é um assunto polêmico e com recomendações diversas. Segundo a American Dietetic Association (1994), a gestante adolescente deveria ganhar mais peso que a gestante adulta desde o início da gravidez, porém valores específicos para um ganho máximo e mínimo ainda não foram estabelecidos. Um ganho de peso ilimitado para a gestante adolescente é recomendado por Guitierrez e King (1993). O comitê sobre o estado nutricional durante a gravidez e a lactação, formado pelo Foad and Nutrition Board, Institute of Medicine, recomenda que o ganho de peso da adolescente deve alcançar limites superiores àqueles recomendados para a gestante adulta a partir do peso pré-gestacional. (McAnarney, 1993)

Stevens-Simon (1988) afirma que o ganho de peso materno é um dos mais importantes fatores para o baixo peso ao nascer e interage com outras características maternas, incluindo a idade. Portanto, tem sido recomendado um ganho ilimitado de peso para a adolescente, o que a autora considera uma tal recomendação "prematura", na medida em que os mecanismos que permeiam a relação entre idade e ganho de peso são pouco conhecidos e envolvem diversos fatores, tais como crescimento materno incompleto, imaturidade reprodutiva, pequeno corpo materno, deficiências nutricionais, fatores sócio-econômicos e comportamentais e estresse emocional materno.

A preocupação em ser magra e a prática de hábitos alimentares irregulares levam a adolescente a iniciar a gravidez com o peso mais baixo e a ganhar menos peso durante a gestação. Adolescentes muito jovens e aquelas que começam a gravidez com o peso muito baixo tendem a ter crianças com baixo peso ao nascer. (Sargent, 1994; American Dietetic Association, 1994)

Porém, na atualidade, algumas críticas têm sido feitas às recomendações de ganho de peso ilimitado da gestante adolescente, pois isso pode levar à obesidade. A ocorrência de obesidade entre os adolescentes nos Estados Unidos vem aumentando gradualmente ao longo dos anos, e as adolescentes que ganham mais peso durante a gravidez tendem a ser obesas após a gestação. (McAnamey, 1993; Stevens-Simon, 1992)

No Brasil, através da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (INAN, 1989), observou-se que 38% da população feminina estão com sobrepeso ou obesidade. Do total de obesos brasileiros, mais de 70% são mulheres, também com uma representação maior na categoria sobrepeso (55%). Os determinantes desta maior prevalência entre as mulheres ainda não são conhecidos. Alguns autores sugerem que o acúmulo de gordura na mulher poderia estar relacionado a fatores ligados à reprodução, como número de filhos e intervalo interpartal, associados a uma maior eficiência metabólica entre os obesos. A paridade em si não explicaria a obesidade, uma vez que a taxa de fecundidade vem diminuindo ao longo dos anos. Porém, pode-se sugerir um aumento do consumo alimentar em função da diminuição da família.

Palmer (1985), preocupada com as influências do culto à magreza sobre o ganho de peso gestacional, propôs um instrumento de avaliação das

atitudes das gestantes em relação a ele. O instrumento foi montado a partir da elaboração de 40 itens que expressavam atitudes das gestantes em relação ao ganho de peso. Após validação por juízes e nova revisão, o instrumento foi resumido a 18 itens, avaliados através de uma escala de cinco níveis de concordância, com variação de um a cinco. Ainda no mesmo estudo, investigou-se outros fatores que poderiam estar relacionados ao ganho de peso, tais como, conhecimento prévio sobre o assunto, recomendação médica, idade e número de gestações anteriores.

Os resultados demonstraram que, das 29 gestantes em estudo, 41% apresentaram atitudes negativas em relação ao ganho de peso, com uma diferença significativa entre os grupos com atitudes positivas e negativas. A média de escore para o grupo foi de 3,12 e a mediana 3,06. O escore obtido através do instrumento não apresentou uma relação significativa com conhecimento prévio, idade ou número de gestações. Contudo, o mesmo não aconteceu entre o escore de atitudes e a recomendação médica. O ganho de peso das gestantes apresentou uma relação positiva com as referidas variáveis. Diante desses resultados, a autora conclui que, para as gestantes em estudo, suas atitudes em relação ao ganho de peso certamente influenciaram na efetivação do mesmo, e ressaltando ainda que o profissional de saúde, ao avaliar o conhecimento e as atitudes das gestantes, certamente estará contribuindo para a realização de orientações adequadas ao bem-estar da mãe e da criança.

Stevens-Simon (1993) aplicou o mesmo instrumento em uma amostra de 99 gestantes adolescentes, com o objetivo de verificar se as atitudes negativas em relação ao ganho de peso eram mais comuns entre as gestantes adolescentes e se elas influenciavam o ganho de peso materno. Além da aplicação do instrumento, foram coletadas outras variáveis que poderiam interferir no resultado: idade cronológica na concepção, peso pré-gestacional, hábitos alimentares, hábitos de saúde, história social. Em relação a esse último item foram coletados dados sócio-econômicos, níveis de estresse, depressão e suporte familiar. A maioria das adolescentes teve atitudes positivas em relação ao ganho de peso, com uma variação de escore de 2.39 a 4.61, e 83 das gestantes tiveram um escore acima de 3. Uma análise univariada revelou que as atitudes em relação ao ganho de peso não estavam relacionadas à idade, e sim ao peso

pré-gestacional (as mais pesadas) e com alguns sintomas de depressão. Por outro lado, as atitudes positivas apresentaram uma relação direta com o apoio familiar. Embora não tenha havido uma correlação direta entre o escore obtido através do instrumento e o ganho de peso em quatro itens - "*gosto de usar roupa de grávida, o peso que eu ganho durante a gravidez me faz sentir feia, eu fico com vergonha toda vez que a enfermeira me pesa, e incomoda-me o fato de não poder usar roupa da moda durante a gravidez*" -, houve uma correlação positiva, evidenciando que certas atitudes negativas podem influenciar adversamente o ganho de peso da gestante.

Matsushashi (1991) comparou a percepção corporal entre dois grupos pareados de gestantes adolescentes e de adolescentes que não haviam ficado grávidas. As primeiras apresentaram uma auto-estima mais elevada, uma imagem corporal mais positiva, uma melhor identificação consigo mesmas e um sentimento de serem mais produtivas como membros da família, porém apresentaram uma limitada capacidade de auto-crítica. Diante da afirmação de que o processo de identificação sexual frequentemente se expressa através da aceitação da imagem corporal, os resultados do estudo sugerem que a gravidez contribui para a efetivação desse processo.

Os estudos de Matsushashi (1991) e Stevens-Simons (1993), de uma certa forma contrapõem-se àqueles que demonstram a insatisfação da adolescente com sua imagem corporal. Certamente a gravidez, como um momento de comprovação da sexualidade, contribuiu para o encontro com o próprio "eu", com a identificação sexual, ocasionando uma maior aceitação da imagem corporal.

Nesse contexto, percebe-se que o universo de uma gravidez na adolescência envolve múltiplas relações, percebidas e analisadas de variadas formas, cujos resultados, às vezes conflitantes, demonstram a complexidade do fato de ser adolescente e estar grávida. Na atualidade, devido à importância dada à aparência do corpo, veiculada pelas mais variadas formas de comunicação, a adolescente torna-se vulnerável a essas informações, pela força de suas expressões bem como pelas características próprias do período que está vivenciando. Essa preocupação pode ser prejudicial tanto para a jovem mãe quanto para o seu bebê e, nesse sentido, faz-se necessário conhecer melhor o

modo como a gestante adolescente percebe as transformações do seu corpo, principalmente aquelas relacionadas ao peso, como será apresentado no próximo capítulo.

CAPÍTULO III

A GESTANTE ADOLESCENTE E SEU CORPO

As mudanças percebidas pelas gestantes adolescentes foram obtidas mediante pesquisa de campo desenvolvida em serviços de saúde de Goiânia, durante a realização do acompanhamento pré-natal.

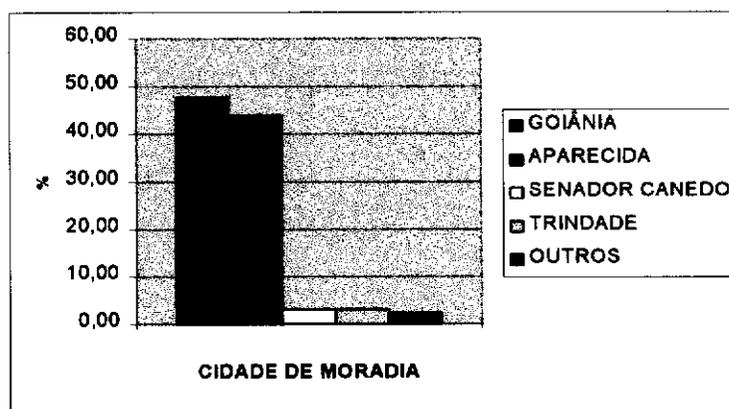
O estudo foi realizado com 132 gestantes adolescentes nulíparas que compareceram ao serviço de saúde durante um período de três meses, onde foram entrevistadas, a partir de um questionário.

Inicialmente será feita uma caracterização dos sujeitos estudados e posteriormente a apresentação e análise dos dados referentes a relação da adolescente com a gravidez, as mudanças corporais percebidas, a auto-estima e hábitos alimentares.

3.1 - A Adolescente Gestante

O grupo de adolescentes estudado residiam em Goiânia (47,7%) ou na grande Goiânia (49,9%) que inclui os municípios de Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade (Gráfico 1). Ressalta-se que 43,9% delas residiam em Aparecida de Goiânia e quase todas estavam fazendo pré-natal no CIAMS do Setor Pedro Ludovico, possivelmente devido à greve nos serviços de saúde daquele município, no período da pesquisa, bem como ao fácil acesso ao CIAMS.

GRÁFICO 1 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Município de Moradia - Goiânia, 1996



As gestantes provinham de diferentes bairros. Apesar de os serviços de saúde não terem uma definição da área de abrangência, observa-se que o maior número de gestantes pertencia ao bairro onde o serviço estava localizado ou àqueles cujo acesso era mais facilitado.

A média de idade das gestantes foi de 16,51 anos, destacando-se que 46,97% eram menores de 16 anos (Tabela 1), o que confirma os dados do PNDS/96, segundo os quais, apesar da diminuição da fecundidade da mulher brasileira, ocorreu um aumento na participação do grupo de 15 a 19 anos na taxa de fecundidade total.

TABELA 1 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Faixa Etária - Goiânia, 1996

IDADE ⁵	N.º	%
10 ≤ 13	2	1,52
14 ≤ 16	60	45,45
17 ≤ 18	70	53,03
TOTAL	132	100,00

Ressalta-se também que ao considerar a idade mínima de 16 anos, do ponto de vista biológico, como aquela adequada para a concepção, observa-se que as adolescentes tinham idades bem próximas desse limite. Ao comparar a média de idade com a de outros estudos (Viçosa et alii, 1987; Taquete, 1992), cuja média de idade foi de 17 anos, observa-se diminuição da idade de ocorrência de gravidez, evidenciando a necessidade de ações educativas relacionadas à prevenção da gravidez, seja nas escolas, seja nos serviços de saúde.

A idade média da menarca foi de 12,58 anos, coincidindo com os dados encontrados por Guimarães (1993) e próxima da média encontrada para o Brasil, que é de 12,6 anos. (Colli . Apud Guimarães, 1993, p.96)

A idade ginecológica⁶ média foi de 3,59 anos. A idade ginecológica é um indicador da maturidade biológica da adolescente e é considerada adequada quando é maior que três anos, segundo a International Federation of Gynaecology of Obstetrics (1982). De uma maneira geral, pode-se afirmar que as gestantes em estudo eram adolescentes já na fase final da maturação biológica.

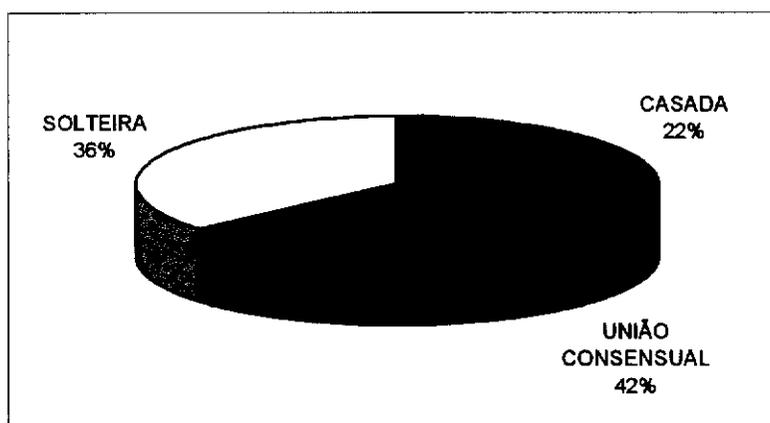
⁵ As faixas etárias seguiram aquelas propostas por Urza (1992, p. 77) e o ponto de corte foi de 18 anos, idade máxima para o presente estudo.

⁶ Idade ginecológica: Segundo Mota e Silva (1994) é o intervalo de tempo transcorrido entre a menarca e a parturição.

A média de idade gestacional era de 23 semanas, portanto final do segundo trimestre de gestação, período que se caracteriza por mudanças fisiológicas, principalmente no corpo materno. (Rubin, 1984)

Entre as adolescentes estudadas, 64% estavam casadas ou em união consensual, o que é um fator positivo diante da gravidez, especialmente na adolescência. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo o Estado Civil - Goiânia, 1996



Entretanto, a média de tempo para o estado civil foi de 9,9 meses, sendo que 59,53% estavam unidas ou casadas há menos de 9 meses e 44,05% há menos de 6 meses (Tabela 2), sugerindo a ocorrência de gravidez em um momento inicial da convivência do casal ou que a gravidez foi o motivo da união.

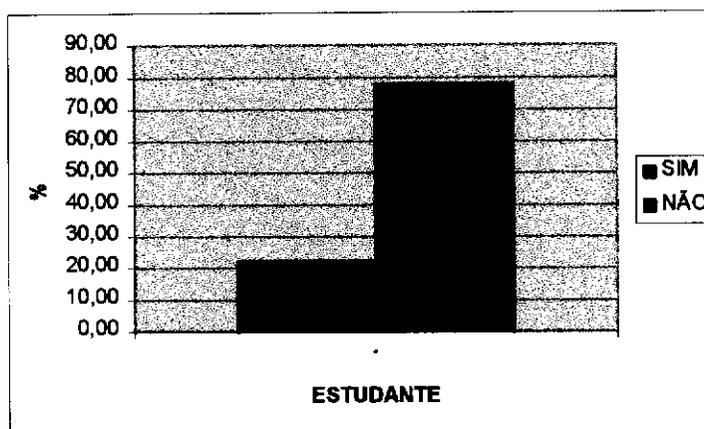
Segundo Henriques et alii (1989), há uma estreita relação entre união e reprodução entre adolescentes, ou seja, a grande maioria das adolescentes iniciam uma união porque ficaram grávidas, ou engravidam logo após o casamento e/ ou união.

TABELA 2 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo União Conjugal e Tempo de União - Goiânia, 1996

UNIÃO CONJUGAL	TEMPO DE UNIÃO EM MESES (%)					TOTAL
	0 ≤ 3	3 ≤ 6	6 ≤ 9	9 ≤ 12	> 12	
CASADA	11,90	8,33	5,95	1,19	7,14	34,52
UNIÃO CONSENSUAL	14,29	9,52	9,52	17,86	14,29	65,48
TOTAL	26,19	17,85	15,47	19,05	21,43	100,00

Das adolescentes em estudo, 36% eram solteiras, condição geralmente desfavorável, pois pode acarretar limitações nas oportunidades de educação, trabalho e futuro matrimônio. Em muitos casos, a gestante solteira corre o risco de não ser apoiada pelos pais ou pelo grupo social, o que gera uma situação não favorável ao desenvolvimento da gravidez (Monroy, 1992). Garcia (1984) afirma que a discriminação social e legal sofrida pela gestante adolescente solteira acarreta, de forma concreta, um alto índice de não aceitação dos filhos ou o seu abandono, em consequência dos sentimentos de culpa, de inadequação e de baixa auto-estima.

GRÁFICO 3 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Estar ou Não Estudando - Goiânia, 1996



Segundo o gráfico acima, 21,97% das adolescentes ainda estudavam e destas 44,83% cursavam até a sexta série (Tabela 3), o que demonstra um atraso de mais ou menos quatro anos na escolaridade, considerando a idade média geral de 16,51 anos. Ressalta-se, por outro lado, que 37,93% das que estudavam cursavam a sétima ou oitava série.

TABELA 3 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Série que Frequentam - Goiânia, 1996

SÉRIE	N.º	%
3 - 4	5	17,24
5 - 6	8	27,59
7 - 8	11	37,93
9 ou mais	5	17,24
TOTAL	29	100,00

Entre aquelas que pararam de estudar (78,03%), a maioria (77,67%) cursou até a sexta série e somente 3,88%, fizeram o segundo grau. (Tabela 4)

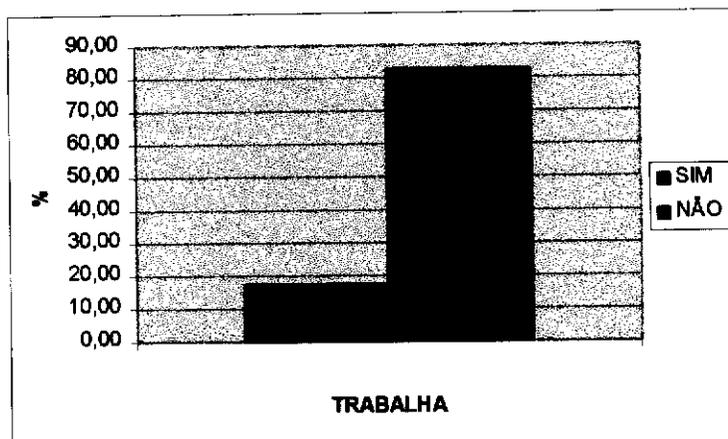
TABELA 4 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Série em que Pararam de Estudar - Goiânia, 1996

SÉRIE	N.º	%
1 - 2	5	4,85
3 - 4	31	30,10
5 - 6	44	42,72
7 - 8	19	18,45
9 ou mais	4	3,88
TOTAL	103	100,00

A realidade da correlação entre baixos níveis de escolaridade e maternidade durante a adolescência também é um fato demonstrado na PNDS/96, segundo a qual 51% das adolescentes entre 15 e 19 anos sem escolarização já haviam se tornado mães e 3,7% estavam grávidas do primeiro filho, diferentemente das proporções encontradas para aquelas com nove ou onze anos de estudos, ou seja, 4% e 2%, respectivamente (PNDS, 1996). A baixa escolaridade, por gerar uma baixa expectativa quanto ao futuro, é apontada como um fator de risco para a gravidez na adolescência (Marques e Ebrahim, 1991; Guimarães, 1993) assim como a gravidez é um fator para a interrupção da escolaridade.

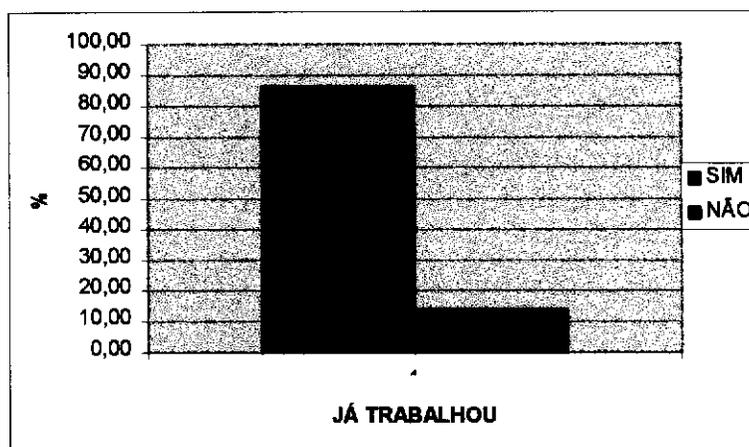
Tal realidade reforça a condição do sistema educacional evidenciando a contradição entre o acesso universal e a dificuldade em completar no mínimo 8 anos de estudo. Frente a essa situação fica mais difícil à gestante adolescente uma formação mais abrangente no aspecto intelectual, limitando a oportunidade de trabalho.

