AS VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA MENOR

SÍLVIA REIS DOS SANTOS

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-Infantil da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do Grau de Doutor.

Área de concentração: Saúde materno-
infantil

Orientadora: Prof. Assoc. Néia Schor

São Paulo

2001

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

41386/2001 Dec.

A todos os profissionais de saúde

que não desistem

e ainda ousam sonhar

AGRADECIMENTOS:

Ao meu querido Lucio, marido, amigo, companheiro e mestre na vida, pela ajuda, incentivo, tolerância e amor;

Aos meus queridos pais Alcides e Carmen Sylvia e à minha irmã Christina, por todo o amor que sempre me deram e ainda me dão e pelo exemplo de seriedade e respeito ao trabalho e à educação;

À minha orientadora Prof. Néia Schor, por sua competência e ética, por sua firme orientação, amizade e confiança;

À Direção do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG) e à Direção da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), pela compreensão da importância deste momento e liberação de minhas atividades;

Aos colegas das Divisões de Ensino e de Pesquisa do IPPMG e do Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da FESO, pela amizade, incentivo e tolerância nas necessárias ausências;

À toda a equipe do Ambulatório Materno-Infantil do IPPMG, amigos e companheiros de tantas jornadas, e, em particular, à auxiliar de enfermagem Maria das Graças Quitete e às outras profissionais do setor de pesagem, pela inestimável ajuda na identificação dos sujeitos da pesquisa; sem vocês este trabalho não poderia ter sido feito;

Aos profissionais da Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land (em particular à Dra. Irene Fagim), Posto de Assistência Médica Madre Tereza de Calcutá (em particular ao Dr. Moreno) e Posto de Assistência Médica Rodolpho Rocco (em particular à Dra. Rosa Obadia), pelo compromisso com a saúde da adolescente, que tão bem souberam demonstrar, pela acolhida e pela ajuda na coleta dos dados;

À administração dos colégios Ginda Bloch e Edmundo Bittencourt, em Teresópolis, pela gentil acolhida, e a todas as adolescentes que compuseram os grupos focais, pelo entusiasmo e participação;

A todos os funcionários do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pela competência, simpatia e auxílio em momentos de dificuldades;

Aos Profs. Robert Mrtek da University of Illinois at Chicago, Steven Brown da Kent State University e Michael Stricklin da University of Nebraska at Lincoln, por terem me introduzido nos mistérios e desafios da Metodologia Q;

Ao CNPq, pela bolsa de estudos concedida;

E a todos os que me precederam no estudo da saúde materno-infantil e do adolescente,

meu reconhecimento e sinceros agradecimentos.

RESUMO

Santos SR. **As vivências da maternidade na adolescência menor.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Embora pouco estudada em nosso meio, a maternidade na adolescência de 10 a 14 anos é considerada não desejada e problema de Saúde Pública. A maior parte dos estudos tem o conceitual crono-biomédico como marco teórico, e poucos abordam esta questão a partir do olhar do sujeito. Este estudo teve por objetivo explorar padrões e desvendar as diferentes formas de vivenciar a maternidade na adolescência menor a partir da subjetividade da própria adolescente. **Métodos.** Utilizou-se a Metodologia Q de William Stephenson. Captadas em dois serviços públicos de saúde materno-infantil no Município do Rio de Janeiro, vinte adolescentes que ficaram grávidas entre 10 e 14 anos de idade foram estudadas em período de seis a 24 meses após o nascimento de seus respectivos filhos. Os Q-sorts foram submetidos a análise fatorial, e os fatores obtidos foram interpretados. **Resultados.** Foram revelados quatro padrões de percepção, qualitativa e estatisticamente diferentes ($P < 0,01$). Dois fatores foram bem definidos: Fator I - Satisfeita com a maternidade / Dependente do afeto do filho: a maternidade como uma vivência positiva e enriquecedora e Fator II - Deprimida/ Estressada: visão negativa e fragilizante. Outros dois fatores, ainda incipientes, necessitam confirmação em estudo posterior com amostra mais numerosa: Fator III - Adaptada / Dependente da família: a maternidade como experiência positiva de estreitamento de vínculos familiares; e Fator IV - Contraditória / Em busca de identidade e apoio: vivência em conflito com os

valores sociais. **Conclusões.** A partir da subjetividade da própria adolescente, foi possível observar que a vivência da maternidade não é única nem homogênea. Para algumas adolescentes, ser mãe pode ser uma experiência gratificante.