GRÁFICO 4 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Trabalho Fora do Lar - Goiânia, 1996



Em relação ao trabalho, 17,42% trabalhavam (Gráfico 4) e, entre aquelas que não o faziam, 86,24% já haviam trabalhado (Gráfico 5). No que se refere à ocupação, a de empregada doméstica foi a mais comum (69,6%), com renda média de um salário mínimo.

GRÁFICO 5 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Ocorrência de Trabalho Anterior - Goiânia, 1996



A gravidez foi declarada como o principal motivo para não trabalhar (39,33%) ou não dar continuidade aos estudos (25,24%). (Gráficos 6 e 7)

GRÁFICO 6 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo para Não Trabalhar - Goiânia, 1996

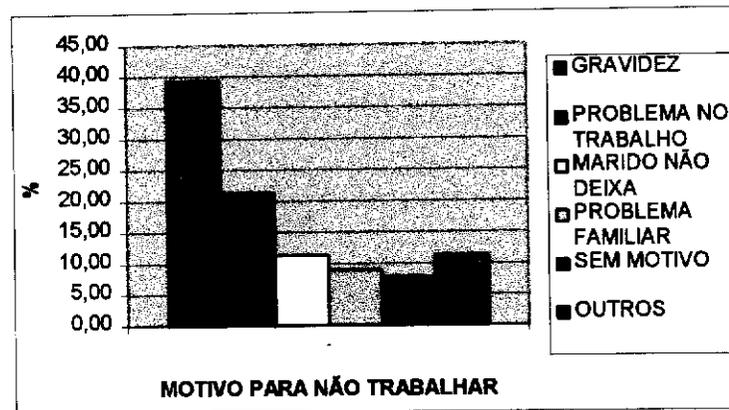
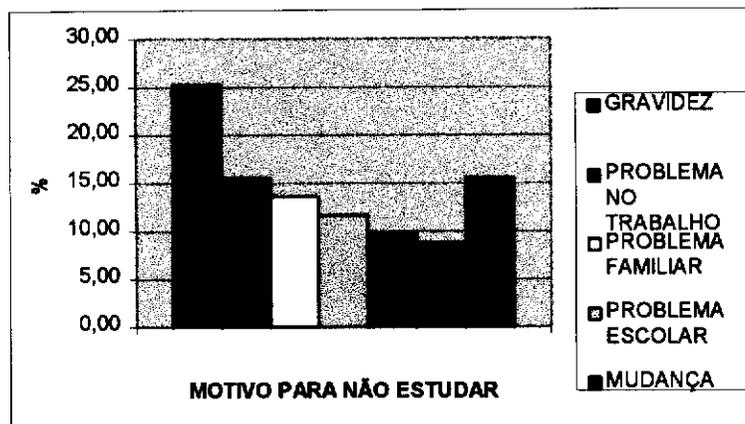


GRÁFICO 7 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo para Não Estudar - Goiânia, 1996



Na atualidade, os riscos de uma gravidez na adolescência estão ligados principalmente às condições psicossociais em que ela ocorre. Entre as gestantes estudadas, 62,88% viviam junto ao companheiro e 7,58% com o pai, a mãe e outros parentes (Tabela 5). Destaca-se, porém, que 18,94% delas tinham famílias em que estava presente somente um dos genitores. O principal ausente foi o pai, com 34,09% deles vivendo separados da família e 12,12% havendo falecido, como será demonstrado na Tabela 16.

TABELA 5 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Estrutura Familiar - Goiânia, 1996

ESTRUTURA FAMILIAR	N.º	%
COMPANHEIRO	47	35,61
COMPANHEIRO E OUTROS*	36	27,27
PAI, MÃE E OUTROS*	10	7,58
MÃE E OUTROS*	22	16,67
PAI E OUTROS*	3	2,27
OUTROS PARENTES	7	5,30
OUTROS**	7	5,30
TOTAL	132	100,00

*outros: com laços familiares com a adolescente

**outros: sem laços familiares

Alguns estudos têm demonstrado que a desestruturação familiar é um fator de risco para a gravidez na adolescência (Marques e Ebrahim, 1991; Guimarães 1993). A ausência de um dos genitores está entre as hipóteses aventadas por alguns autores, que afirmam ser a gravidez uma resposta à perda de um dos pais, no sentido real ou simbólico, ou seja, um instrumento que possibilita a obtenção de amor e carinho, como forma de substituir o genitor ausente ou ainda de evitar o isolamento e a solidão. (Guimarães, 1993)

Aguirre (1995), acompanhando um grupo de gestantes adolescentes, também afirma que a compreensão do estado psíquico destas jovens remete a conflitos anteriores à gestação, ligados ao processo de adolescência, por sua vez dependente de fases anteriores do desenvolvimento. A autora observou também, entre as jovens, dificuldades na elaboração dos lutos característicos desse período e de se tornarem independentes, principalmente em relação à mãe, sendo esse processo carregado de ambivalência e de conflito.

A mesma realidade também foi encontrada por Taquete (1992) ao estudar um grupo de 100 adolescentes puérperas, principalmente de classes sociais mais desfavorecidas e que viviam relações conflituosas com a família. O alcoolismo e a carência afetiva relacionada à figura do pai foram alguns dos antecedentes da gestação mais freqüentes entre as jovens.

A renda média do chefe de família das gestantes estudadas foi de 2,15 salários mínimos⁷, conforme descrito na Tabela 6, destacando-se que 49,24% tinham renda igual ou inferior a dois salários mínimos, fator que caracteriza o grupo como de baixa renda.

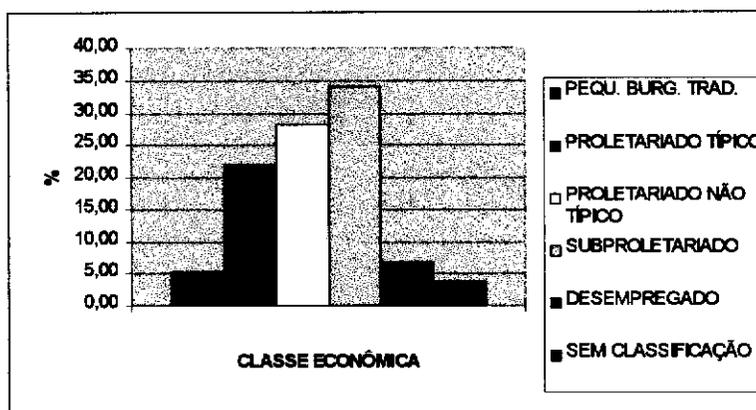
⁷Salário mínimo: R\$ 120,00

TABELA 6 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Renda Familiar - Goiânia, 1996

RENDA (S.M.)	N.º	%
0 ≤ 1	24	18,18
1 ≤ 2	41	31,06
2 ≤ 3	19	14,39
3 ≤ 4	9	6,82
>4	14	10,61
NÃO SABE	25	18,94
TOTAL	132	100,00

A classe econômica das gestantes (Gráfico 8) foi obtida segundo a classificação⁸ de Lombardi et alii (1988). Por esta classificação, 62,12% das adolescentes em estudo se encontram em dois grupos: 34,09% no subproletariado e 28,03% no proletariado não típico. Destaca-se que 6,82% eram desempregados, categoria não considerada por Lombardi.

GRÁFICO 8 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Classe Econômica - Goiânia, 1996



Segundo Henriques et alii (1989), há uma notória diferença na reprodução entre adolescentes de diferentes níveis de renda. A PNAD/1984 mostrou que, entre as jovens de 15 a 19 anos cuja renda familiar era inferior a um salário mínimo, 26% haviam tido um filho; para a faixa de 1 a 2 salários mínimos,

⁸ Segundo Lombardi (1988), pequena burguesia tradicional é composta por agentes sociais, sem formação universitária que são capazes de reproduzir-se, independentemente, pois dispõe dos meios de produção. Proletariado típico são aqueles que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e transporte de mercadorias. Proletariado não típico são os assalariados que têm relação indireta com a produção. Subproletariado são os não assalariados, que desempenham atividades instáveis e não ganham o suficiente para reproduzir a força de trabalho.

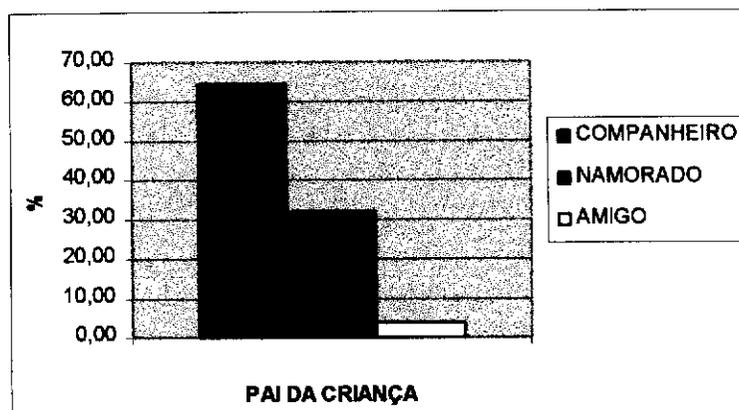
esse percentual decrescia para 18%, chegando a 2% para aquelas jovens cuja renda familiar era cinco ou mais vezes maior que o salário mínimo. A autora considera que há várias explicações possíveis para essa baixa fecundidade entre as mais abastadas. Partindo do princípio de que não há evidência estatística de que a atividade sexual varie entre os diferentes níveis de renda, as adolescentes pobres têm maiores chances de se casarem, por perceberem que têm menos a perder com uma maternidade precoce, podendo, ainda, a gravidez ser mais bem aceita entre os pobres, bem como mais valorizada do ponto de vista psicológico. A autora afirma que as adolescentes de níveis sócio-econômicos mais elevados podem ser melhores usuárias de anticoncepcionais, e mesmo terem acesso facilitado ao aborto, que para as mais pobres é uma opção mais difícil de ser considerada.

A realidade das adolescentes aqui pesquisadas não difere daquela de muitas adolescentes grávidas brasileiras, para quem a baixa escolaridade, o baixo nível sócio-econômico, um tipo restrito de atividade econômica, uma gravidez como motivo principal para a interrupção da continuidade do trabalho e/ou do estudo, às vezes enfrentada sozinha, longe do companheiro, fazem parte do seu cotidiano. A compreensão desta realidade é fundamental para uma prática adequada do profissional de saúde, que pelo menos durante um certo período também estará fazendo parte deste conjunto, muitas vezes desempenhando um papel importante quando do fornecimento de orientações contextualizadas com a realidade da adolescente.

3.2 - A Adolescente e a Gravidez

Os pais dos filhos das adolescentes eram em sua maioria (64,39%) os atuais companheiros ou os namorados (31,28%). (Gráfico 9)

GRÁFICO 9 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Pai da Criança - Goiânia, 1996



A idade média dos pais das crianças era de 21 anos. A diferença entre a idade da gestante adolescente e a do pai do bebê era, em média, de cinco anos, confirmando a continuidade do padrão brasileiro, no qual os homens devem ser um pouco mais velhos que as mulheres para o estabelecimento de uma relação, pois os homens mais velhos são considerados mais estáveis economicamente pelas jovens (Henriques et alii, 1989). Entretanto, 37,12% dos pais das crianças eram também adolescentes, como demonstra a Tabela 7.

TABELA 7 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Faixa Etária do Pai da Criança - Goiânia, 1996

FAIXA ETÁRIA	N.º	%
14 ≤ 16	4	3,03
17 ≤ 19	45	34,09
≥ 20	81	61,36
NÃO SABE	2	1,52
TOTAL	132	100,00

Guimarães (1993) verificou que 14,6% dos pais das crianças das adolescentes tinham menos de 20 anos. Aguirre (1995) constatou que 67,5% dos rapazes não haviam completado 21 anos até o início da gravidez da jovem mãe, sendo que 27,5% deles tinham menos de 18 anos.

Em relação à escolaridade do pai do bebê, 50% cursaram até a 6ª série e 15,91% além da 8ª, conforme descrito na Tabela 8, o que demonstra que o nível de escolaridade dos pais dos bebês era maior que o das gestantes adolescentes que pararam de estudar.

TABELA 8 - Distribuição dos Pais das Crianças Segundo Escolaridade - Goiânia, 1996

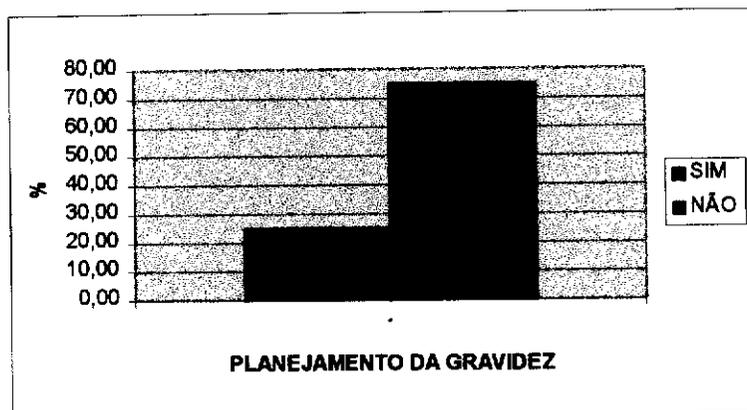
SÉRIE	N.º	%
1 - 2	5	3,79
3 - 4	17	12,88
5 - 6	44	33,33
7 - 8	34	25,76
9 ou mais	21	15,91
NÃO SABE	11	8,33
TOTAL	132	100,00

Viçosa et alii (1988) afirmam que o desenvolvimento do ser humano não pode ser efetivado satisfatoriamente só pela mãe, tornando-se a presença do pai elemento imprescindível. A figura paterna presente desde os primeiros dias, colaborando nas funções de nutrição, proteção, identificação e adaptação, estabelecerá uma forma de comunicação semelhante àquela entre mãe e filho, porém com matizes diferentes.

O pai adolescente geralmente é "esquecido" ou mesmo impedido de vivenciar o processo de gravidez na adolescência. Em geral, ele está à margem tanto das pesquisas quanto dos programas de atenção às gestantes adolescentes. Os problemas mais comumente enfrentados pelos pais adolescentes são os mesmos enfrentados pelas jovens mães: menor probabilidade de completar os estudos, menos chance de desempenhar trabalhos melhor qualificados do que os homens que não tiveram filhos durante a adolescência, tendo também maiores chances de uma união precoce, que termina em divórcio e/ou maior número de filhos (o número de divórcios entre adolescentes é de duas a quatro vezes maior que o de matrimônios entre adultos).

O jovem pai também sofre uma reação negativa do meio social que o rodeia, com os adultos censurando a vida sexual dos adolescentes, o que torna uma condenação a gravidez não planejada ou desejada. Alguns fatores têm contribuído para o aumento do estresse do pai adolescente, como a preocupação com seu futuro profissional, a saúde da mãe e do filho, sua capacidade de ser pai, a relação com a mãe e o filho, além da situação econômica presente e futura. (Munitz e Silber, 1992; Kotagal, 1993)

GRÁFICO 10 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Planejamento da Gravidez - Goiânia, 1996



Segundo o Gráfico 10, a gravidez não foi planejada para a maioria (75%) das gestantes, fato também constatado por Guimarães (1993). Apesar da maioria das gestantes (64,0%) viver maritalmente com o companheiro, 40,15% não haviam planejado a gravidez, sugerindo que uma parte desses casamentos ou união consensuais ocorreu em função da gravidez, como se observa na Tabela 9.

TABELA 9 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Planejamento da Gravidez e Estado Civil - Goiânia, 1996

GRAVIDEZ PLANEJADA	ESTADO CIVIL (%)			TOTAL
	CASADA	UNIÃO CONSENSUAL	SOLTEIRA	
SIM	10,61	12,88	1,51	25,00
NÃO	11,36	28,79	34,85	75,00
TOTAL	21,97	41,67	36,36	100,00

Os dados indicam uma relação estatisticamente significativa ($X^2=20,51$; $gl=2$; $p<0,05$) entre o planejamento da gravidez e o estado civil, demonstrando a falta de planejamento, principalmente, entre as solteiras.

O planejamento ou não da gravidez na adolescência, assim como ser ela desejada ou não, é um tema que desperta opiniões contraditórias entre os estudiosos. Henriques et alii (1989) afirmam que segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno - Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) de 1986, dois terços das adolescentes casadas disseram haver planejado a gravidez, 30% não a haviam desejado e 3% declararam que o filho nascera em época errada. Na mesma pesquisa, o número de adolescentes que não desejava ter tido o último

filho também era maior numa união consensual do que entre as casadas legalmente, 35% e 27%, respectivamente. Tal situação também foi encontrada nas adolescentes deste estudo, sendo que, entre as jovens em união consensual, 28,79% não haviam planejado a gravidez (Tabela 9) sugerindo, possivelmente, que a gravidez tenha sido o motivo dessa união.

Paula (1992), em um estudo sobre a representação de gravidez na adolescência para o mundo adulto e para a adolescente, observou divergências na forma de entender a realidade. Para o adulto uma gravidez na adolescência significa ser “precoce”, portanto não é desejada e muito menos planejada. A visão do mundo adulto está voltada para a imagem da adolescente que, em função da gravidez, estará assumindo papéis para os quais não está pronta. Essa idéia é generalizada, servindo para todas as adolescentes.

Já, as adolescentes estudadas por Paula que estavam vivendo uma união estável no momento da concepção e que haviam tido a primeira relação sexual com o pai da criança afirmaram que, apesar de não a terem planejado, a gravidez era desejada e vivenciada amplamente pelo casal, sendo compreendida como um fato natural, levando a adolescente a assumir as tarefas de dona-de-casa, além dos cuidados com a gravidez.

A autora conclui que há situações em que há o desejo pela maternidade na adolescência e que esse desejo ocorre em um contexto “tradicional” (grifo da autora) da relação familiar. Afirma, ainda, que uma gravidez não desejada poderia ser interrompida por um aborto, enquanto a desejada estaria sendo utilizada como instrumento de inserção no mundo adulto. Dessa forma, a adolescente representa a gravidez como um meio de lidar com o conflito dependência/autonomia, levando-a a assumir precocemente o status de adulto através da maternidade e do casamento.

Munitz e Silber (1992), como discutido anteriormente, afirmam que a gravidez na adolescência resulta do conflito entre o comportamento idealizado e o real, não deixando condições para um planejamento contraceptivo adequado.

Taquete (1992) observou que o desejo de engravidar estava presente em 62% das gestantes adolescentes estudadas, e mesmo entre as que disseram não querer engravidar, metade afirmou ter ficado feliz quando soube que estava grávida, contradição que poderia estar demonstrando um desejo inconsciente de engravidar.

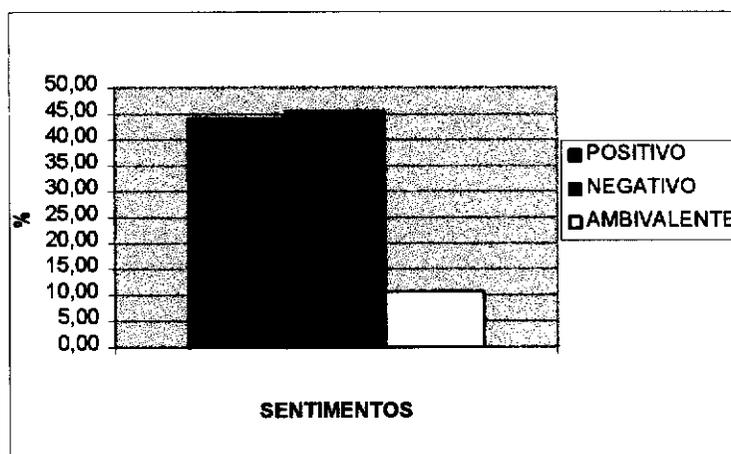
O sentimento em relação à gravidez também foi contraditório no presente estudo, como fica demonstrado na Tabela 10.

TABELA 10 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento em Relação à Gravidez - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	% TOTAL DE RESPOSTAS	% TOTAL DE RESPONDENTES
	N= 162	N= 132
ALEGRIA	43,83	53,79
MEDO	22,22	27,27
REJEIÇÃO	14,20	17,42
PREOCUPAÇÃO	11,73	14,39
OUTROS	6,79	8,33
S/R	1,23	1,52
TOTAL	100,00	

Apesar da maioria das gestantes não haver planejado a gravidez, a alegria foi o sentimento mais presente diante de sua confirmação, representando 43,83% do total de respostas e 53,79% do total de respondentes. Sentimentos negativos também estiveram presentes - medo, rejeição, preocupação. Algumas gestantes (22,73%) expressaram mais de um sentimento diante da gravidez, inclusive ambivalentes. Ao considerar o total de gestantes, 43,94% relataram sentimentos positivos, 45,45% sentimentos negativos e 10,61% sentimentos ambivalentes, como demonstra o Gráfico 11.

GRÁFICO 11 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento em Relação à Gravidez - Goiânia, 1996



Os sentimentos contraditórios diante da gravidez são uma característica própria deste estado. Soifer (1992, p.23) afirma que, segundo Maria

Langer (1964), a aceitação da maternidade por parte da mulher depende do grau de aceitação da gravidez no seu ambiente social. A autora afirma ainda que *“toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição (desejo e contra desejo)”*, e o mecanismo de defesa utilizado para resolver a situação é a negação.

Os sentimentos diante da gravidez muitas vezes expressam a história de vida da adolescente, sugerindo relações intrínsecas entre a adolescente, sua família e seu companheiro.

TABELA 11 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Planejamento Dessa - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	PLANEJAMENTO (%)		
	SIM	NÃO	TOTAL
POSITIVO	20,45	23,48	43,94
NEGATIVO	1,52	43,94	45,45
AMBIVALENTE	3,03	7,58	10,61
TOTAL	25,00	75,00	100,00

Ao se relacionar o sentimento diante a gravidez com o seu planejamento (Tabela 11), verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($X^2=29,49$; $gl=2$; $p<0,05$) entre sentimento negativo e não planejamento. A relação entre sentimento e estado civil (Tabela 12) também foi estatisticamente significativa ($X^2=24,36$; $gl=4$; $p<0,05$). Os sentimentos positivos foram mais freqüentes entre aquelas que planejaram a gestação (20,45%), as casadas (14,39%) e as em união consensual (21,97%).

TABELA 12 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Estado Civil - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	ESTADO CIVIL (%)			TOTAL
	CASADA	UNIÃO CONSENSUAL.	SOLTEIRA	
POSITIVO	14,39	21,97	7,58	43,94
NEGATIVO	5,30	13,64	26,52	45,45
AMBIVALENTE	2,27	6,06	2,27	10,60
TOTAL	21,96	41,67	36,37	100,00

Por outro lado, os sentimentos negativos foram mais freqüentes entre as solteiras (26,52%) e entre aquelas que não planejaram a gravidez (43,94%). Não foi verificada relação entre a idade e o sentimento diante da gravidez,

conforme descrito na Tabela 13 ($X^2=5,37$; $gl=4$; $p>0,05$), porém os sentimentos negativos foram mais freqüentes entre as jovens de 14 a 16 anos (25%) e os positivos entre as adolescentes de 17 a 18 anos (28,03%), confirmando as características descritas por Munitz e Silber (1992) em relação à atitude da adolescente frente à gravidez.

TABELA 13 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Faixa Etária - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	FAIXA ETÁRIA (%)			TOTAL
	10 - 13	14 - 16	17 - 18	
POSITIVO	0,76	15,15	28,03	43,94
NEGATIVO	0,76	25,00	19,70	45,45
AMBIVALENTE	-	5,30	5,30	10,61
TOTAL	1,52	45,45	53,03	100,00

O sentimento diante da gravidez reflete um momento passado, que ocorreu quando da confirmação ou da desconfiança da gravidez. A relação estatisticamente significativa entre o sentimento, o estado civil e o planejamento da gravidez expressa não só a situação de estabilidade conjugal mas também a maneira como ela está sendo vivenciada.

Guimarães (1993) verificou também, que apesar do grande percentual de gravidezes não planejadas (76,2%), o principal sentimento diante do fato foi alegria e a ocorrência de sentimentos negativos (21,0% medo, 9,4% rejeição e 8,8% preocupação) foi menor do que a constatada no presente estudo.

Já Aguirre (1995) identificou percentuais de 65% para sentimentos negativos e 12,5% para sentimentos positivos. Em relação aos sentimentos ambivalentes, essa autora afirma ser positivo o fato de a gestante ter capacidade de expressá-los, pois isso indica maiores recursos para lidar com os conflitos próprios dessa fase. A autora afirma ainda que, apesar da ocorrência de algumas tentativas de interrupção da gravidez pelas gestantes estudadas, todas foram levadas até o final, demonstrando uma supremacia da aceitação sobre a rejeição, *"ainda que não admitidas conscientemente"*. (p.50)

A aceitação da gravidez é um processo mediado pelo sentimento de maternidade, ou mesmo pelo comportamento maternal, cujas origens vêm sendo discutidas ao longo dos anos. Segundo Rubin (1984), há duas possibilidades para

a origem do comportamento maternal: que ele seja instintivo, nato ou que é iniciado na infância, nas brincadeiras com bonecas, no faz de conta, na prática de cuidados com irmãos e mesmo para copiar comportamento da mãe. Independente de sua origem, tal sentimento parece ficar latente por um período e só posteriormente, quando do nascimento da criança, ele vem ressurgir em toda sua plenitude. A autora afirma que considerar o comportamento materno como instinto é reduzir o seu significado, pois as atitudes e os comportamentos maternos mudam com a idade, a condição social e a situação da criança. Todo comportamento, manifesto ou latente, origina-se na mente a partir de processos cognitivos de experiências subjetivas. O sentimento materno é construído em cada etapa de vida e para cada filho será expresso de forma diferente. O suporte de apoio do companheiro, das relações familiares, do grupo social são de fundamental importância na elaboração do vínculo entre mãe e filho.

Para Badinter (1985), o instinto materno é um mito cuja expressão está relacionada com os valores dominantes da sociedade. O amor materno não é um sentimento inato, não faz parte intrínseca da natureza feminina, não é uma conduta universal e necessária à mãe. Pelo contrário, é um sentimento que se desenvolve a partir das variações sócio-econômicas da história, cuja expressão varia extremamente segundo a cultura, as ambições ou as frustrações femininas.

Segundo Scavone (1985), a maternidade assume inúmeras faces e se configura muito mais como um fenômeno social do que biológico, sendo esse último também marcado pela cultura e pela sociedade onde acontece. Atrás da maternidade como fenômeno biológico possivelmente existe toda uma rede de interesses políticos, econômicos e sociais que caracterizam, inclusive, alguns aspectos psicológicos desse ato. A maternidade é entendida, também, pela presença dos filhos, como uma forma de segurança presente e futura contra a solidão, além de permitir que as mulheres exerçam poder e autoridade no espaço doméstico.

Os sentimentos negativos, principalmente entre as solteiras, sugerem toda a problemática vivenciada pelas gestantes adolescentes. Garcia (1985), ao estudar as representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial, considera que a compreensão da realidade dessas gestantes envolve aspectos historicamente determinados de questões relacionadas à forma como acontece a socialização da mulher e ao contexto em

que ela constrói e reforça a identidade social/sexual. Na realidade, o que existe é uma contradição - de um lado a falsa idéia de liberalização dos padrões de comportamento e dos valores relativos à sexualidade e de outro, o padrão do "sexo-medo" inerente à educação sexual tradicional. Em seu estudo, Garcia verificou que os sentimentos iniciais relatados pelas gestantes adolescentes solteiras variaram entre o choque, o medo e a dificuldade de aceitação. A autora conclui que, no início da atividade sexual, uma gravidez pode levar a um desajuste psicossocial, observado no discurso das adolescentes através da ambivalência e/ou contradições no que se refere a sexo, sexualidade, maternidade e valores sociais.

A atitude do pai do bebê diante a gravidez foi, na maioria dos casos, construtiva: 58,33% ficaram felizes, 15,91% propuseram casamento ou morar junto e 11,46% assumiram a paternidade, ao considerar o total de respondentes (Tabela 14). Somente 12,11% não deram apoio ou sugeriram aborto.

TABELA 14 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude do Pai da Criança Diante da Gravidez - Goiânia, 1996

ATITUDE	% TOTAL DE RESPOSTAS	% TOTAL DE RESPONDENTES
	N= 145	N= 132
• FELIZ	53,10	58,33
• CASAR/JUNTAR	14,48	15,91
• ACEITOU	10,34	11,36
• NÃO DEU APOIO	7,59	8,33
• ABORTO	3,45	3,79
• PREOCUPAÇÃO	3,45	3,79
• OUTROS	4,14	4,55
• NÃO SABE	2,76	3,03
• S/R	0,69	0,76
TOTAL	100,00	

O mesmo ocorreu em relação à atitude dos pais das gestantes, entre os quais 26,52% das mães e 15,15% dos pais ficaram felizes, como pode ser verificado nas tabelas 15 e 16.

TABELA 15 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude de suas Mães Diante da Gravidez - Goiânia, 1996

ATITUDE	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 146	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• CONDENOUC/APOIOU	24,66	27,27
• FELIZ	23,97	26,52
• COMPREENDEU/APOIOU	15,07	16,67
• RECOMENDOU CUIDADOS	10,96	12,12
• CONDENOUC/NÃO APOIOU	4,11	4,55
• INDIFERENÇA	4,11	4,55
• PREOCUPAÇÃO	2,74	3,03
• ABORTO	2,05	2,27
• OUTROS	2,05	2,27
• FALECIDA	3,42	3,79
• AUSENTE	2,74	3,03
• NÃO SABE	4,11	4,55
TOTAL	100,00	

TABELA 16 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitude de seus Pais Diante da Gravidez - Goiânia, 1996

ATITUDE	Nº	%
• FELIZ	20	15,15
• CONDENOUC/APOIOU	18	13,64
• INDIFERENÇA	11	8,33
• COMPREENDEU/APOIOU	7	5,30
• CONDENOUC/NÃO APOIOU	4	3,03
• OUTROS	7	5,30
• SEPARADO	45	34,09
• FALECIDO	16	12,12
• NÃO SABE	4	3,03
TOTAL	132	100,00

Apesar de 27,27% das mães e 13,64% dos pais condenarem e posteriormente apoiarem a gravidez, observa-se maior ocorrência de atitudes de apoio tanto do companheiro como da família, o que é fundamental diante de uma gravidez não planejada, em uma fase da vida em que está sendo construída afirmação da identidade e procurados novos caminhos.

O apoio em relação à gestante também pode ser observado na escala de apoio familiar, cuja média foi 6,0 e desvio padrão 2. O menor valor do somatório de pontos para cada gestante foi um e o maior foi dez, resultando numa amplitude igual a nove.

A média da escala de apoio familiar observada nessa pesquisa foi mais baixa do que a encontrada em outros estudos (Smilkstein et alii, 1982), porém nenhum deles foi realizado com jovens adolescentes gestantes.

Considerou-se como apoio bom o somatório de pontos maior ou igual a cinco e como apoio ruim os valores menores do que cinco. Não foi verificada relação estatisticamente significativa entre a escala de apoio familiar e o sentimento ($X^2=5,22$; $gl=2$; $p>0,05$) como demonstra a tabela 17. Ressalta-se, no entanto, que das jovens que tiveram apoio familiar ruim, 65,38% expressaram sentimentos negativos.

TABELA 17 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Apoio Familiar - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	ESCALA DE APOIO FAMILIAR (%)		
	BOM	RUIM	TOTAL
POSITIVO	38,64	5,30	43,94
NEGATIVO	32,58	12,88	45,46
AMBIVALENTE	9,09	1,51	10,60
TOTAL	80,31	19,69	100,00

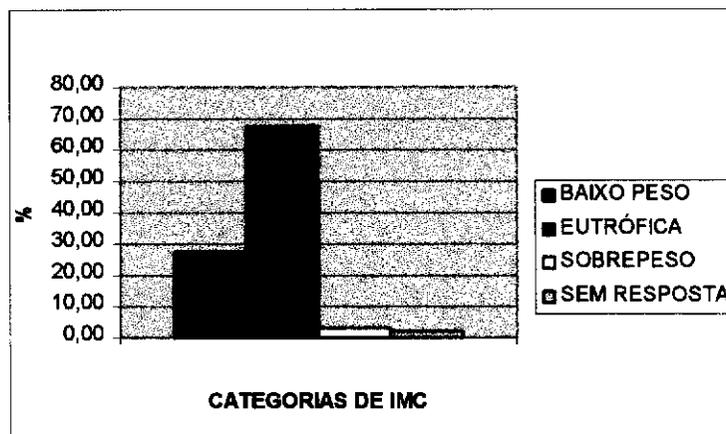
Osofsky e Osofsky (1978) afirmam que, diante da gravidez de uma adolescente, a família provavelmente passa por profundas transformações, independente do nível sócio-econômico ser mais baixo ou mais elevado. A crença comum de que nas famílias de nível sócio-econômico mais baixo a gravidez da adolescente é mais bem aceita não faz parte da realidade encontrada pelo autor. A raiva é o primeiro sentimento demonstrado pelos pais, seguido da vergonha e da culpa. Segundo os autores, o fato é sentido principalmente pela mãe da adolescente, em quem a situação pode reavivar sentimentos relacionados a experiências passadas ou a questões mal resolvidas.

Para Rubin (1984), a formação da identidade materna é fortemente influenciada pelo apoio familiar, principalmente aquele advindo do companheiro, a falta desse apoio pode levar a não formação da identidade materna, bem como a dificuldade em assumir o papel de mãe, situação freqüente entre as adolescentes muito jovens.

3.3 - A Adolescente e sua Percepção das Mudanças Corporais

Durante a gravidez, período de rápidas mudanças corporais, uma nova imagem do corpo vai sendo elaborada, contribuindo para a formação da identidade materna e o aumento da auto-estima da mulher. Para a adolescente tais mudanças podem ser muito mais significativas, principalmente se antes da gravidez havia divergências entre a imagem idealizada e a real. Neste contexto, a análise do peso pré-gestacional (PPG) das adolescentes deste estudo, através do índice de massa corporal (IMC), evidenciou que 67,42% delas estavam eutróficas ao engravidarem, 27,27% tinham baixo peso e 3,03% sobrepeso, como pode ser observado no Gráfico 12.

GRÁFICO 12 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Índice De Massa Corporal - Goiânia, 1996



A opinião das gestantes sobre seu peso pré-gestacional (Tabela 18) foi divergente do real, sendo essa relação estatisticamente significativa ($X^2=113,65$; $gl=9$; $p<0,05$).

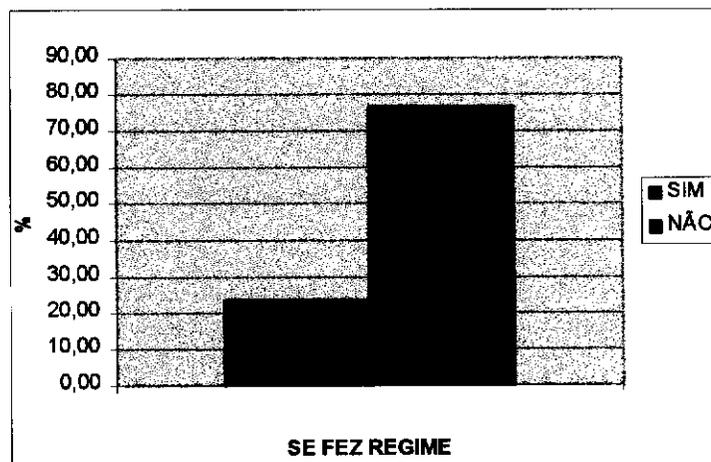
TABELA 18 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Categorias do Índice de Massa Corporal e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996

CATEGORIA	OPINIÃO*									
	< NORMAL N = 16		NORMAL N = 86		>NORMAL N = 28		N.S. N = 2		TOTAL N=132	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BAIXO PESO	11	68,75	25	29,07	-	-	-	-	36	27,27
EUTRÓFICA	5	31,25	59	68,60	25	89,29	-	-	89	67,42
SOBREPESO	-	-	2	2,33	2	7,14	-	-	4	3,03
S/R	-	-	-	-	1	3,57	2	100,00	3	2,27
TOTAL	16	100,00	86	100,00	28	100,00	2	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de opinião

Entre aquelas que consideravam o seu peso pré-gestacional abaixo do normal, 31,25% estavam eutróficas, segundo o IMC (WHO, 1995). Para as gestantes que o consideravam normal, 29,07% apresentavam baixo peso e 2,33% sobrepeso. A maior distorção está entre as 89,29% que consideravam o seu peso acima do normal, mas na verdade estavam eutróficas. Percebe-se, portanto, uma dissonância entre a avaliação real do peso pré-gestacional e a opinião da gestante adolescente sobre ele, acentuando ainda mais a preocupação com o peso excessivo, tendência já bastante presente na adolescência como demonstram vários trabalhos discutidos anteriormente. (Dietz, 1990; Koff, 1991; Centers for Disease Control, 1991; Moore, 1993; Fleitlich, 1997)

GRÁFICO 13 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Realização de Regime Anteriormente à Gravidez - Goiânia, 1996



Ao serem indagadas sobre o fato de já terem feito algum regime, 23,48% das adolescentes responderam que sim, como demonstra o Gráfico 13, sendo que destas, 30 (96,8%) fizeram regime para emagrecer e somente uma (3,2%) para engordar. A relação entre a opinião sobre o peso pré-gestacional e ter feito ou não regime (Tabela 19) foi estatisticamente significativa ($X^2=14,25$; $gl=3$; $p<0,05$).

TABELA 19 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Realização de Regime Anteriormente à Gravidez e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996

REGIME ANTERIOR	OPINIÃO*									
	< NORMAL N= 16		NORMAL N= 86		> NORMAL N= 28		N.S. N= 2		TOTAL N= 132	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIM	3	18,75	14	16,28	14	50,00	-	-	31	23,48
NÃO	13	81,25	72	83,72	14	50,00	2	100,00	101	76,52
TOTAL	16	100,00	86	100,00	28	100,00	2	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondentes por categoria de opinião

A relação estatisticamente significativa entre fazer regime e a opinião sobre o peso pré-gestacional assume um significado especial frente aos dados demonstrados na Tabela 18, os quais indicam uma distorção entre a avaliação real do peso pré-gestacional e a opinião da adolescente sobre esse peso pré-gestacional. Frente a esta realidade, tornam-se importantes novos estudos que determinem como são feitos os regimes entre as adolescentes e quais as suas repercussões no estado nutricional.

Para a maioria das gestantes (97,70%) uma grávida deve engordar. No entanto, 42,43% achavam que ela deveria engordar menos que 11,50 kg, como demonstra a Tabela 20, ganho de peso mínimo recomendado pela WHO (1995) para mulheres adultas e que iniciam a gravidez com o peso pré-gestacional adequado (segundo o índice de massa corporal pré-gestacional). Deve-se destacar que 30,30% não sabiam a quantidade de quilos a ser adquirida durante a gravidez.

TABELA 20 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Quantos KG uma Grávida Deve Engordar - Goiânia, 1996

KG ⁹	N	%
0 ≤ 7	21	15,91
7 ≤ 11,5	35	26,52
11,5 ≤ 16	21	15,91
16 ≤ 18	6	4,55
≥ 18	8	6,06
NÃO SABE	40	30,30
S/R	1	0,76
TOTAL	132	100,00

A informação sobre quantos quilos uma grávida deve engordar foi estabelecida pela própria gestante (29,55%) ou por suas amigas (10,61%); somente 3,03% haviam obtido essa informação através do serviço de saúde, como se observa na Tabela 21.

TABELA 21 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Origem da Informação Sobre Ganho de Peso Durante a Gravidez. Goiânia - 1996

ORIGEM DA INFORMAÇÃO	N	%
• A ADOLESCENTE	39	29,55
• AMIGAS	14	10,61
• FAMÍLIA	11	8,33
• SERVIÇO DE SAÚDE	4	3,03
• MÃE	4	3,03
• OUTROS	19	14,39
• NÃO SABE	40	30,30
• S/R	1	0,76
TOTAL	132	100,00

O alto percentual de adolescentes que desconhece quantos quilos uma grávida deve engordar, bem como o baixo percentual de jovens que obteve esta informação no serviço de saúde, demonstra um atendimento não integral à gestante adolescente, sem uma troca de informações mínima, possivelmente ocasionando angústia frente ao ganho de peso e à sua necessidade de sua ocorrência. É a esse contexto que se justifica a importância de formar profissionais com uma visão totalizadora, que permita entender a adolescente frente às mudanças e características próprias dessa fase, como também, frente àquelas relacionadas com a gestação.