Descritores: Adolescência. Gravidez na adolescência. Q-sort.

SUMMARY

Santos SR. **As vivências da maternidade na adolescência menor**

[Experiences of motherhood in early adolescence]. São Paulo (BR); 2001.

[Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective. Although considered unwanted and an important Public Health issue, motherhood in early adolescence is still little studied. Most investigations are based on the biomedical paradigm and few take into consideration the adolescent point-of-view. This study aimed to explore different patterns of experiencing motherhood from the adolescent own subjectivity. **Methods.** William Stephenson's Q Methodology was used. Identified at two public mother and child health units in Rio de Janeiro, Brazil, twenty adolescents who became pregnant at the age of 10 to 14 years were studied in a period of time from six to 24 months after the child's birth. Q-sorts were factor analyzed and factors interpreted. **Results.** Four qualitatively and statistically ($P<0,01$) different patterns of perceptions were revealed. Two factors were well defined: Factor I – Satisfied with motherhood / Dependent on the child's affection: motherhood is a positive and rich experience and Factor II – Depressed / Stressed: motherhood is a negative and stressful experience. Other two possible factors need confirmation in further studies with expanded samples: Factor III – Well adapted / Family oriented: motherhood is a positive experience that reinforces family bonds and Factor IV – Contradictory / Searching identity: conflicts with social values. **Conclusions.** From the adolescents' own points-of-view, it was possible to

observe that the experience of motherhood is diverse and heterogeneous.

For some adolescents, motherhood can be a positive experience.

Descriptors: Adolescence. Pregnancy in adolescence. Q-sort.

ÍNDICE

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Revisão da literatura	3
1.1.1. Adolescência e adolescentes - definições	3
1.1.2. Magnitude do fenômeno	8
1.1.3. Sexualidade na adolescência	9
1.1.4. Fecundidade na adolescência	10
1.1.5. A maternidade na adolescência	19
1.1.6. Programas de saúde do adolescente	24
1.2. Consenso e controvérsias	27
2. OBJETIVOS	30
2.1. Principal	31
2.2. Secundário	31
3. MÉTODOS	32
3.1. Nosso interesse pela Metodologia Q	33
3.2. A Metodologia Q	34
3.2.1. Introdução	34
3.2.2. Referencial teórico	36
3.2.3. Princípios teóricos	38
3.2.4. A Metodologia Q - estratégia privilegiada para o estudo da subjetividade	39
3.2.5. O método Q	42
3.2.6. Etapas para a realização de um estudo Q	45
3.2.7. Os viéses na Metodologia Q	58
3.3. Local e sujeitos de estudo	60
3.3.1. Aspectos éticos	60
3.3.2. Procedimentos	60
3.4. A coleta de dados	63
3.4.1. Elaboração do <i>concourse of ideas</i>	63
3.4.2. Coleta de dados propriamente dita	65
3.5. A análise dos dados	67
4. RESULTADOS	69
4.1. Análise descritiva	72

4.1.1. Resultados globais	72
4.1.2. No IPPMG	73
4.1.3. Na UISHL	76
4.1.4. Diferenças entre os grupos	78
4.2. Análise fatorial	79
4.2.1. O Fator I	83
4.2.2. O Fator II	85
4.2.3. O Fator III	87
4.2.4. O Fator IV	90
4.2.5. Consenso	92
5. DISCUSSÃO	93
5.1. Limitações dos resultados	96
5.1.1. O tamanho da amostra	96
5.1.2. A composição da amostra	98
5.2. Questões relacionadas com a validade e confiabilidade	99
6. CONCLUSÕES	105
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
7.1. Em relação à pesquisa	110
7.2. Em relação à assistência à saúde	111
8. REFERÊNCIAS	113
9. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	127

ANEXOS:

Anexo 1 – Consentimento informado e esclarecido - grupos focais	A-2
Anexo 2 – <i>Concourse of ideas</i>	A-3
Anexo 3 – <i>Q-Sample</i>	A-8
Anexo 4 – Consentimento informado e esclarecido - Q	A-11
Anexo 5 – Escala invertida	A-12
Anexo 6 – Questionário	A-13
Anexo 7 – Perfil das adolescentes entrevistadas	A-14
Anexo 8 – Perfil das adolescentes por unidade de saúde	A-20
Anexo 9 – Análise fatorial (PQMethod)	A-21

GLOSSÁRIO

1. INTRODUÇÃO:

No discurso da Saúde Pública em geral, gravidez e maternidade na adolescência são consideradas eventos de risco para a morbimortalidade materna e infantil e importantes problemas de saúde. As intervenções educativas propostas baseiam-se, em sua maior parte, na premissa de que a maternidade na adolescência é não desejada, não planejada e não intencional.

As evidências sugerem que, em idade cada vez mais jovem, mais adolescentes são mães. Os fatores envolvidos nas causas e nas consequências deste fenômeno e a eficácia das medidas de prevenção e controle são temas ainda sujeitos a controvérsias. Estas controvérsias podem ser devidas a questões basicamente metodológicas ou a diferenças mais profundas, de origem epistemológica, na abordagem de tema tão complexo.

A maior parte dos estudos sobre gravidez e maternidade na adolescência baseia-se no paradigma biomédico. Em busca da objetividade, estes estudos isolam o fenômeno em estudo do seu contexto e testam hipóteses a partir de teorias preestabelecidas. Tentam definir e entender um adolescente universal e atemporal. São poucos os estudos que seguem o paradigma qualitativo, em que a experiência da gravidez e maternidade na adolescência é entendida a partir da vivência da própria adolescente, e não é considerada homogênea nem linear, mas uma expressão circunstancial única, em tempo

e espaço.

Pouco ainda se sabe sobre as circunstâncias que envolvem esta experiência de vida, e um melhor entendimento a respeito dos aspectos subjetivos da vivência da maternidade na adolescência é ainda necessário.

1.1. REVISÃO DA LITERATURA:

Para melhor abordar o tema da maternidade na adolescência é necessário entender a adolescência e a maternidade. Procedeu-se assim a uma revisão da literatura, com busca bibliográfica nas bases de dados MEDLINE (1966 a 2000), LILACS (34ª edição) e POPLINE (até dezembro de 1998), utilizando-se os descritores **adolescência e gravidez na adolescência**, além de livros e documentos básicos sobre o tema. Nesta revisão da literatura, procuramos questionar algumas conclusões e apontar contradições dentre os resultados dos estudos selecionados.

1.1.1. Adolescência e adolescentes - definições:

Todas as culturas reconhecem e marcam a transição da infância para a idade adulta, mas a sociogênese da adolescência é, em termos históricos, um acontecimento relativamente recente, que teve lugar a partir do século XVIII com a Revolução Industrial. Em períodos anteriores da civilização ocidental, já na infância o indivíduo era preparado para enfrentar as responsabilidades e tarefas da idade adulta, sem um período intermediário definido (ARIÈS 1981; CAVALCANTI 1988).

Na sociedade européia, o conceito de adolescência passou a existir no fim do século XIX, sendo a escola e o exército seus elementos concretos de formação. Já nos países em desenvolvimento, e em particular no Brasil, o processo de constituição da adolescência foi ainda mais recente e diferente daquele ocorrido nos países desenvolvidos, em função das características de sua formação social, de base aristocrata rural e escravocrata (REIS e ZIONI 1993).

No Brasil do século XIX, os meninos de 10 a 12 anos de idade, tanto os filhos de senhores como os escravos, saíam da infância e entravam no mundo dos adultos através do trabalho. Já as meninas, brancas livres e escravas, entravam diretamente no mundo adulto através da vida sexual e da reprodução biológica. As primeiras casavam-se logo após a primeira comunhão, aos 12 ou 13 anos de idade, e às escravas, geradoras potenciais de novos escravos, era favorecida uma vida sexual precoce e promíscua (FREYRE 1966).

No século XX, e sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, a civilização ocidental moderna sofre intensas transformações sociais, econômicas e culturais, e a adolescência passa a constituir objeto privilegiado de estudos e programas de intervenção, particularmente pela área da saúde (REIS e ZIONI 1993).