⁹As faixas para o ganho de peso expressas em Kg foram estabelecidas seguindo os limites superiores recomendados pela WHO (1995), segundo o índice de massa corporal pré-gestacional: ≤ 19,8, ganho de peso de 12,5 a 18 kg; 19,8 ≤ 26, ganho de peso de 11,5 a 16 kg e 26 ≤ 29, ganho de peso de 7 a 11,5 kg.

A visão não real do peso pré-gestacional, tanto quanto informações errôneas sobre ganho de peso durante a gravidez, indicam a necessidade de atenção especial direcionada ao peso durante o pré-natal. O peso pré-gestacional e o ganho de peso durante a gravidez são indicadores do estado nutricional da gestante. O primeiro evidencia sua história de vida no que se refere ao aspecto nutricional, pois sugere o potencial de reservas nutricionais maternas que poderão ser utilizadas durante a gravidez. O peso pré-gestacional da mãe tem sido apontado como um fator determinante do peso do bebê ao nascer tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos, porém em alguns estudos essa relação não fica muito evidente. (Krasovec e Anderson, 1991)

Segundo Garn (1991), a crença de que uma das razões do baixo peso do bebê ao nascer é o peso pré-gestacional da gestante adolescente não é verdadeira, pois ao comparar o peso das gestantes adolescentes com o das gestantes adultas, observou-se que o tamanho dos recém-nascidos era o mesmo, contradizendo, portanto, a idéia do desenvolvimento imaturo das jovens. O autor afirma que, na verdade, elas dão à luz recém-nascidos pequenos porque elas também são pequenas.

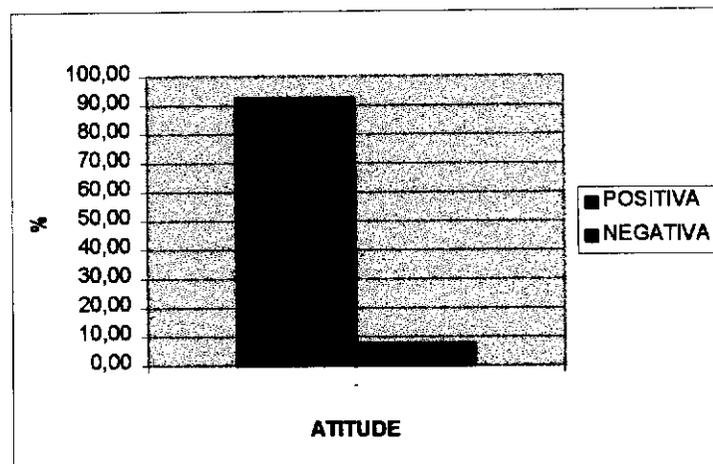
O ganho de peso gestacional, por sua vez, é um dos fatores que influenciam no prognóstico do resultado da gravidez, sendo o seu acompanhamento uma das atividades básicas do pré-natal. O peso pré-gestacional e o ganho de peso durante a gestação são fatores aditivos sobre o peso ao nascer. A relação entre os dois indicadores é complexa: se o ganho de peso foi alto, o peso pré-gestacional é irrelevante; porém, se for baixo, o peso pré-gestacional é de fundamental importância. Tal relação não é afetada pela idade, mas é fortemente influenciada pela raça. (Garn, 1991)

Nesse contexto, a atuação do nutricionista é muito importante pois o ganho de peso é um dos elementos no qual se pode interferir de acordo com cada situação. Além disso, segundo Rubin (1984), a gestação é um período em que, geralmente, a mulher está mais disposta a seguir as orientações, buscando mesmo uma mudança nos seus hábitos de vida, visando a melhores condições de saúde para seu filho e para ela própria. A autora afirma ainda que, enquanto a gestante múltipara tem um conjunto de informações, a gestante adolescente muito jovem está constrangida na busca de modelos, faz poucas observações e raramente participa de conversas com mulheres mais velhas. Esse

constrangimento parece ser um elemento próprio do seu estágio de desenvolvimento cognitivo, com uma visão limitada do tempo futuro, um senso de isolamento que promove mais alienação do que identificação, dificultando a compreensão das mudanças que estão ocorrendo em seu corpo.

Apesar da discordância entre a opinião sobre o peso pré-gestacional, a avaliação real do IMC e o desconhecimento sobre quantos quilos uma grávida deve engordar, a maioria das adolescentes (92,42%) teve atitudes positivas em relação ao ganho de peso, como pode ser verificado no Gráfico 14.

GRÁFICO 14 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Atitudes em Relação ao Ganho de Peso. Goiânia - 1996



Na avaliação da escala de cinco pontos, a média geral foi calculada a partir das médias de pontos obtidas para cada gestante. Considerou-se como atitudes positivas aquelas médias superiores ou iguais a 2,5 e atitudes negativas as inferiores a esse ponto de corte. Ressalta-se que 92,4% das gestantes obtiveram um escore maior ou igual a 2,5, resultado semelhante ao encontrado por Stevens-Simons (1993). O valor máximo de escore para a escala de atitude de ganho de peso foi 3,67 e o valor mínimo 2,22, resultando numa amplitude de 1,55. A média foi de 2,93, com um desvio padrão de 0,78 e a mediana 3,0.

Quando se faz uma análise dos itens da escala verifica-se que apenas dois demonstram atitudes negativas: "Eu me preocupo se ficarei gorda durante a gravidez", com média de 2,33 e "Eu gostaria de ganhar entre 5 a 9 Kg durante essa gravidez", com média de 2,39. Em relação ao primeiro, possivelmente, tal negatividade pode estar relacionada com a palavra gorda. Já o segundo item

pode ser explicado pela presença da informação de 9 Kg, o qual é considerado tanto pelo senso comum quanto pela literatura (Worthington - Robert; 1986) como o ideal.

Por outro lado os itens de maior positividade foram: "Eu me orgulho que os outros percebam que eu estou grávida"; "Eu ganharia 18 Kg se isso significasse que meu bebê fosse mais saudável" e "E ganharia 16 Kg se isso significasse que meu bebê fosse mais saudável", todos eles com uma média de 3,27. O primeiro sugere a importância social atribuído à gestante como enfatizado por Rubin (1984) e verificado por Nobile (1987). Os outros dois evidenciam que o ganho de peso fica em segundo plano frente à saúde do bebê.

Não foi verificada relação estatisticamente significativa entre o tipo de atitude (positiva ou negativa) e a avaliação real do IMC ($X^2=5,23$; $gl=3$; $p>0,05$). Ressalta-se que as atitudes negativas só estavam presentes entre o grupo de eutróficas como demonstrado na Tabela 22.

TABELA 22 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Categorias de Índice de Massa Corporal e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996

CATEGORIAS	ATITUDE*					
	POSITIVA N=122		NEGATIVA N=10		TOTAL N=132	
	N	%	N	%	N	%
BAIXO PESO	36	29,51	-	-	36	27,27
EUTRÓFICA	79	64,75	10	100,00	89	67,42
SOBREPESO	4	3,28	-	-	4	3,03
S/R	3	2,46	-	-	3	2,27
TOTAL	122	100,00	10	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de atitude

No que se refere a relação entre atitude frente ao ganho de peso e opinião sobre o peso pré-gestacional (Tabela 23), apesar de não ser estatisticamente significativa ($X^2 = 2,39$; $gl = 3$; $p > 0,05$), observa-se que a maior freqüência de atitudes negativas ocorreu entre aquelas que consideravam o peso pré-gestacional normal ou acima do normal. Diante da visão não real do peso pré-gestacional, apresentado na Tabela 18, tal resultado enfatiza a importância de conhecer a opinião das gestantes sobre esse aspecto no início do pré-natal.

TABELA 23 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996

OPINIÃO	ATITUDE*					
	POSITIVA N= 122		NEGATIVA N= 10		TOTAL N= 132	
	N	%	N	%	N	%
ABAIXO DO NORMAL	15	12,30	1	10,00	16	12,12
NORMAL	81	66,39	5	50,00	86	65,15
ACIMA DO NORMAL	24	19,67	4	40,00	28	77,27
NÃO SABE	2	1,64	-	-	2	1,52
TOTAL	122	100,00	10	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de atitude

Também não foi verificada relação significativa entre atitudes frente ao ganho de peso e a opinião sobre quantos quilos uma grávida deve engordar ($X^2 = 0,24$; $p > 0,05$), como demonstra a Tabela 24. Ressalta-se, no entanto, que 80% das gestantes com atitudes negativas frente ao ganho de peso tinham informação inadequada sobre esse aspecto.

TABELA 24 - Distribuição das Gestantes Adolescente Segundo Opinião sobre Quantos KG uma Gestante Deve Engordar e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996

GANHO DE PESO	ATITUDE*					
	POSITIVA N= 122		NEGATIVA N= 10		TOTAL N= 132	
	N	%	N	%	N	%
ADEQUADO	33	27,05	2	20,00	35	26,52
INADEQUADO	89	72,95	8	80,00	97	73,48
TOTAL	122	100,00	10	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de atitude

O conjunto desses resultados indica, não só ao nutricionista, mas também aos demais integrantes da equipe de saúde, a necessidade de conhecer informações anteriores a gravidez que possam interferir no seu desenvolvimento.

As atitudes positivas frente à visão não real do peso pré-gestacional, e as informações inadequadas sobre o ganho de peso sugerem a superação das dificuldades características dessa fase do desenvolvimento quanto à satisfação

com o próprio corpo e uma maior importância à maternidade, ultrapassando os limites da preocupação com o corpo e voltando a atenção para um resultado positivo da gestação.

Entretanto, uma escala de atitudes é um instrumento que se propõe a quantificar um objeto de difícil mensuração. Para sua elaboração, neste caso específico, foram seguidas técnicas definidas por Palmer (1985) para sua confecção. É interessante ressaltar que a variação no estado emocional da adolescente, descrita por Blinn-Pike et alii (1994) ao acompanhar um grupo de gestantes, pode ter sido um fato que influenciou nos resultados da escala.

TABELA 25 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e Atitudes em Relação ao Ganho de Peso - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	ATITUDE*					
	POSITIVA N= 122		NEGATIVA N= 10		TOTAL N= 132	
	N	%	N	%	N	%
POSITIVO	57	46,72	1	10,00	58	43,94
NEGATIVO	51	41,80	9	90,00	60	45,45
AMBIVALENTE	14	11,48	-	-	14	10,61
TOTAL	122	100,00	10	100,00	132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de atitude

Foi verificada relação estatisticamente significativa entre o resultado da escala de atitudes e o sentimento diante da gravidez ($X^2=8,71$; $gl=2$; $p<0,05$), como se observa na Tabela 25. Ressalta-se a importância da atuação de uma equipe de saúde com uma visão integral, que ultrapasse os limites dos conhecimentos específicos de cada área, no acompanhamento da gestante adolescente.

Quando se analisa as mudanças corporais percebidas verifica-se que a maioria quase absoluta das gestantes adolescentes (98,5%) afirmou ter percebido alguma mudança corporal durante a gravidez. Somente duas (1,5%), apesar de estarem com mais de 38 semanas de gestação, responderam negativamente. Os motivos para tal resposta não foram identificados. Muitas gestantes relataram mais de uma mudança, conforme demonstra a Tabela 26, sendo o seio (30,49%),

o peso (22,62% - 17,70% engordar e 4,92% emagrecer) e a barriga (17,70%) as mudanças mais percebidas. Ao considerar o total de respondentes, esses valores têm um evidente aumento, ficando assim distribuídos: seio (70,45%); peso (52,57%, sendo 40,91% engordar e 11,36% emagrecer) e barriga (40,91%).

TABELA 26 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal Percebida - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 305	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• SEIOS	30,49	70,45
• BARRIGA	17,70	40,91
• ENGORDOU	17,70	40,91
• EMAGRECEU	4,92	11,36
• CINTURA AUMENTOU	4,26	9,85
• QUADRIL AUMENTOU	3,93	9,09
• PERNAS	3,28	7,58
• NÁDEGAS CRESCERAM	2,30	5,30
• OUTROS	14,43	33,33
• S/R	0,98	2,27
TOTAL	100,00	

A análise das mudanças percebidas relacionadas ao peso pré-gestacional demonstra que o seio foi a mais freqüente em todas categorias de peso pré-gestacional, sendo 68,75% para aquelas que consideravam o seu peso abaixo do normal, 62,79% para as que achavam seu peso normal e 92,85% para aquelas que o consideravam acima do normal. (Tabela 27)

TABELA 27 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Percebida e Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	OPINIÃO*									
	< NORMAL N= 16		NORMAL N= 86		> NORMAL N= 28		N.S. N= 2		TOTAL N= 305	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEIOS	11	68,75	54	62,79	26	92,86	2	100,00	93	30,49
BARRIGA	6	37,50	34	39,53	12	42,86	2	100,00	54	17,70
ENGORDAR	7	43,75	33	38,37	14	50,00	-	-	54	17,70
EMAGRECER	1	6,25	11	12,79	3	10,71	-	-	15	4,92
CINTURA	1	6,25	10	11,63	2	7,14	-	-	13	4,26
QUADRIL	2	12,50	8	9,30	1	3,57	1	50,00	12	3,93
PERNAS	-	-	10	11,63	-	-	-	-	10	3,28
OUTROS	11	68,75	34	39,53	6	21,43	-	-	51	16,73
S/R	-	-	3	3,49	-	-	-	-	3	0,98
TOTAL	39		197		64		5		305	100,00

* Havendo a possibilidade de mais de uma resposta a % foi obtida sobre o número de respondentes por categoria

Destaca-se que o fato de engordar foi a mudança percebida por 50% daquelas que consideravam seu peso acima do normal (Tabela 27). Esse fato é importante, principalmente ao lembrar que, das gestantes que consideravam o peso acima do normal, 89,30% estavam eutróficas e somente duas delas, ou seja, 1,52% estavam com o peso pré-gestacional acima do esperado (Tabela 18). Tais resultados confirmam o interesse da gestante pelo ganho de peso, como demonstrado por Rubin (1984) e Stenberg e Blinn (1993).

A mudança corporal que mais chamou a atenção foi o seio (32,87%), seguido da barriga (32,17%), considerando o total de respostas. Quando se considera o total de respondentes, como pode ser verificado na Tabela 28, esses percentuais alteram-se muito pouco.

TABELA 28 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal que Mais Chamou Atenção - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 143	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• SEIO	32,87	35,61
• BARRIGA	32,17	34,85
• PESO	13,99	15,15
• OUTROS	15,38	16,67
• NENHUMA	3,50	3,79
• S/R	2,10	2,27
TOTAL	100,00	

O motivo por que a mudança mais chamou a atenção foi, para o seio e a barriga, porque cresceram 25,34% e 26,71%, respectivamente. Estes percentuais pouco se alteraram quando foi considerado o total de respondentes, como demonstra a Tabela 29.

TABELA 29 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual a Mudança Chamou Mais Atenção - Goiânia, 1996

MOTIVO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 146	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• SEIO CRESCEU	25,34	28,03
• SEIO (OUTROS)	10,27	11,36
• BARRIGA CRESCEU	26,71	29,55
• BARRIGA (OUTROS)	4,79	5,30
• ENGORDOU	9,59	10,61
• EMAGRECEU	4,11	4,55
• CINTURA AUMENTOU	2,05	2,27
• NÁDEGAS AUMENTARAM	2,05	2,27
• QUADRIL AUMENTOU	1,37	1,52
• OUTROS MOTIVOS	5,48	6,06
• NÃO SABEM	2,05	2,27
• S/R	6,16	6,82
TOTAL	100,00	

Ao considerar o total de respostas, a mudança corporal de que as adolescentes mais gostaram foi a barriga (47,06%), pelo fato de ter crescido (23,70%). Para o total de respondentes, houve uma pequena diferença nos percentuais. (Tabela 30 e Tabela 31)

TABELA 30 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal de Que Mais Gostaram - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 136	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• BARRIGA	47,06	48,48
• NENHUMA	23,53	24,24
• SEIOS	8,09	8,33
• PESO	6,62	6,82
• OUTROS	8,09	8,33
• NÃO SABE	2,94	3,03
• S/R	3,68	3,79
TOTAL	100,00	

TABELA 31 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Por Que Gostaram Mais de Alguma Mudança - Goiânia, 1996

MOTIVO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 135	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• BARRIGA CRESCEU	23,53	24,24
• BARRIGA (OUTROS)	22,79	23,48
• SEIO CRESCEU	6,62	6,82
• SEIO (OUTROS)	2,20	2,27
• ENGORDOU	3,68	3,79
• EMAGRECEU	2,94	3,03
• OUTROS MOTIVOS	11,03	11,36
• S/R	27,21	28,03
TOTAL	100,00	

Destaca-se que 23,53% afirmaram não gostar de nenhuma das mudanças (Tabela 30), principalmente entre aquelas que consideravam seu peso acima do normal (35,71%) e abaixo do normal (31,25%), evidenciando sua insatisfação com as mudanças percebidas (Tabela 32). Entre aquelas que consideravam seu peso abaixo do normal, 18,75% se referiram ao peso como a mudança de que mais gostaram. (Tabela 32)

TABELA 32 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Mudança Corporal de Que Mais Gostaram - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	OPINIAO*									
	< NORMAL N= 16		NORMAL N= 86		> NORMAL N= 28		N.S. N= 2		TOTAL N= 136	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BARRIGA	7	43,75	41	47,67	14	50,00	2	100	64	47,06
SEIOS	-	-	11	12,79	-	-	-	-	11	8,09
PESO	3	18,75	5	5,81	1	3,57	-	-	9	6,62
OUTROS	1	6,25	7	8,14	3	10,71	-	-	11	8,09
NENHUMA	5	31,25	17	19,77	10	35,71	-	-	32	23,53
NÃO SABE	-	-	3	3,49	1	3,57	-	-	4	2,94
S/R	-	-	5	5,81	-	-	-	-	5	3,68
TOTAL	16		89		29		2		136	100,00

* Havendo a possibilidade de mais de uma resposta a % foi calculada sobre o número de resposta por categoria de opinião

O seio, além de ser a mudança mais percebida, também foi a que as adolescentes menos gostaram (26,06%) seguido da resposta "nenhuma mudança" (16,90%) e do peso (10,56%), considerando-se o total de respostas. Para o total de respondentes, houve pequena diferença nos percentuais, como demonstra a Tabela 33.

TABELA 33 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Mudança Corporal de Que Menos Gostaram - Goiânia, 1996

MUDANÇA CORPORAL	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 142	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• SEIOS	26,06	28,03
• NENHUMA	16,90	18,18
• PESO	10,56	11,36
• ESTRIA	7,04	7,58
• BARRIGA	6,34	6,82
• OUTROS	24,65	26,52
• NÃO SABE	2,11	2,27
• S/R	6,34	6,82
TOTAL	100,00	

Os motivos principais alegados para não gostarem da mudança do seio foi porque ele cresceu e por outros, tais como, estrias, manchas, o medo de ficar caído (Tabela 34). Não se deve descartar desta posição a opinião, presente a nível de senso comum, que o crescimento do seio durante a gravidez e aleitamento produzem alterações morfológicas irreversíveis. Tal posição tem sido relatado como um dos fatores que impedem a prática do aleitamento materno. Em relação ao peso, o principal motivo para não gostarem dessa mudança foi o fato de engordar.

TABELA 34 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo Pelo Qual Gostaram Menos da Mudança - Goiânia, 1996

MOTIVO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 144	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• SEIO CRESCEU	18,06	19,70
• SEIO (OUTROS)	10,42	11,36
• ENGORDOU	8,33	9,09
• ESTRIA	6,94	7,58
• BARRIGA CRESCEU	4,86	5,30
• EMAGRECEU	2,78	3,03
• OUTROS MOTIVOS	19,44	21,21
• NÃO SABE	0,69	0,76
• S/R	28,47	31,06
TOTAL	100,00	

Relacionando a opinião sobre o peso pré-gestacional com as mudanças corporais que as gestantes menos gostaram, observa-se que o seio continua sendo o mais freqüente entre todas as categorias de opinião, como pode ser verificado na Tabela 35.