Em 1974, na Reunião sobre a Gravidez e o Aborto na Adolescência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como etapa da vida caracterizada por: progressão a partir do aparecimento de caracteres

sexuais secundários até a maturidade sexual e reprodutiva; desenvolvimento de processos mentais e da identidade adulta; transição de total dependência sócio-econômica para uma relativa independência (WHO 1975).

Assim, segundo a OMS, a adolescência tem seu início objetivamente marcado pela puberdade, mas não tem seu término claramente definido. Este é caracterizado por múltiplos marcadores, que definem a entrada na vida adulta. A idade de início da puberdade vem diminuindo progressivamente (cerca de 10 meses para cada geração no século XX), possivelmente em decorrência de melhores condições de saúde e nutrição. Em geral, as meninas entram na puberdade entre 8 e 13 anos e os meninos entre 9 e 14 anos (WINTER 1982). As mudanças físicas características que se iniciam na puberdade ocorrem com uma intensidade e aceleração somente comparáveis às ocorridas na vida pré-natal e no primeiro semestre de vida pós-natal. Estas alterações se dão em geral ao longo de um período de cinco anos, com uma amplitude de variação de duração que se estende dos 18 meses aos seis anos (TANNER 1962). Assim como o desenvolvimento biológico, a maturidade emocional e o desenvolvimento cognitivo variam muito entre jovens da mesma idade, e, em geral, a maturidade física é alcançada antes da maturidade psicológica ou social (COLLI e DELUQUUI 1978).

Embora tente contemplar as diversas dimensões envolvidas nesta etapa da vida do indivíduo (biofisiológicas, psicológicas e econômicas), a OMS (WHO 1975) utiliza o critério cronológico para considerar como categoria

adolescente a população compreendida entre 10 e 19 anos, subdividida em adolescentes menores (os de 10 a 14 anos) e adolescentes maiores (os de 15 a 19 anos). Este critério é o mais utilizado na literatura biomédica.

Do ponto de vista sócio-cultural, a adolescência corresponde ao período da vida do indivíduo em que a sociedade ainda não lhe atribui o *status* de adulto, nem o considera mais criança. O término da adolescência não poderia então ser definido somente em termos biológicos ou psicológicos, já que os diferentes grupos sociais estabelecem seus próprios critérios para a caracterização do *status* de adulto, mais freqüentemente em termos de tradição social do que de maturidade biológica ou psicológica (BECKER 1985). Observa-se que o conceito de adolescência é mais nítido na população urbana do que na população rural e bem mais caracterizado e longo quanto maior for o privilégio da classe social a que pertence (CAVALCANTI 1988).

Na visão psicológica, a adolescência é definida como um período de instabilidade e de crise de identidade, precipitada pela experiência de três lutos fundamentais: o luto pela perda do corpo infantil, o luto pela perda do papel e da identidade infantis e o luto pela perda dos pais da infância. Estas crises, beirando o patológico, caracterizam a "síndrome do adolescente normal", que se compõe dos seguintes elementos: a busca de si mesmo e de sua identidade, tendência grupal, necessidade de fantasiar e intelectualizar, crises religiosas, deslocamento temporal, evolução sexual que vai desde o auto-erotismo até a heterossexualidade genital, atividade

sexual reivindicatória, contradições sucessivas em diversas manifestações de conduta, separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor e de estado de ânimo (KNOBEL 1981).

Embora amplamente aceita pela área da saúde e hegemônica no discurso da Saúde Pública, a noção de universalidade e atemporalidade do fenômeno da adolescência (e a ideologia positivista que a sustenta) vem sendo denunciada, questionada e criticada por alguns segmentos da Saúde Pública (AYRES 1993; REIS e ZIONI 1993; CASTRO MOURA 1996; PERES e ROSENBURG 1998). Sob a ótica das Ciências Sociais, ao mesmo tempo em que se trata de uma fase, dentro de todo um processo evolutivo do ser humano, a adolescência também deve ser considerada como uma expressão circunstancial de natureza geográfica e sociocultural (KNOBEL e col. 1981). Assim, para o adolescente, a experiência da adolescência não pode ter um sentido único, homogêneo ou linear, pois que é dependente das condições materiais/objetivas e subjetivas de existência de sujeitos reais (PERES e ROSENBURG 1998).