TABELA 35 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre Peso Pré-Gestacional e Mudança de Que Menos Gostaram - Goiânia, 1996

MUDANÇA	OPINIÃO*									
	< NORMAL N= 16		NORMAL N= 86		> NORMAL N= 28		N.S. N= 2		TOTAL N= 142	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEIO	4	25,00	21	24,42	11	39,29	1	50,00	37	26,06
PESO	-	-	10	11,63	5	17,86	-	-	15	10,56
ESTRIA	4	25,00	5	5,81	1	3,57	-	-	10	7,04
BARRIGA	1	6,25	5	5,81	3	10,71	-	-	9	6,34
OUTROS	2	12,50	26	30,23	6	21,43	1	50,00	35	24,65
NENHUMA	4	25,00	17	19,77	3	10,71	-	-	24	16,90
NÃO SABE	1	6,25	2	2,33	-	-	-	-	3	2,11
S/R	2	12,50	7	8,14	-	-	-	-	9	6,34
TOTAL	18		93		29		2		142	100,00

* Havendo a possibilidade de mais de uma resposta a % foi calculada sobre o número de resposta por categoria de opinião

Ressalta-se que, entre as categorias de opinião sobre o peso pré-gestacional, a resposta "nenhuma mudança" foi uma das mais freqüentes entre as adolescentes que consideravam o peso pré-gestacional abaixo do normal. Por outro lado, a resposta "peso" foi uma das mais freqüentes entre aquelas que consideravam o peso pré-gestacional acima do normal.

A análise dos dados da Tabela 26 demonstra que o seio foi a mudança mais percebida e aquela que mais chamou atenção (Tabela 28), principalmente porque cresceu (Tabela 29), tendo sido, para algumas das gestantes (28,03%), a mudança de que menos gostaram (Tabela 33). Estudos sobre adolescentes americanas não grávidas ressaltarem a presença do desejo de seios maiores e lábios, coxas e nádegas menores. Alguns autores afirmam que as adolescentes sentem-se descontentes com o alarguemento da parte superior do corpo, com exceção do busto, pois desejam que ele seja maior (Moore, 1993; Stenberg e Blinn, 1993). Faz-se importante ressaltar as diferenças culturais entre a população americana e a aqui estudada. A ênfase na percepção do seio durante a gestação sugere repensar seu significado para as gestantes adolescentes, pois é uma parte do corpo vista, na atualidade, como símbolo de sensualidade, mas que durante a gravidez assume um novo papel, ou seja, fonte imediata de alimento para o recém-nascido.

De maneira geral, os dados demonstram insatisfação com o aumento de peso durante a gravidez, principalmente, entre aquelas que se consideravam com o peso acima do normal antes da gestação. Faz-se interessante observar a conotação da resposta "nenhuma" em relação às perguntas "qual a mudança de que mais gostou?" e "qual a mudança de que menos gostou?" (Tabelas 30 e 33). Tal resposta, em relação à primeira pergunta analisada frente às categorias de opiniões sobre o peso pré-gestacional (Tabela 32), apresentou um percentual maior para aquelas jovens que consideravam seu peso pré-gestacional elevado, embora seja pequena essa diferença em relação àquelas que consideravam seu peso abaixo do normal. No entanto, para a segunda pergunta, o maior percentual da resposta "nenhuma" ficou entre aquelas que consideravam seu peso abaixo do normal (Tabela 35), demonstrando uma maior satisfação com as mudanças corporais durante a gravidez.

O profissional de saúde foi apontado como aquele que mais comentou sobre as mudanças (15,08%), ao considerar o total de respostas, destacando-se a enfermeira como a mais citada (Tabela 36). Nota-se também que 52,38% não deram resposta, ou seja, durante o pré-natal ninguém comentou sobre as mudanças.

TABELA 36- Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Origem da Informação Sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996

ORIGEM DA INFORMAÇÃO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 126	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
• PROFISSIONAL DA SAÚDE	15,08	14,39
• FAMÍLIA	11,90	11,36
• MÃE/PAI	11,11	10,61
• COMPANHEIRO	3,97	3,79
• OUTROS	5,56	5,30
• S/R	52,38	50,00
TOTAL	100,00	

Os dados referentes a percepção das mudanças corporais indicam que reavaliar a importância da opinião da adolescente sobre seu peso pré-gestacional, a relação que estabelece com as mudanças ocorridas em seu corpo durante a gestação, inserindo essas informações na sua história de vida, provavelmente contribuirá para a realização de um acompanhamento nutricional mais adequado, com melhores resultados tanto para a jovem mãe quanto para seu filho.

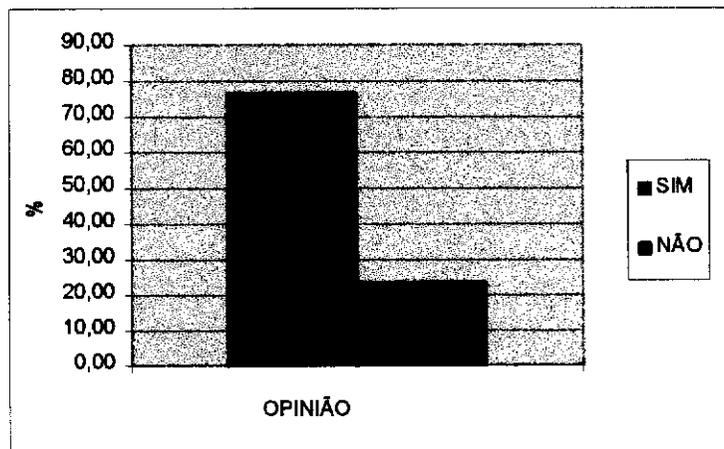
3.4 - A Adolescente e sua Auto-Estima

A auto estima, juntamente com a imagem corporal, é um dos elementos formadores da auto-imagem, podendo ser definida como o conjunto de sentimentos e crenças que os indivíduos têm em relação à sua competência e a seus valores, à sua capacidade de ser diferente, de enfrentar e de dominar desafios, de aprender com sucesso e com erro e de tratar a si mesmos e ao próximo com respeito. (Brooks, 1992)

Durante a adolescência, frente às intensas transformações biopsicossociais características deste período e à insatisfação com a imagem do corpo, a auto-estima da adolescente pode estar diminuída. Mesmo muito antes da adolescência, a menina aprende que o encanto físico é uma dimensão básica do papel da mulher. A procura eterna pela beleza frequentemente leva a uma imagem corporal negativa, a baixa auto-estima e a outros conflitos (Newell, 1990). Na gestante adolescente, a auto estima apresenta-se de forma variada, ora elevada ora baixa, segundo estudos de Matsushashi (1991), Stenberg e Blinn (1993).

Como o conceito de auto-estima está permeado dos sentimentos que se tem de si mesmo, o ato de olhar-se no espelho torna-se um aspecto interessante a ser analisado. Entre as gestantes adolescentes estudadas, 76,50% gostavam de se olhar no espelho, como demonstra o Gráfico 15.

GRÁFICO 15 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião Sobre se Gosta ou Não de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996



O ato de se olhar no espelho evidencia uma relação mais íntima com a gravidez, sugerindo uma auto-estima positiva, principalmente ao se constatar que o principal motivo era para ver a barriga, mudança de que mais gostaram (Tabela 37). Tais respostas são coerentes ao lembrar que o tempo médio de gestação das jovens mães era de 23 semanas, ou seja, segundo trimestre, época de um crescimento intenso da barriga. Observar as mudanças é uma característica deste período, como descrito anteriormente por Rubin (1984). Entretanto, as gestantes que afirmaram não gostar de se olhar no espelho referiram motivos negativos - "acho feia", "estranha", "dá tristeza", "acho gorda", entre outros - para justificar essa atitude, o que sugere uma baixa auto-estima.

TABELA 37 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo pelo Qual Gostam de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996.

MOTIVO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 104	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
VER BARRIGA	63,46	50,00
VER DIFERENÇA	18,27	14,39
ACHA BONITA	8,65	6,82
OUTROS	9,62	7,58
TOTAL	100,00	

A maioria das adolescentes (77,27%) considerava uma gestante bonita. Do total de respostas, o motivo principal para essa opinião foi também a barriga (35,38%), 13,85% pela gravidez representar sinal de vida e 9,23% por ser mãe (Tabela 38). O que elas achavam mais bonito em uma gestante era a barriga (84,09%) e o mais feio o seio (15,91%). Na verdade, as opiniões das adolescentes reforçam suas opiniões sobre si mesmas. O crescimento gradual da barriga é uma forma concreta de expressão da gravidez, ocorrendo principalmente a partir do segundo trimestre, e lentamente ajuda a formar a identidade materna. A afirmação de que "a barriga é um sinal de vida" sugere uma percepção de movimento e interação entre mãe e filho.

Segundo Rubin (1984), o crescimento da barriga é notado socialmente e cria respeito pela gestante. O apoio advindo do companheiro, da família e dos amigos reforça a auto-estima, deixando-a mais tranqüila e preparando-a para a maternidade.

TABELA 38 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Motivo pelo qual Achrom uma Gestante Bonita - Goiânia, 1996.

MOTIVO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 130	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 132
BARRIGA	35,38	34,85
SINAL DE VIDA	13,85	13,64
SER MÃE	9,23	9,09
OUTROS	30,77	30,30
NÃO SABE	4,62	4,54
S/R	6,15	6,06
TOTAL	100,00	

Apesar de não ter sido verificada relação estatisticamente significativa entre o fato de gostar ou não de se olhar no espelho e o sentimento diante da gravidez ($X^2=5,95$; $gl=2$; $p>0,05$), 15,15% daquelas que não gostavam de se olhar no espelho referiram sentimentos negativos (Tabela 39), sugerindo a necessidade de uma preocupação direcionada à auto-estima destas gestantes.

TABELA 39 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Sentimento Diante da Gravidez e se Gostam de se Olhar no Espelho - Goiânia, 1996

SENTIMENTO	SE GOSTA DE SE OLHAR (%)		
	SIM	NÃO	TOTAL
POSITIVO	37,12	6,82	43,94
NEGATIVO	30,30	15,15	45,45
AMBIVALENTE	9,09	1,52	10,61
TOTAL	76,51	23,49	100,00

A maioria das jovens (61,4%) não se considerava atraente com gestante. Conforme pode ser verificado no Gráfico 16, os companheiros de 54,55% delas faziam comentários sobre as mudanças ocorridas no corpo. Do total de respostas, os comentários mais frequentes eram a respeito da barriga (28,29%), que a gestante estava mais bonita (21,21%) e por ter engordado (16,16%) como mostra a Tabela 40. Ressalta-se que 5,08% dos companheiros faziam comentários negativos tais como "você está parecendo uma baleia", "você está feia"; 30,30% informaram que os companheiros não faziam comentários, enquanto 14,39% não mantinham contatos com o pai da criança.

GRÁFICO 16 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo a Existência de Comentários do Companheiro sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996

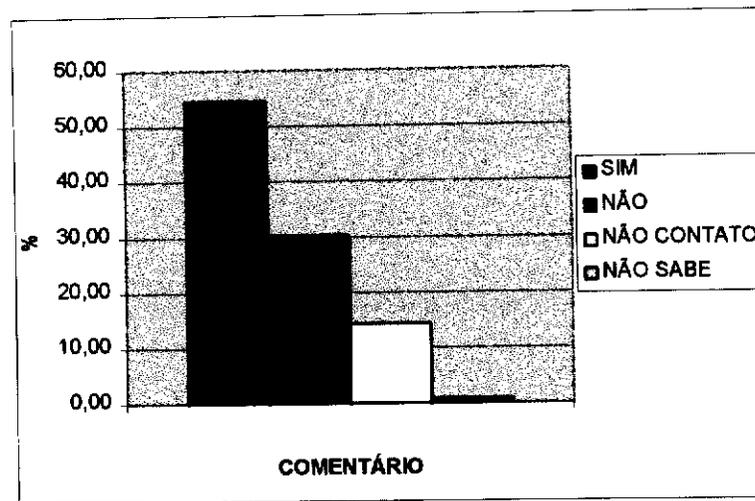


TABELA 40 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Comentários do Companheiro sobre as Mudanças Corporais - Goiânia, 1996

COMENTÁRIO	% TOTAL DE RESPOSTAS N= 99	% TOTAL DE RESPONDENTES N= 92
BARRIGA	28,29	30,43
BONITA	21,21	22,83
ENGORDOU, GORDA...	16,16	17,39
SEIO	9,09	9,78
ADJETIVOS NEGATIVOS	6,06	6,52
OUTROS	19,19	20,65
TOTAL	100,00	

Como afirma Maldonado (1981), as alterações do esquema corporal estão intimamente relacionadas à sexualidade durante a gravidez. A autora tem observado duas reações frente à sexualidade durante esse período. A primeira é aquela em que a sensação de ser fecunda representa um desabrochar da feminilidade e geralmente está acompanhada de um sentimento de orgulho pelo corpo grávido, principalmente quando as alterações do corpo são acompanhadas pelo companheiro. A segunda é aquela oposta, em que a gestante se acha feia, com o corpo disforme e incapaz de atrair alguém. Na vivência de tal situação, mesmo o elogio do companheiro pode ser compreendido como expresso somente para consolá-la. Nesse caso, há quase sempre uma retração sexual, levando a sentimentos de ciúme e suspeitas de infidelidade.

A insatisfação com o corpo grávido pode levar a uma situação na qual, *na medida em que a mulher sente seu corpo grávido, como feio e deformado, passa a ficar extremamente vulnerável e sensível a qualquer atitude do homem em relação à sua aparência. Um pequeno comentário ou brincadeira é dolorosamente sentido como prova de que de fato está pouco atraente. O sentimento se intensifica quando o homem sente pouco desejo pela mulher grávida, e a solicita menos sexualmente do que o habitual.* (Maldonado. Apud: Nobile, 1987, p. 5)

Na opinião de 25,80% das gestantes, as mudanças corporais interferiram no relacionamento com o companheiro (Gráfico 17). Os motivos alegados foram vários, como, por exemplo, a barriga incomodar (7,58%), o medo de machucar o bebê (3,8%), enquanto 16,70% não souberam definir os motivos. É interessante verificar que entre aquelas que não se achavam atraentes, 45,39% afirmaram que as mudanças não interferiram no relacionamento com o companheiro (Tabela 41), o que leva à suposição se o não achar-se atraente é realmente decorrente da gravidez.

GRÁFICO 17 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião se as Mudanças Corporais Interferiram no Relacionamento com o Companheiro - Goiânia, 1996

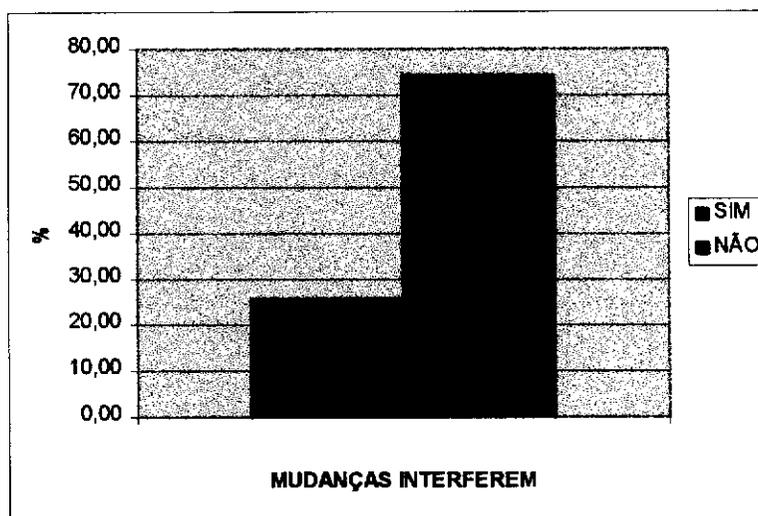


TABELA 41 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Acharem-se Atraentes e Opinião sobre se as Mudanças Interferiram no Relacionamento - Goiânia, 1996

ACHAR-SE ATRAENTE	SE AS MUDANÇAS INTERFEREM (%)		
	SIM	NÃO	TOTAL
SIM	10,00	28,46	38,46
NÃO	16,15	45,39	61,54
TOTAL	26,15	73,85	100,00

A gravidez em si pode levar a mudanças na sexualidade, expressas através de alterações no desejo e no desempenho sexual, principalmente a partir do segundo trimestre gestacional. Na maioria das vezes ocorre um retraimento variado do desejo sexual tanto por parte da mulher quanto, mais raramente, por parte do homem. Em algumas mulheres, no entanto, durante a gravidez ocorre o aumento da sexualidade, podendo até experimentar o orgasmo pela primeira vez durante esse período. A alteração do desejo sexual pode estar relacionada à cisão entre maternidade e sexualidade, como também a uma excessiva cautela, gerada pelo medo de atingir ou mesmo "amassar" o bebê. (Maldonado, 1981)

As transformações corporais, associadas a uma auto-estima frágil durante a gestação na adolescência, podem refletir em vários aspectos da vida da jovem mãe, destacando-se os hábitos alimentares em função das próprias características da adolescência e também daquelas referentes à gravidez, como será discutido a seguir.

3.5 - A Adolescente e seus Hábitos Alimentares

O acompanhamento nutricional da gestante adolescente envolve vários aspectos além do ganho de peso. Um desses é a relação que a jovem adolescente mantém com o alimento, expressa através dos hábitos e práticas alimentares.

Segundo Béhar e Icaza (1972), o hábito alimentar é definido como o conjunto de costumes que determinam o comportamento do homem em relação aos alimentos, expresso desde a seleção até a forma de consumir ou mesmo de

servi-lo a outras pessoas. O hábito alimentar, na verdade, está permeado pelo componente comportamental que caracteriza cada indivíduo.

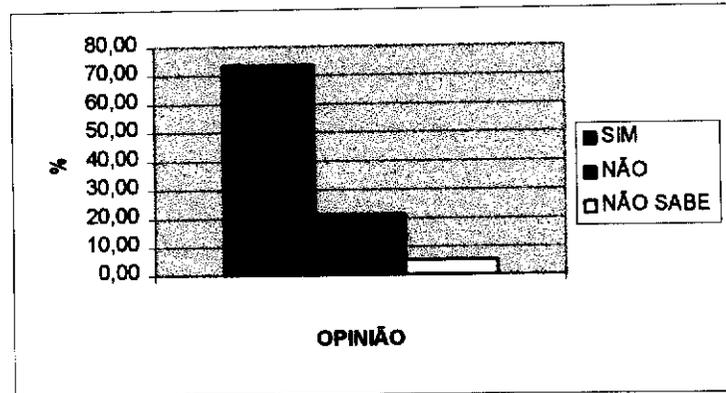
Na escolha de um alimento em detrimento de outro, na forma de prepará-lo, no seu significado simbólico, na maneira de distribuí-lo na família é que se pode perceber o grau de comprometimento com padrões culturais (costumes regionais, tradições familiares, crenças, hábitos e tabus) capazes de até mesmo impedir o consumo de determinados alimentos que existem com abundância. (Trigo et alii, 1989)

Os hábitos alimentares identificam o grupo e variam de acordo com os fatores que contribuem na sua formação, entre esses destacando-se a geografia, a cultura, a religião, os tabus alimentares. A geografia está relacionada com as condições para a produção do alimento, tornando-o acessível à população. A cultura, por sua vez, está relacionada às crenças e aos métodos tradicionais de seleção, preparo e consumo, que vão se transmitindo de geração a geração. A religião determina o hábito alimentar ao restringir ou mesmo influenciar o consumo de determinados alimentos, algumas vezes levando à deficiências nutricionais generalizadas ou ao uso em algumas festividades religiosas, contribuindo de modo importante para compensar a pobreza da alimentação. Já, o tabu alimentar, representa certas crenças que limitam o uso de alimentos, considerados proibidos, influenciando, assim, nos hábitos alimentares. Em determinados países existem crenças que proíbem o consumo de alimentos de bom valor nutritivo, principalmente para determinadas faixas etárias, pré-escolares, por exemplo, e também estados fisiológicos, como gravidez e lactação. (Béhar e Icaza, 1972)

Segundo Witt (1971), os conhecimentos sobre nutrição e hábitos alimentares têm potencial para determinar o que deve ser consumido, contribuindo, assim, para o aparecimento ou o agravamento de problemas nutricionais. Nesse contexto está situada a importância de se conhecer os hábitos alimentares das gestantes adolescentes, principalmente ao se considerar os vários estudos que caracterizam o hábito alimentar do adolescente em geral como não satisfatório do ponto de vista nutricional e de práticas alimentares. (Skinner et alii 1985; Absolon et alii 1988; Bull e Phill, 1992; Johnson et. alii 1994)

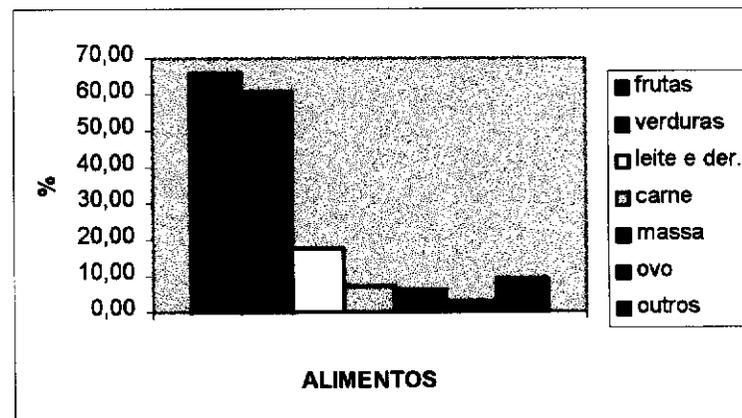
Entre as gestantes adolescentes estudadas, 15,90% afirmaram fazer três refeições diárias, 53% quatro e 19,70% cinco ou mais refeições. A maioria delas (59,1%) afirmou que seu apetite aumentou durante a gravidez .

GRÁFICO 18 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião sobre se Devem Ingerir Algum Alimento em Especial Durante a Gestaçã - Goiânia, 1996



A maioria das adolescentes gestantes (73,50%) acreditava que durante a gestação a grávida deveria ingerir alguns alimentos em especial (Gráfico 18), destacando-se as frutas (65,98%) e as verduras (60,82%), seguidas do leite e derivados (17,52%), como demonstra o Gráfico 19. Observa-se que somente para 6,18% das respondentes a massa era um alimento que deveria ser ingerido pela gestante. A referência a tais alimentos sugere que os mesmos devam ser acrescidos àqueles já consumidos no dia-a-dia, tais como massas e carnes.

GRÁFICO 19 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos que Devem Ser Ingeridos Durante a Gestaçã - Goiânia, 1996



Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($X^2=10,54$; $gl=6$; $p>0,05$) entre a opinião sobre se a gestante deveria ingerir algum alimento especial e a opinião sobre o peso pré-gestacional. (Tabela 42)

TABELA 42 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião se Devem Ingerir Algum Alimento em Especial e Opinião Sobre o Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996

OPINIÃO	OPINIÃO SOBRE O PPG*									
	< NORMAL N= 16		NORMAL N= 86		> NORMAL N= 28		N.S. N= 2		TOTAL N= 305	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIM	12	75,00	64	74,42	20	71,43	1	50,00	97	73,49
NÃO	3	18,75	17	19,77	8	28,57	-	-	28	21,21
NÃO SABE	1	6,25	5	5,81	-	-	1	50,00	7	5,30
TOTAL	16		86		28		2		132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de opinião

Os cuidados com a alimentação das gestantes são muito antigos, aparecendo já entre os povos primitivos da África, onde algumas tribos recomendavam a ingestão de sangue, carne e leite, e outras a ingestão de batata doce, milho, feijão, banana e "kaffir". As recomendações relacionadas à alimentação da gestante variam ao longo dos séculos e entre os povos. Somente a partir do século XIX tem início uma preocupação mais científica com esse aspecto, surgindo recomendações para o aumento da ingestão de leite, frutas maduras, vegetais ferveridos, geléias, caldos de vitela e outros líquidos. Desde então, muitas recomendações foram feitas, algumas atualmente reconhecidas como equivocadas, mas todas contribuindo na compreensão das diversas formas de analisar a alimentação da gestante. (Seifrit, 1961)

Ao considerar o quantitativo de alimentos citados como importantes durante a gravidez e os motivos para tal escolha, verificou-se que muitas adolescentes referiram os mesmos alimentos com motivos diferentes. A preocupação com este dado não foi tanto com o número de escolhas para cada alimento e sim apresentar os motivos relacionados aos alimentos, tenham eles sido apresentados isolados ou em grupos. O Quadro 2 apresenta essa síntese.

A análise dos alimentos e dos motivos a eles relacionados sugere um certo conhecimento sobre alimentos fontes de nutrientes, como demonstram

afirmações como: “as verduras e frutas tem vitaminas”; “as frutas, verduras e alimentos com menos massa não engordam”. Exceção feita à afirmação de que “frutas, verduras e carnes tem mais energia”. Ressalta-se, também, que já durante a gestação está presente a preocupação com a produção do leite, como demonstra a afirmação de que “cuscuz, canjica, leite aumentam o leite”.

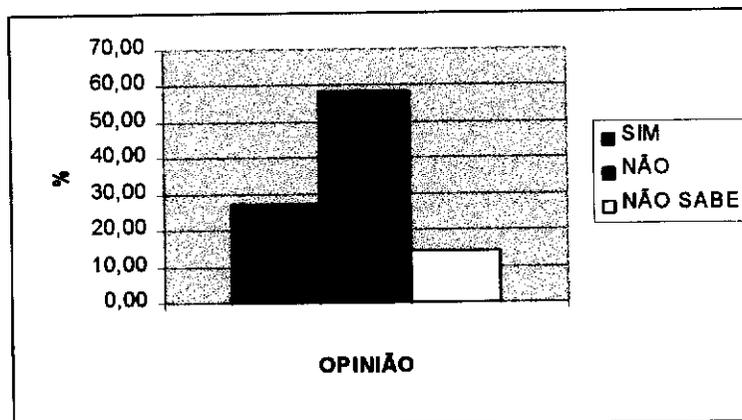
QUADRO 2- Alimentos Referidos pelas Gestantes Adolescentes que Devem Ser Ingeridos Durante a Gestação e Motivo para Tal Referência - Goiânia, 1996

ALIMENTOS	MOTIVO
frutas, verduras, beterraba, leite, ovos, iogurte e carnes	têm vitaminas, evitam gripe
frutas, leite, carnes e massas	alimentam o bebê
verduras	evitam anemia
cuscuz, canjica, leite, verduras	aumentam o leite
frutas, fígado	são fortes
frutas, verduras, menos massa	não engordam
frutas, verduras, feijão	têm nutrientes
verduras	a grávida fica forte
frutas, verduras e carnes	têm mais energia

Vítolo et alii (1994), em um estudo sobre conhecimentos e crenças populares na prática da amamentação entre 185 puérperas de uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo, observaram, também, que a canjica foi referida como alimento que aumenta a produção de leite materno. Os autores consideraram, no entanto, que o uso desse alimento, assim como de outros derivados do milho, pode ter um papel relevante como suplemento calórico ou mesmo como apoio psicológico, melhorando o processo de ejeção, porém não se tem conhecimento de seu efeito galactagogo.

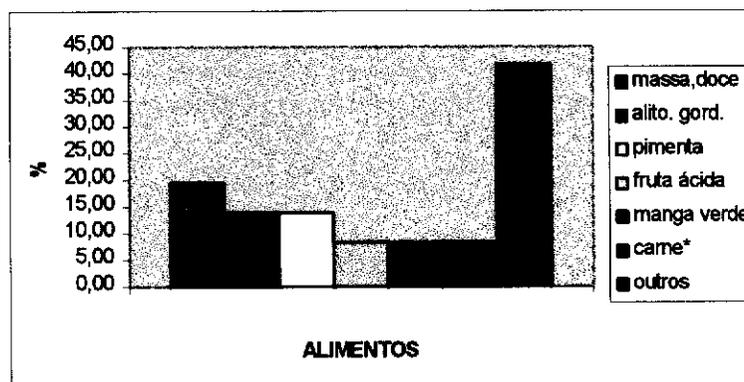
Entre as jovens estudadas, 27,30% achavam que existem alimentos que não devem ser ingeridos durante a gestação, como demonstra o Gráfico 20.

GRÁFICO 20 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião se Existe Algum Alimento que a Gestante Deve Evitar Durante a Gestação- Goiânia, 1996



Segundo as gestantes, vários alimentos devem ser evitados, destacando-se as massas, o arroz e os doces (19,44%), os alimentos gordurosos (13,89%), e a pimenta (13,89%), como se observa no Gráfico 21. Destaca-se a preocupação na ingestão de alimentos fontes de energia (massa, arroz, doce), nutriente necessário para a ocorrência de uma gravidez adequada.

GRÁFICO 21- Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos que Devem Ser Evitados Durante a Gestação - Goiânia, 1996



*carne = carne vermelha, carne de porco, peixe

Tal referência merece especial atenção ao analisar os motivos para a não ingestão de determinados alimentos como pode ser verificado no Quadro 3, cuja construção seguiu o mesmo procedimento do Quadro 2.

QUADRO 3 - Alimentos Referidos pelas Gestantes Adolescentes que Devem Ser Evitados Durante a Gestação e Motivo para Tal Referência

ALIMENTOS	MOTIVOS
massas, alimentos gordurosos , doces	engordam
limão, manga verde, gordura, sal, chocolate	não fazem bem para o bebê
limão, manga verde, óleo, carne gordurosa, gordura, sal	incham, dão eclâmpsia
carnes vermelhas, alimentos azedos	fazem mal para o sangue
coisas amargas	fazem perder o bebê
enlatados	têm química
café com limão, carne de porco, manga, pimenta, peixe	são reimosos
rapa de arroz, pé de galinha	fazem o bebê não sair
pimenta	dá cólicas e assaduras no bebê

É interessante observar que os motivos são variados, alguns relacionados ao bebê e outros com à gestante. Alguns motivos restringem a ingesta de energia, vitaminas e sais minerais. A preocupação com o peso fica evidente ao evitar a ingesta de alimentos fontes de energia. A carne é citada como um alimento que não deve ser consumido e que faz mal para o sangue, tabu que pode levar à ocorrência de anemia, pois durante a gravidez, o requerimento nutricional de ferro é maior, e uma das boas fontes alimentares é a carne vermelha. Destacam-se, ainda, os alimentos ditos “reimosos”, os que “não deixam o bebê sair” e aqueles que “causam assaduras”.

Trigo et alii (1989), em um estudo na região Norte do Brasil, observaram que a maioria da mulheres entrevistadas, nas duas comunidades onde foi realizado o estudo, não se referiu a tabus alimentares ligados ao período de gravidez. Somente 5,5% das mulheres em uma delas e 17,1% na outra se referiram a proibições de certos alimentos, principalmente no grupo das frutas e das carnes.

A relação entre a opinião sobre a existência de alimentos que a grávida não deve ingerir durante a gravidez e a opinião sobre o peso pré-gestacional

(Tabela 43) não apresentou relação estatisticamente significativa ($X^2=6,06$; $gl=6$; $p>0,05$).

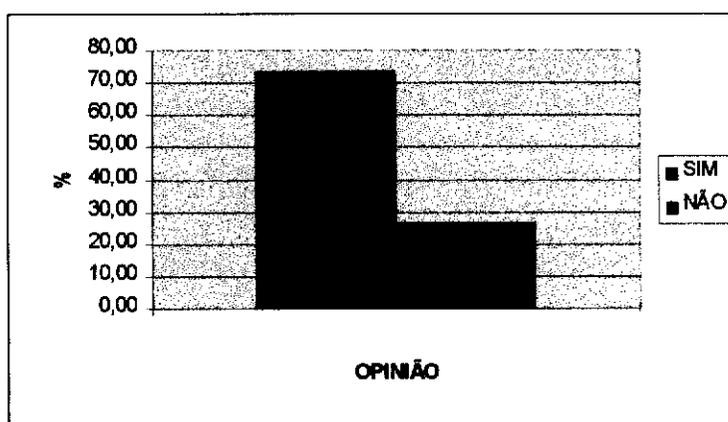
TABELA 43 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Opinião sobre Proibição de Alimentos Durante a Gestação e Opinião Sobre o Peso Pré-Gestacional - Goiânia, 1996

OPINIÃO	OPINIÃO SOBRE O PPG*									
	< NORMAL		NORMAL		> NORMAL		N.S.		TOTAL	
	N= 16		N= 86		N= 28		N= 2		N= 305	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIM	6	37,50	19	22,09	10	35,71	-	-	36	27,27
NÃO	8	50,00	56	65,12	12	42,86	1	50,00	77	58,34
NÃO SABE	2	12,50	11	12,79	6	21,43	1	50,00	19	14,39
TOTAL	16		86		28		2		132	100,00

*% calculada sobre o número de respondente por categoria de opinião

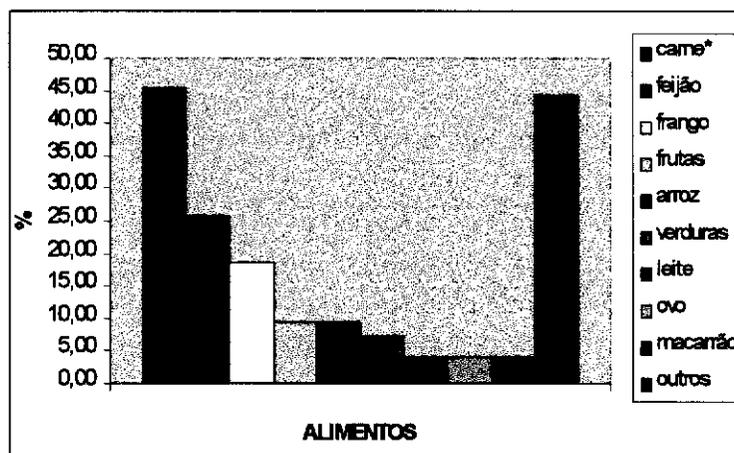
A maioria das gestantes (73,50%) afirmou que havia enjoado de algum tipo de alimento durante a gravidez, como se observa no Gráfico 22. A época de ocorrência foi maior no primeiro trimestre (59,79%).

GRÁFICO 22 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo se Enjoou de Algum Alimento Durante a Gestação - Goiânia, 1996



Os alimentos mais freqüentes que as gestantes adolescentes enjoaram podem ser observados no Gráfico 23.

GRÁFICO 23 - Distribuição Percentual das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos dos Quais Enjoam Durante a Gestação - Goiânia, 1996

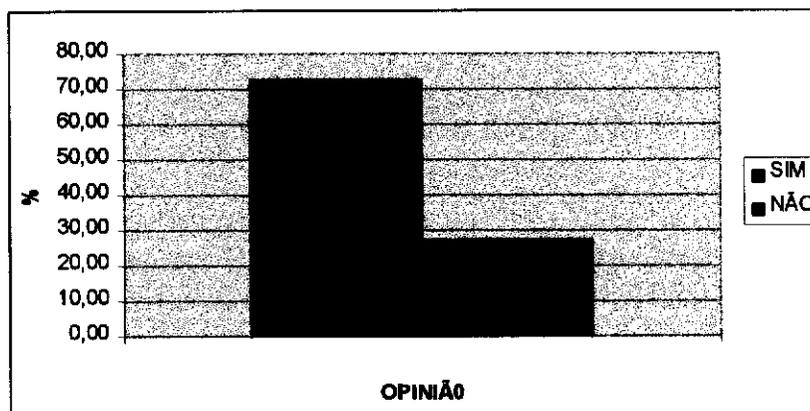


*carne e preparações à base de carne

Destaca-se a alta freqüência de enjoô por carne e suas preparações (45,37%) e por feijão (25,78%). Tal achado, associado ao tabu de que não se deve ingerir carne durante a gravidez, evidencia a necessidade de um trabalho específico do nutricionista junto às práticas alimentares das gestantes. Pope et alii (1992), em um estudo sobre aversão e desejos alimentares entre gestantes adolescentes, observou, também, uma maior freqüência de aversão à carne, ovo, pizza e alimentos de preferência da adolescente, anteriormente à gestação. Os autores afirmam que a aversão pode prejudicar o consumo de alimentos durante a gestação.

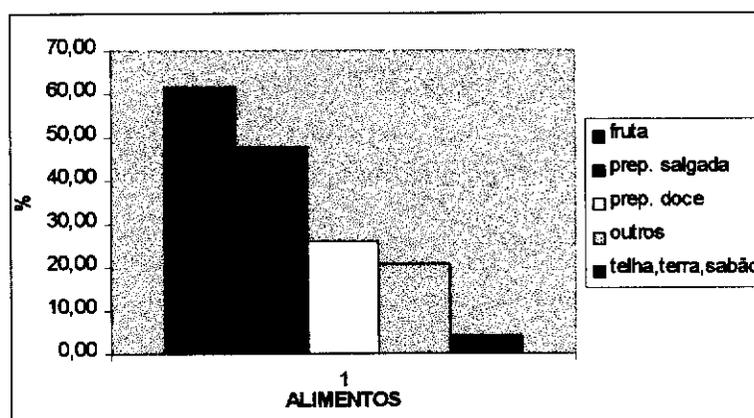
Também foi muito freqüente (72,70%) entre a ocorrência do desejo por alguns alimentos. (Gráfico 24)

GRÁFICO 24 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Ocorrência de Desejo por Alguém Alimento Durante a Gestação - Goiânia, 1996



Vários tipos de alimentos foram apontados como desejados, destacando-se as frutas, as preparações salgadas (pamonha, salgados, pizza) e as preparações doces (doces, sorvetes, pudim) (Gráfico 25), coincidindo alguns com aqueles descritos por Pope et alii (1992), tais como, frutas, sorvetes, fast food.

GRÁFICO 25 - Distribuição das Gestantes Adolescentes Segundo Alimentos Desejados Durante a Gestação - Goiânia, 1996



Entre as frutas, a manga, principalmente verde, apesar de ter sido citada como um alimento relacionado a tabu alimentar, foi a mais referida, seguida pela melancia. Ressalta-se que foram citadas algumas frutas de custo elevado, tais como pêsego, uva, ameixa, e também frutas difíceis de serem adquiridas,

como jaca, por exemplo. Algumas gestantes se referiram a desejo por preparações regionais dos seus estados de origem ou mesmo o desejo “*de comer aquela comida feita pela mãe*”.

O desejo de comer telha, terra e sabão foi citado por cinco gestantes. Tal hábito é denominado pica, uma desordem psicocomportamental que envolve um desejo anormal de comer substâncias estranhas. Ao se analisar os dados específicos das gestantes que demonstraram pica verifica-se que 60% delas não gostavam de se olhar no espelho, não se achavam atraentes e demonstravam sentimentos negativos frente a gravidez.

Pouco se conhece sobre a magnitude desse tipo de comportamento entre as gestantes. Horner et alii (1991), em uma revisão da literatura existente no período de 1950 a 1990 sobre a pica, observaram pouca produção científica relacionada ao tema. Informações sobre sua prática pelas gestantes são inconclusivas, porém interessantes. O fato é mais comum entre mulheres negras, mulheres que vivem em áreas rurais e naquelas que têm história desse tipo de comportamento na família. Há informações conflitivas relacionadas à idade como fator de risco. Gestantes com pica tendem a ser relativamente mais velhas do que aquelas que não apresentam esse comportamento. Também foi observado que aquelas que consomem argila são relativamente mais velhas do que as que consomem amido.

Segundo Maldonado (1981), há várias teorias sobre os desejos e as aversões que ocorrem durante a gravidez. Uma delas é a teoria baseada em superstições e folclore, afirmando que quando um certo alimento desejado não é ingerido a criança fica prejudicada, freqüentemente com alguma marca. Tal teoria também é descrita por Helman (1994) entre mulheres britânicas. Outro grupo tende a explicar os desejos, principalmente a pica, como necessidade de compensar uma determinada deficiência nutricional. As teorias psicológicas ou psicodinâmicas tendem a explicar esses fenômenos como insegurança, sugestão, ambivalência, necessidade de atenção e regressão. Por último, há teorias que sugerem que as perversões de apetite na gravidez devem-se em parte às alterações do paladar e do olfato e daí a preferência por sabores e cheiros mais ativos e picantes.

Enfim, ao analisar o contexto de vida da gestante adolescente observa-se que seu universo é amplo e marcado por intrínsecas relações, caracterizadas por um baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade, famílias com ausência de um dos genitores, enfrentando uma gravidez não planejada, às vezes sozinha ou iniciando uma união conjugal, com sentimentos contraditórios diante da gravidez e comportamentos culturais típicos de uma gestante.

Para essa jovem, que muitas vezes não estava contente com seu peso ao iniciar a gravidez, a mudança do corpo mais percebida é o seio, o qual, na sociedade atual, é símbolo de sensualidade e beleza, e a barriga, que na verdade representa o “filho” que, apesar de não ser planejado, parece ser esperado frente à observação do crescimento da barriga. O peso assume especial papel, principalmente entre aquelas que o consideravam acima do normal, indicando ser essa uma informação indispensável no início da gravidez, a fim de que possa ser trabalhada a idéia da importância do ganho de peso durante a gestação para um desenvolvimento adequado do bebê.

Tais observações parecem ser contraditórias, mas, na verdade, expressam as preocupações do ser adolescente e a realidade de estar grávida. Esse quadro evidencia a necessidade do conhecimento mais amplo da jovem adolescente e a percepção das relações que se estabelecem em seu universo possibilitando ao profissional de saúde a realização de uma orientação adequada.

CONCLUSÃO

A preocupação fundamental desse estudo foi conhecer a gestante adolescente que freqüenta alguns serviços de saúde pública, principalmente no que se refere à sua condição sócio-econômica, sua atitude frente à gravidez, sua percepção sobre as mudanças que ocorrem no corpo durante a gestação, sua auto-estima e seus hábitos alimentares. Esse conhecimento permite contextualizar a gestante adolescente e dessa forma possibilita a discussão da sua condição de saúde durante o pré-natal e alguns aspectos nutricionais importantes para a jovem mãe e seu filho.

As gestantes aqui descritas eram jovens, com uma média de idade de 16 anos, sendo essa menor do que aquela descrita em outros estudos (Viçosa et alii, 1987; Taquete, 1992; Guimarães, 1993) indicando a necessidade de um trabalho precoce junto às adolescentes visando a prevenção da gravidez, seja nas escolas, seja nos serviços de saúde.

As gestantes eram pobres, com baixo nível de escolaridade e tiveram como motivo para não dar continuidade ao estudo e/ou trabalho, a gravidez. A maioria delas estava com o companheiro, e de uma certa forma, os pais das adolescentes tiveram atitudes positivas frente à gravidez. Porém, faz-se necessário lembrar que a adolescência é um processo caracterizado pela estruturação final da personalidade e, portanto, ao vivenciar a gravidez durante essa fase, a jovem pode não estar preparada para assumir mais um novo papel - o de ser mãe. (Osório, 1989; Guimarães, 1993)

Destaca-se, também, que o companheiro era jovem e muitos ainda eram adolescentes. Essa observação evidencia a necessidade do serviço de saúde começar a preocupar-se com esses jovens pais, na maioria das vezes esquecidos e que, também, estão passando por mudanças próprias da adolescência e já têm sob sua responsabilidade uma família para sustentar.

Segundo a OMS (1990), para uma atenção integral à saúde do adolescente, é imperiosa a necessidade de conceber o estado de saúde como resultante, em grande parte, das etapas anteriores e dos efeitos de circunstâncias presentes durante a adolescência. Ao mesmo tempo sugere que

seja feita uma projeção de sua vida atual em etapas posteriores da sua própria vida e das gerações futuras. Nesse contexto, o conhecimento mais amplo da gestante adolescente possibilita à equipe de saúde compreendê-la no seu todo, propondo assim ações de caráter integral favoráveis à promoção da saúde da jovem mãe e de seu filho.

O sentimento diante da gravidez mais freqüente entre as adolescentes foi a alegria, porém algumas apresentaram sentimentos negativos e outras ambivalentes. As relações entre o sentimento diante da gravidez, o planejamento dessa e o estado civil foram estatisticamente significativas. Os sentimentos negativos foram mais freqüentes entre as adolescentes de 13 a 16 anos. Tais atitudes das adolescentes frente à gravidez permitem conhecer a jovem mãe e a forma como ela está se reestruturando em suas várias faces como mulher e mãe (Maldonado, 1981, Rubin, 1984). Cabe ao serviço de saúde, ao propor ações direcionadas às gestantes adolescentes, considerar essas atitudes, não se preocupando somente com uma atenção técnica de cuidados físicos mas, também, com procedimentos que auxiliem a adolescente a enfrentar possíveis angústias durante a gestação.

Os aspectos da insatisfação com o corpo, característicos da adolescência, são observados a partir da visão não real do peso pré-gestacional. Percebe-se uma preocupação com o ganho de peso, em especial no grupo que se considerava com o peso acima do normal. Tal fato merece especial atenção, principalmente ao considerar a importância dada ao corpo magro pela sociedade atual influenciando diretamente a adolescente. Realidade essa comprovada pela prática de regime anteriormente à gravidez, o que evidencia a necessidade de realização de estudos que identifiquem como são praticados esses regimes e quais seus efeitos sobre a saúde da adolescente. Essa preocupação da adolescente pode interferir no seu ganho de peso.

O ganho de peso gestacional é um indicador da qualidade da atenção nutricional despendida durante o pré-natal e é, também, um fator passível de ser trabalhado, no sentido de sensibilizar a adolescente sobre a sua importância, na medida que o mesmo interfere na saúde do bebê como observado na escala de atitude frente ao ganho de peso.

Destaca-se, também, que 30% das adolescentes não sabiam quantos quilos uma grávida deve engordar e que somente 3,03% das jovens referiram a obtenção da informação do ganho de peso através do profissional da saúde. Tal resultado demonstra a ausência da participação efetiva do profissional da saúde durante o pré-natal, não só no aspecto da informação técnica, mas, também, sobretudo, naquele relacionado aos conhecimentos específicos da adolescência. Frente à essa realidade é necessário modificar o tipo de atendimento direcionado à gestante adolescente, principalmente ao considerar que uma das características da adolescência é a preocupação com o corpo, uma insatisfação com o peso, que somada à situação da gravidez, gera uma situação de estresse e instabilidade emocional (Stenberg e Blinn, 1993).

As atitudes positivas frente ao ganho de peso encontradas quando na aplicação da escala sugerem que as adolescentes estavam aceitando positivamente as modificações corporais. Como uma escala de atitude é um instrumento de mensuração sujeito a apresentar limitações, relacionadas ao momento em que a mesma está sendo aplicada, condição emocional e também a clareza de seu conteúdo. (Polit e Hungler, 1995), propõe-se a realização de novos estudos com a utilização dessa escala.

O seio, ao ser referido como a principal mudança percebida, sugere uma influência do seu significado simbólico de sensualidade e beleza presente na sociedade atual, que, possivelmente para a adolescente, pode assumir significado especial. Ao mesmo tempo que a jovem mãe se preocupa com o seio, ela também percebe a barriga, o crescimento desta e gosta de se olhar no espelho, evidenciando aqui uma relação mais íntima com o corpo e com a maternidade. No entanto, algumas gestantes referiram não gostar de se olhar no espelho ou mesmo expressaram adjetivos negativos quando o faziam, sugerindo uma não satisfação com elas próprias e, possivelmente, um conflito com o fato de ser mãe.

Apesar do presente estudo não fazer uma abordagem mais aprofundada da alimentação da gestante, percebe-se que no campo cultural elas demonstraram uma relativa noção do benefício dos alimentos na gestação, destacando-se o grupo das frutas e das verduras. É interessante observar,

porém, que o grupo de alimentos que fornecem energia foi pouco citado, como um alimento especial, e que, para algumas delas, devem ser evitados pois fazem engordar. Tal fato sugere certo cuidado com a alimentação, principalmente, para com aquelas que consideravam-se com o peso pré-gestacional acima do normal e na, realidade, eram eutróficas. A gravidez é um processo fisiológico que demanda energia, portanto sendo necessária a presença desses alimentos no cotidiano alimentar da gestante.

Ao referir a carne vermelha como um alimento que deve ser evitado durante a gestação e como um alimento do qual se sentiu enjoado durante esse período, assim como o feijão, também merece atenção, pois são alimentos fonte de ferro, nutriente necessário ao combate da anemia, enfermidade comum durante a gravidez.

A situação de vida da gestante adolescente, o sentimento frente à gravidez, o apoio encontrado por parte dos familiares, a visão não real do peso pré-gestacional, a preocupação com o seio, com o crescimento da barriga, com o ganho de peso, a participação do companheiro, a relação com o alimento, na verdade expressam as preocupações do ser adolescente e a realidade de estar grávida. Esse quadro evidencia a necessidade do conhecimento mais amplo da jovem adolescente para que o profissional de saúde possa orientá-la de uma forma adequada. Para tanto, é necessário que o serviço de saúde disponha de uma equipe de profissionais sensibilizada e preparada para entender a gestante adolescente.

Faz-se importante ressaltar que a realidade aqui encontrada pode ser a mesma para uma gestante adulta, porém, a sua compreensão envolve conhecimentos específicos da adolescência. Como afirmado anteriormente, a adolescência é um processo universal, caracterizado por mudanças biopsicossociais, cuja expressão depende da qualidade de vida do indivíduo (Osório, 1989). As ações propostas pelo serviço de saúde para a gestante adolescente devem sempre ser permeadas pelo significado do ser adolescente, que independente da condição sócio-econômica, apresenta aspectos especiais que merecem uma atenção diferenciada.

Ao nutricionista cabe conhecer e atuar nos fatores mediadores da relação adolescente-alimento, na perspectiva da gestação, momento no qual estão ocorrendo transformações corporais importantes sob o ponto de vista nutricional, tanto para a adolescente quanto para o seu filho. Tais fatores podem ser observados na dissonância entre a opinião sobre o peso pré-gestacional e a avaliação real desse, na preocupação com o ganho de peso, principalmente entre aquelas que se consideravam com excesso de peso no início da gestação, ao evitar alimentos fontes de energia, nutriente necessário para uma boa gestação e ao considerar o seio e o seu crescimento como a mudança mais percebida e que menos gostaram.

Também cabe ao nutricionista estimular a discussão entre os componentes da equipe de saúde sobre a questão do corpo, do ser magro ou obeso na perspectiva da sociedade atual. Não só no serviço de saúde, mas também no campo da educação, faz-se importante incluir nas atividades desenvolvidas junto aos adolescentes uma visão mais crítica sobre o corpo, sobre a imagem corporal, em uma perspectiva histórica-social, evidenciando como as opiniões sobre eles têm sofrido influências dos meios de comunicação de massa, da necessidade de ser bonito dentro de uma sociedade industrializada. (Aguirre, 1986; Chauí, 1988, Guilen e Barr, 1994).

Segundo Santos (1988), o profissional nutricionista é aquele que se responsabiliza pela promoção e recuperação da saúde do homem, a partir de conhecimentos das regras da ciência da Nutrição. Dessa forma, tem-se um agente, o nutricionista, a ciência da Nutrição, como instrumento de trabalho, e o homem, como objeto de seu trabalho. Essa relação, segundo a autora, não se dá num espaço vazio de determinações, mas pelo contrário, é uma relação historicamente determinada pela forma de organização da sociedade em que se desenvolve.

Além das determinações histórico-sociais, ao lidar com a gestante adolescente o nutricionista estará se contrapondo com as características próprias da adolescência, entre elas de insatisfação com o corpo, principalmente com o peso e a necessidade do aumento desse em razão da gestação. Durante o pré-natal será possível ao nutricionista enfrentar essa contradição, visto que é um

momento no qual, a mulher, geralmente, encontra-se motivada em rever seus hábitos de saúde. Por outro lado, esse estado desperta na mulher o potencial de mudança do seu corpo, gerando, algumas vezes, um sentimento de insatisfação com o próprio corpo interferindo até mesmo nas suas relações íntimas com o companheiro (Nobile, 1987; Maldonado 1981; Rubin, 1984). Nesse sentido, é importante estimular discussões que sensibilizem a gestante adolescente em rever suas atitudes relacionadas à nutrição e enfrentar essa possível insatisfação.

Uma das práticas do nutricionista é a educação nutricional, atividade essa possível de ser realizada em praticamente todos os campos de atuação do profissional. No serviço de saúde ela está presente de uma forma mais clara, porém muitas vezes, não é realizada a contento em função do desconhecimento da população que frequenta o serviço. Para ser alcançada a mudança de comportamento nos aspectos relacionados à nutrição é necessário conhecer o sujeito principal desta mudança. Neste pressuposto está fundamentado o conhecimento da gestante adolescente no seu universo mais amplo.

A prática de uma educação nutricional só será possível a partir do reconhecimento de que a alteração do comportamento nutricional será alcançada quando as informações técnicas forem contextualizadas nesta realidade encontrada, portanto, ultrapassando seu próprio limite de informação e proporcionando uma mudança real de atitude, de concepção de vida. Para tanto, é necessário que o profissional tenha uma visão crítica do seu trabalho e esteja sensibilizado com o ser adolescente e o estar grávida.

A possibilidade para tal visão crítica está posta na própria formação do nutricionista a medida em que ela ultrapasse os limites da fragmentação do conhecimento e possibilite uma visão global da relação homem - alimento. Para tanto, é necessário uma nova postura dos professores que possibilite uma articulação dinâmica com as várias áreas do saber.

Segundo Gallo (1995), uma das limitações desse processo é a própria *formação estanque dos professores que precisam vencer barreiras conceituais para compreender a relação de sua própria especialidade com as demais áreas do saber (p. 44)*. Para o rompimento desta barreira, o autor propõe a transdisciplinaridade onde é possível

uma transversalidade entre as áreas do saber, integrando-as, senão em sua totalidade, pelo menos de forma muito abrangente, possibilitando conexões inimagináveis...(p.49).

Costa (1996) também propõe que, através da transdisciplinaridade, seria possível a formação de um nutricionista generalista, capaz de perceber o seu objeto de trabalho na sua totalidade, sem restrição de áreas, especializações, sem limites para a apreensão do conhecimento em Nutrição e de suas relações com o social .

No estudo da adolescência, a transdisciplinaridade está presente frente às rápidas mudanças que ocorrem nesse período em todos os aspectos da vida da jovem adolescente. Diante de uma gravidez durante esse período, tal compreensão torna-se imprescindível ao nutricionista, principalmente na perspectiva de entender a necessidade de um trabalho em equipe, onde os conhecimentos de várias áreas se entrelaçam e fortificam o principal objetivo que é a atenção integral à jovem adolescente e futura mãe.

Ao fazer orientação nutricional é importante considerar a história de vida dessa jovem, na perspectiva das características próprias e universais da adolescência, articulando a relação corpo, auto-imagem e melhor auto-estima durante a gravidez.

Para que tal objetivo seja alcançado é necessário que não só os currículos dos cursos de Nutrição tenham essa filosofia, como também os professores sejam capazes de perceber a realidade na sua amplitude e possam contribuir para uma formação integral do profissional nutricionista.

ANEXO 1

11. Qual a renda mensal do chefe de família?s.m.
12. Qual a última série freqüentada pelo chefe de família?.....

DADOS GESTACIONAIS

13. Qual a data da última menstruação?
14. Qual era sua idade quando veio a primeira menstruação?.....
15. Quando começou o pré-natal?..... . mês
16. Quanto pesava quando ficou grávida ?
17. Como considerava este peso ?
abaixo do normal () normal () acima do normal ()

CONTEXTO FAMILIAR

18. Quem é o pai do seu bebê?
 marido ou companheiro
 namorado ou noivo
 amigo
 desconhecido
 outro Qual ?
19. Qual a idade do pai do bebê? (anos)
20. Até que série o pai do bebê freqüentou ? :.....série.
21. A gravidez foi planejada?
 sim () não ()
22. O que você sentiu quando soube que estava grávida?
 alegria
 preocupação
 medo
 rejeição
 outros

23. Qual a atitude do pai do bebê diante da gravidez?

- ficou indiferente
- aconselhou o aborto
- não deu apoio
- assumiu a paternidade
- propôs casamento ou morar junto
- ficou feliz
- recomendou cuidados
- outra.....

24. Qual a atitude da sua mãe diante desta gravidez?

- ficou feliz
- foi compreensiva e apoiou
- condenou mas apoiou
- aconselhou o aborto e não apoia
- condenou e não deu apoio
- aconselhou aborto e apoia
- recomendou cuidados
- outra

25. Qual a atitude de seu pai diante desta gravidez?

- ficou feliz
- foi compreensiva e apoiou
- condenou mas apoiou
- aconselhou o aborto e não apoia
- condenou e não deu apoio
- aconselhou aborto e apoia
- recomendou cuidados
- outra

PERCEPÇÃO SOBRE AS MUDANÇAS DO CORPO

26. Durante esta gravidez você percebeu algumas mudanças no seu corpo?

sim () não ()

Se sim, responda as questões nºs 27 a 31.

Se não vá direto para questão nº 32.

27. Qual (is)?

.....

28. Qual (is) desta (s) mudança(s) chamou mais sua atenção?

.....

Por quê?

.....

29. Qual mudança no seu corpo você mais gostou?

.....

Por quê?

.....

30. Qual mudança você menos gostou?

.....

Por quê?

.....

31. Durante o pré-natal alguém comentou com você sobre estas mudanças ?

sim () não ()

Se sim, quem?

32. Você acha uma gestante bonita?

sim () não ()

Por quê?.....

33. Se sim, o que você acha mais bonito em uma gestante?

.....

34. Se não, o que você acha mais feio em uma gestante?

.....

35. Você gosta de se olhar no espelho enquanto grávida?

sim () não ()

Por quê?.....

36. Você se acha atraente enquanto grávida?

sim () não ()

37. O seu companheiro faz comentários sobre as mudanças ocorridas no seu corpo durante a gravidez?

sim () não ()

Se sim, qual (is)?.....

38. Você acha que as mudanças que ocorreram no seu corpo interferem no relacionamento com seu companheiro?

sim () não ()

Por quê?.....

39. Você acha que o seu peso deve aumentar durante a gravidez?

sim () não ()

40. Quantos kg uma grávida deve engordar?kg.

41. De onde você obteve esta informação?

.....
.....

HÁBITO ALIMENTAR

42. Quais as refeições você faz ao dia?

C. manhã () Lanche () Almoço () Lanche da tarde ()

Jantar () Ceia ()

43. A grávida deve comer algum alimento em especial?

sim () Qual (is)? Por quê?

não ()

44. Você acha que tem algum alimento que a grávida não deve comer?

sim () Qual (is)? Por quê?

não ()

45. Você enjoou de algum (uns) alimento (s) durante essa gravidez?

sim () Qual (is)?

Em que mês de gravidez ?

não ()

46. Você sentiu desejo de comer algum alimento durante essa gravidez?

sim () Qual (is)?

Em que mês de gravidez ?

não ()

47. Antes de ficar grávida você fez algum regime alimentar?

sim () para engordar () para emagrecer ()

não ()

48. De uma maneira geral como está seu apetite?
aumentou () diminuiu () o mesmo de antes ()

ANEXO 2

ATITUDES EM RELAÇÃO AO GANHO DE PESO

Gostaríamos de saber sua opinião à respeito de algumas afirmações sobre gravidez. Para tanto responda se você:

- A - concorda plenamente
- B - concorda
- C - discorda
- D - discorda plenamente

	A	B	C	D
1 - Eu me preocupo se ficarei gorda durante a gravidez .				
2 - Gostaria de ganhar entre 10 e 13 kg durante esta gravidez.				
3 - Tento me manter magra para não parecer grávida.				
4 - Eu gostaria de ganhar entre 5 a 9 kg durante essa gravidez.				
5 - Desde que eu esteja comendo uma alimentação adequada, não me preocupo quantos kg ganharei durante a gravidez.				
6 - Eu acho que mulher grávida é bonita.				
7 - Eu me orgulho que os outros percebam que estou grávida.				
8 - Eu gosto da mudança provocada pelo ganho de peso.				
9 - Tenho vergonha do quanto fiquei grande durante essa gravidez.				
10 - Eu ganharia 18 kg se isso significasse que meu bebê fosse mais saudável.				
11 - Gosto de usar roupa de grávida.				
12 - O peso que eu ganho durante a gravidez me faz sentir feia.				
13 - Eu fico com vergonha toda vez que a enfermeira me pesa.				
14 - Incomoda-me o fato de não poder usar roupa da moda durante a gravidez.				
15 - Eu acho que a mulher deve ter um cuidado especial com o ganho de peso durante a gravidez.				
16 - Se eu ganho muito peso em um mês, tento não engordar no mês seguinte.				
17 - Antes de ir ao médico, tento não comer nada.				
18 - Eu ganharia 16 kg se isso significasse que meu bebê fosse mais saudável.				

ANEXO 3

APOIO FAMILIAR

Para conhecermos melhor você e sua família gostaríamos que respondesse algumas questões.

Considere "Família" a(s) pessoa(s) com as quais você vive. Se você vive sozinha, considere "Família" aquelas pessoas com as quais você tem um forte vínculo (se for o caso).

A -quase sempre

B -algumas vezes

C -difícilmente

	A	B	C
Eu fico satisfeita por poder procurar minha família, solicitando ajuda quando tenho algum problema.			
Eu fico satisfeita com a forma como a minha família conversa sobre várias coisas e divide os problemas comigo.			
Eu fico satisfeita quando minha família aceita e apoia meus desejos em assumir novas atividades ou direções.			
Eu fico satisfeita com a forma como minha família expressa afeição, e responde às minhas emoções tais como: raiva, aborrecimentos, ou amor.			
Eu fico satisfeita com a forma em que eu e minha família dividimos o tempo juntos.			

ANEXO 4

DADOS A SEREM LEVANTADOS ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO

Prontuário: Data:

Local:..... Nº Inscrição no pré-natal:.....

- a. Idade no começo da gravidez
- b. Idade atual
- c. Peso atual:
- d. Altura:.....
- e. Ganho de peso.....
- f. DUM:.....
- g. D.P.P. - Data provável do parto
- h. Quando começou o pré-natal:.....
- i. Semanas de gravidez
- j. Idade ginecológica
- k. Classe social (completado a partir dos dados sócio-econômicos):
 - () burguesia
 - () nova pequena burguesia
 - () pequena burguesia tradicional
 - () proletariado típico
 - () proletariado não típico
 - () subproletariado
 - () sem classificação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (orgs.) **Adolescência normal**. 10.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 92p.
- AGUIRRE, A. M. B. **Aspectos psicodinâmicos da adolescentes grávidas**. São Paulo, 1995. 141 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- AGUIRRE, A. M. B. **O corpo transformador: trabalho corporal em psicologia clínica**. São Paulo, 1986. 150 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutrition care for pregnant adolescents. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 94, n. 4, p.449-450. Apr. 1994.8'
- BADINTER, E. **Um amor conquistado - o mito do amor materno**. 6.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BÉHAR, M.; ICAZA, S. J. **Nutricion**. Mexico: Interamericana, 1972. p. 120-123.
- BLINN-PIKE, L. M.; STENBERG, L.; THOMPSON, C. Intraindividual variation among pregnant adolescents: a pilot study and conceptual discussion. **Adolescence**, v. 29, n. 113, p. 163-181. Spring, 1994.
- BLOS, P. **Adolescência - uma interpretação psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 260p.
- BROOKS, R. B. Self - esteem during the school years. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 39, n. 3, p. 537-550, June 1992.
- CAMARANO, A. A. Gravidez na adolescência: Como vai? **População Brasileira**. Brasília: IPEA, v. 1, n. 4, nov./dez. 1996.
- CASSELL, J. Social anthropology and nutrition: a different look at obesity in America. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 95, n. 4, p. 424-427, Apr. 1995.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Body-weight perceptions and selected weight-management goals and practices of high school students - United States, 1990. **JAMA**, v. 266, n. 20, p. 2811-2812, Nov. 1991.
- CHAUÍ, M. **Repressão sexual - essa nossa (des)conhecida**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988, 231 p.

- CLÍMACO, A. **Repensando as concepções de adolescência**. São Paulo, 1990. 95p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo .
- COLLI, A. Necessidades de saúde do adolescente. In: SETIAN, N.; COLLI, A.; MARCONDES, E. (orgs.). **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979. p. 91-97 (Monografias Médicas - Série Pediatria, v. 11).
- COLLI, A.; COATES, V.; GUIMARÃES, E.M.B. Monitorização do crescimento e desenvolvimento físico. In: COATES, V. FRANÇOSO, L. A.; BEZNOS, G. W. (orgs.) **Medicina do Adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 51-58.
- COSTA, N. M. S. C. **Currículo e formação profissional**: as reformulações curriculares dos cursos de nutrição. Goiânia, 1996, 196p. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar Brasileira) - Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás.
- DAVID, H.; WEISS, S. P. El aborto en las Américas. In: LÓPEZ, G. et al. **Salud Reproductiva en las Americas**. Washington, D. C.:OPS, 1992. p. 353-386.
- DIETZ, W. H. You are what you eat - what you eat is what you are. **J. Adolesc. Health Care**. v. 11, n. 1, p. 76-81, Jan. 1990.
- DWYER, J. T.; FELDMAN, J. J.; MAYER, J. Adolescent dieters: who are they? **The Am. J. Clin. Nutr.**, v. 20, n. 10, p. 1045-1056, Oct. 1967.
- EMMONS, L. Predisposing factors differentiating adolescent dieters and nondieters. **J. Am Diet. Assoc.**, v. 94, n. 7, p.725-731, July 1994.
- ERIKSON, E. **Identidade - juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 322p.
- ERKOLAHTI, R. et al. Comparison of the self-image of teenagers in Finland, the United States, and Germany. **J Adolesc. Health**, v. 13, n. 5, p. 392-395, July 1992.
- FELDMAN, W.; FELDMAN, E.; GOODMAN, J.T. Culture versus biology: children's attitudes toward thinness and fatness. **Pediatrics**, v. 81; n. 2; p. 190-194, Feb. 1988.
- FERGUSON, J. Youth at the threshold of the 21st century: the demographic situation. **J Adolesc. Health**. v. 14, n. 8, p. 638-644, Dec 1993.
- FERREIRA, N. T.; EIZIRIK, M. F. Educação e imaginário social: revendo a escola. **Em Aberto**, v. 14, n. 61, p. 5-14, 1994.
- FLEITLICH, B. W. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna**, v. 33, n.1/2, p. 56-62, jan./fev. 1997.
- FRIGOTTO, G. Educação e formação humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática. In: GENTILI, P. A. A.; SILVA, T. T. (orgs.)

- Neoliberalismo, qualidade total e educação.** Petrópolis:Vozes, 1994. p. 31-92.
- FURNHAM, A.; ALIBHAI, N. Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. **Psychol. Med.**, v. 13, n. 4, p. 829-837, Nov. 1983.
- GALLO, S. **Conhecimento, transversalidade e currículo.** Trabalho apresentado na 18ª Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação - ANPED. Caxambú, 1995. p.44-50. (mimeo)
- GARCIA, T. R. **Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial - implicações para a enfermagem obstétrica.** São Paulo, 1984. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo.
- GARN, S. Prepregnancy weight. In: KRASOVEC, K.; ANDERSON, M. A. **Maternal Nutrition and pregnancy outcomes.** Washington, D. C.: PAHO, 1991. p. 69-90.
- GENTILE, P. A. A. O discurso da "qualidade" como nova retórica conservadora no campo educacional. In: GENTILI, P. A. A.; SILVA, T. T. (orgs.) **Neoliberalismo, qualidade total e educação.** Petrópolis:Vozes, 1994. p. 111-178.
- GREISING, G. B. Cambios en la reproducción y en la estructura de la familia en América Latina. In: LÓPEZ, G. et alii. (orgs.) **Salud Reproductiva en las Américas.** Washington, D. C.:OPS, 1992. p.33-56.
- GUILLEN, E. O.; BARR, S. Nutrition, dieting, and fitness messages in a magazine for adolescent women, 1970-1990. **J. Adolesc. Health**, v. 15, n. 6, p. 464-472, Sep. 1994.
- GUIMARÃES, E. M. B. **Gravidez na adolescência no município de Goiânia - estado de Goiás.** Aspectos epidemiológicos e determinação dos fatores de risco: um estudo caso-controle. São Paulo, 1993. 143p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- GUTIERREZ, Y.; KING, J. C. Nutrition during teenage pregnancy. **Pediatr. Ann.**, v. 22, n. 2, p. 99-108, Feb. 1993.
- HARRIS, R. Cultural differences in body perception during pregnancy. **Br. J. Med. Psychol.**, v. 52, p. 347-352, 1979.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e sociedade.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.
- HENRIQUES, M. H. et al. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil.** Bogota:Presencia, 1989. 88p.

- HORNER, R.D. et alii. Pica practices of pregnant women. *J. Am. Diet. Assoc.* v. 91, n. 1, p. 34-38, Jan. 1991.
- IBGE . **Crianças e adolescentes: indicadores sociais.** Rio de Janeiro, 1991. v. 5. 100p.
- INAN/IPEA/IBGE. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - condições nutricionais da população brasileira - adultos e idosos.** Brasília, 1991. 39 p.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY & OBSTETRICS. International consensus on maturity criteria. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 20, p. 441-442, 1982.
- KAUFMANN, N. A.; POZNANSKI, R.; GUGGENHEIM, K. Teen-agers dieting for weight control. *Nut. Metab.*, v.16, n. 1, p. 30-37, 1974.
- KERTÉSZ, M.; POLLÁK, M.D.; GREINER, E. Evaluation of self-image of overweight teenagers living in Budapest. *J. Adolesc. Health*, v. 13, n. 5, p. 396-397, July 1992.
- KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade.** São Paulo: Martins Fontes, 1987. 221 p.
- KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (orgs) **Adolescência normal.** 10.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.24-62.
- KOFF, E. Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girl. *Journal of Adolescent Health*. v. 12, n. 4, p. 30-312, June 1991.
- KOTAGAL, U. R. Newborn consequences of teenager pregnancies. *Pediatr. Ann.*, v. 22, n. 2, p. 127-132, Feb. 1993.
- KRASOVEC, K.; ANDERSON, M. A. **Maternal Nutrition and pregnancy outcomes.** Washington, D. C.: PAHO, 1991. 214 p.
- LEVISKY, D. L. Desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: SETIAN, N.; COLLI, A.; MARCONDES, E. (orgs.). **Adolescência.** São Paulo: Sarvier, 1979. p. 65-89 (Monografias Médicas - Série Pediatria, 11)
- LOMBARDI, C. et alii. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev. Saúde Publ.*, v. 22, n. 4, p. 253-265, 1988.
- MADDALENO, M.; SILBER, J. S. An epidemiological view of adolescent health in Latin America. *J. Adolesc. Health*, v. 14, n. 8, p. 595-604, Dec. 1993.
- MALDONADO, M. T. P. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: _____. **Psicologia da gravidez.** Petrópolis: Vozes, 1980. p. 11-61.

- MARCONDES, E. Introdução ao estudo da adolescência. In: SETIAN, N.; COLLI, A.; MARCONDES, E. (orgs.) **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979. p. 1-12 (Monografias Médicas - Série Pediatria, 11)
- MARQUES, N. M.; EBRAHIM, G. J. The antecedents of adolescent pregnancy in a brazilian squatter community. **J. Trop. Pediatr.**, v. 37, p. 194-198, Aug. 1991.
- MATSUHASHI, Y.; FELICE, M. E. Adolescent body image during pregnancy. **J. Adolesc. Health**, v. 12, n. 4, p. 313-315, June 1991.
- McANARNEY, E. R.; STEVENS-SIMONS, C. First, do no harm - low birth weight and adolescent obesity. **A.J.D.C.**, v. 147, p. 983-985, Sep. 1993.
- MEDO de engordar é igual ao de engravidar. **FOLHA DE SÃO PAULO**, São Paulo, 28 de julho de 1996. Cad. 3, p. 3.
- MELLO, G. N. **Cidadania e competitividade - desafios educacionais do terceiro milênio**. São Paulo: Cortez, 1993. 195p.
- MENEZES, I.; MESQUITA, S.; MELO, C. **IMC e ganho de peso de gestante adolescente**. São Paulo, 1996. (Trab. apres. ao IV Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, 2-5 dez. 1996)
- MONROY, A. El embarazo en la adolescencia: la experiencia de América Latina. In: LÓPEZ, G. et alii (orgs.). **Salud Reproductiva en las Américas**. Washington, D. C.:OPS, 1992. p.132-157.
- MOORE, D. Body image and eating behavior in adolescents. **J. Am. Coll. Nutr.**, v. 12, n. 5, p. 505-510, Oct. 1993.
- MOTTA, M. L.; SILVA, J. L. P. **Gravidez na adolescência**. Campinas, 1994. 28p. (mimeo)
- MUNITZ, M.; SILBER, T. El embarazo entre adolescentes en América Latina. In: LÓPEZ, G. et alii (orgs.). **Salud Reproductiva en las Américas**. Washington, D. C.:OPS, 1992. p.96-131.
- NEUMARK-SZTAINER, D.; PALTÍ, H.; BUTLER, R. Weight concerns and dieting behaviors among high school girls in Israel. **J. Adolesc. Health**, v. 16, n. 1, p. 53-59, Jan. 1995.
- NEWELL, G. K. et alii. Self - concept as a factor in the quality of diets of adolescent girls. **Adolescence**, v. 25, n. 97, p. 117-130, Spring 1990.
- NOBILE, C. M. R. A. **Aspectos da imagem corporal em gestantes - um estudo entre projeção gráfica e auto-avaliação**. São Paulo, 1987. 187p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- OMRAN, A. R.; SOLÍS, J. A. Planificación de la familia y salud en las Américas. In: LÓPEZ, G. et alii (orgs). **Salud Reproductiva en las Américas**. Washington, D. C.:OPS, 1992. p.58-79.
- OMS. **La salud de los jovens - un rito y una esperanza**. Geneva, 1995.
- OMS. **Necessidades de salud de los adolescentes**. Genebra, 1977. 55p. (Serie Informes Técnicos)
- OPS/OMS. **O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado**. Washington, D. C.:OPS, 1990. 18p.
- OSOFSKY, J. D.; OSOFSKY, H. J. Teenage pregnancy: psychosocial considerations. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 21, n. 4, p. 1161-1173, Dec. 1978.
- OSÓRIO, L. C. **Evolução psíquica da criança e do adolescente - aspectos normais e patológicos**. 2. ed. Porto Alegre: Movimento, 1981, 113 p. (Ensaio, 7)
- _____. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, 103 p.
- PALMER, J. L.; JENNINGS, G. E.; MASSEY, L. Development of an assessment form: attitude toward weight gain during pregnancy. **J. Am. Diet. Ass.**, v. 85, n. 8, p. 946-949, Aug. 1985.
- PAULA, D. M. B. **Gravidez na adolescência - uma estratégia de inserção no mundo adulto**. São Paulo, 1992. 241p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PERFIL DE SAÚDE**. Goiânia: Secretária Municipal de Saúde/IPTSP - UFG, v. 1, n. 2. 1996. 6 p.
- PNDS. Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde - 1996**. Rio de Janeiro, 1997. 182 p.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 200-219. Cap. 9 Qualidade dos dados
- POPER, J. et alii. Cravings and aversions of pregnant adolescents. **J. Am. Diet. Ass.**, v. 92, n. 12, p. 1479 - 1482, Dec. 1992.
- PRITCHARD, J. K.; MacDONALD, P. C. **Obstetrícia**. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. p. 224-241. Cap. 13 Cuidados Pré-natais
- ROMERO, M. I. et al. Salud reproductiva. In: SILBER, T. et alii. (orgs.) **Manual de medicina de la adolescencia**. Washington D. C.: OPS, 1992. p. 473-518.
- RUBIN, R. **Maternal identity and the maternal experience**. New York: Springer Publishing Company, 1984. 241p.

- SAÍTO, M. I. Nutrição. In: COATES, V.; FRANÇOZO, L. A.; BEZNOS, G. W. (orgs.) **Medicina do Adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 37-50.
- SANTOS, S. M. C. **Nutricionista e sociedade brasileira: elementos para abordagem histórico-social da profissão**. Salvador, 1988. 226p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia.
- SARGENT, G. R. et alii. Black and white adolescent females' pregnancy nutrition status. **Adolescence**, v. 29, n. 116, p. 845-858, Winter 1994.
- SAVASTANO, H. **Aspectos da imagem corporal da gestante nos três trimestres da gravidez: implicações na assistência pré-natal**. São Paulo, 1981. 232p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cad. Pesq.**, v. 54, p. 37-49, ago. 1985.
- SCHILDER, P. **Imagen y apariencia del cuerpo humano - estudos sobre las energías constructivas de la psique**. Buenos Aires: Paidós, [s.d.], 301p. (Biblioteca de Psiquiatria, Psicopatología y Psicomatica, 7)
- SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L.; BELSKY, D. H. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. **J. Adolesc. Health**, v.15, n. 6, p. 444-456, Sep. 1994.
- SEIFRIT, E. Changes in beliefs and food practices in pregnancy. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 39, n. 5, p. 455-466, 1961.
- SHANE, B. **Planificación familiar: salvando las vidas de madres y niños**. 3.ed. Washington D.C.: PRB, 1997. 24p.
- SIEBERT, R. S. S. As relações de saber-poder sobre o corpo. In: ROMERO, E. (org.) **Corpo, mulher e sociedade**. São Paulo: Papirus, 1995. p. 15-42.
- SKINNER, J. D. et alii. Appalachian adolescent's eating patterns and nutriente intakes. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 85, n. 9, p. 1093-1099, Sept. 1985.
- SLADE, P. D. Awareness of body dimensions during pregnancy: an analogue study. **Psych. Med.**, v. 7, p. 245-252, 1977.
- SMILKSTEIN, C. A.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. **J. Fam. Pract.**, v. 15, n. 2, p. 303-311, 1982.

- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6.ed. Poto Alegre: Artes Médicas, 1992. 124p.
- STENBERG, L.; BLINN, L. Feelings about self and body during adolescent pregnancy. **Families in Society**, v. 74, p. 282-290, May 1993.
- STEVENS-SIMON, C.; McANARNEY, E. R. Adolescent maternal weight gain and low birth weight: a multifactorial model. **Am. J. Clin. Nutr**, v. 47, p. 948-953, 1988.
- STEVENS-SIMONS, C.; McANARNEY, E. R. Adolescent pregnancy - gestational weight gain and maternal and infant outcomes. **A.J.D.C.**, v. 16, p. 1359-1364, Nov. 1992.
- STEVENS - SIMON, C. et alii. Weight gain attitudes among pregnant adolescents. **J. Adolesc. Health**. v. 14, n. 5, p. 369 - 372, July 1993.
- STORY, M. et al. Weight perceptions and weight control practices in american indian and Alaska native adolescents. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v. 148, n. 6, p. 567-571, June 1994.
- STORZ, N. S.; GREENE, W. Body weight, body image, and perception of fad diets in adolescent girls. **J. Nutr. Ed.**, v. 15, n. 1, p. 15-18, 1983.
- TAQUETE, S. R. Sexo e gravidez na adolescência - estudo de antecedentes bio-psicossociais. **Jornal de Pediatria**, v.68, n. 3/4, p. 135-139, 1992.
- TRIGO, M. et alii. Tabus alimentares em região do norte do Brasil. **Rev. Saúde Publ.** v.26, n. 6, p. 455-464, dez. 1989.
- URZA, R. F. Desarrollo psicológico. In: SILBER, T. et alii (orgs.) **Manual de medicina de la adolescencia**. Washington, D. C.: OPS, 1992. p. 75-88.
- VIÇOSA, G. R. et alii. Gestação na adolescência: a experiência do hospital Presidente Vargas. **Rev. Psiq.**, v. 9, n. 2, p. 97-104, maio/ago 1987.
- VICTORA, C. G. et alii. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo:HUCITEC, 1988, 187p.
- VÍTOLO, M. R. et alii. Conhecimentos e credices populares de puérperas na prática da amamentação. **R. Nutr. PUCCAMP**. v. 7, n. 2, p. 132-147, jul/dez. 1994.
- WADDEN, T. A. et alii. Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: discontent but not depression. In. **J. Obes.** v. 13, n. 1, p. 89-97, Feb. 1989.
- WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: Who, 1995. (Technical Repost Series, 854)
- WITT, A. Alguns conhecimentos sobre nutrição ligados à gestação e ao puerpério. **Rev. Saúde Publ.** v.5, n. 1, p. 97-102, jun. 1971.

WORTHINGTON-ROBERTS, B.S.; VERMEERSCH, J.; WILLIAMS, S. R.
Nutrição na gravidez e na lactação. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana,
1986.365 p.