Em síntese, a única definição universalmente aceita de adolescência parece ser aquela em que, não mais considerado ou considerando-se uma criança, o jovem ainda não é considerado nem se considera um adulto. Este processo de transição manifesta-se, então, por mudanças físicas, psíquicas e sociais que determinam novas características da sexualidade do indivíduo e tem a ver com seu comportamento reprodutivo. Este comportamento tem expressões diferentes de cultura para cultura, de país para país, nas áreas

urbanas ou rurais e nas diferentes camadas sociais (MORA 1988).

1.1.2. Magnitude do fenômeno:

Um quinto da população mundial é composto por jovens de 10 a 19 anos de idade, totalizando mais de um bilhão de indivíduos. Em termos absolutos e relativos, a maior parte desses jovens concentra-se nos países em desenvolvimento (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da população estimada (em milhões) segundo idade, no mundo e em localidades selecionadas, 1995 e 1996 .

Localidades	População		
	10 a 19 anos N	%	Total
Mundo	1 073	19	5 716
Países desenvolvidos	160	14	1 167
Países em desenvolvimento	913	20	4 550
América Latina/Caribe	101	21	482
Brasil	34	22	153

Fonte: United Nations (1994) citado por The Johns Hopkins University (1995, p. 4), e IBGE (1996) citado por Ministério da Saúde (1997).

No Brasil, para 2001, estima-se que cerca de 21,7% da população terá entre 10 e 19 anos de idade: 11,1% entre 10 e 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos, correspondendo respectivamente a cerca de 18,7 milhões e 17,8 milhões de jovens (IBGE 2000).

1.1.3. Sexualidade na adolescência:

Na maioria dos países industrializados e em muitos países em desenvolvimento, a proibição do ato sexual extraconjugal entre adolescentes é um valor tradicional. A não ser em áreas em que o casamento precoce era comum, supunha-se que os adolescentes se abstivessem de relações sexuais e estabeleceram-se mecanismos culturais para estimular a castidade feminina. Nas últimas décadas, em muitas sociedades, a atividade sexual na adolescência tem sido tolerada. No entanto, esta atividade é submetida a restrições sociais ou culturais a fim de reduzir o risco de gravidez inesperada (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1976).

Estudos realizados em vários países revelam um aumento na incidência das relações sexuais entre adolescentes. Os fatores que estariam envolvidos na manutenção desta tendência seriam: a menarca mais precoce, o casamento mais tardio, a urbanização e o estilo de vida a ela associado, proporcionando maiores oportunidades de relacionamento sexual e redução da eficácia de restrições sociais tradicionais (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1985).

Se os adolescentes de hoje têm relações sexuais em idade mais precoce ou não que as gerações anteriores é ainda sujeito a controvérsias. Em carta de 1887, Moritz Lamberg relatava em relação à mulher no Rio de Janeiro:

“A rapariga de classes mais baixas do povo, que só em casos raríssimos aprende a ler e a escrever, cresce em absoluta liberdade e é abandonada completamente aos seus instintos

naturais, pelos quais se deixa guiar... Segundo estatística no Estado do Rio de Janeiro, que se acha em meu poder, no ano de 1893, houve 24 casamentos de raparigas de onze anos e 32 de rapazes de 14..."(LEITE 1993. p.87).

Inquérito populacional realizado em diversos países no fim dos anos 80 e na década de 90 sugere que, dentre as mulheres brasileiras pesquisadas, a mediana da idade da primeira relação sexual vem aumentando (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1995). O que parece dar maior visibilidade à atividade sexual dos adolescentes nos dias de hoje é o fato de que ela, independentemente de sua idade de início, ocorre antes do casamento.

1.1.4. Fecundidade na adolescência:

Dentro do tema de saúde do adolescente, os aspectos relacionados com a reprodução vêm, nas últimas décadas, despertando o interesse particular de instituições oficiais e profissionais de saúde. A literatura a respeito da gravidez na adolescência vem aumentando nos últimos anos, e o tema tem ocupado espaço privilegiado na mídia.

Magnitude:

Dados demográficos indicam que, em muitas nações industrializadas e em desenvolvimento, os partos de mulheres de menos de 20 anos representam crescente proporção de todos os nascimentos (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1976).

As estatísticas nacionais revelam que, nos últimos anos, o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo de 10 a 14 anos. No período de 1981 a 1996, enquanto para todas as outras faixas de idade a taxa específica de fecundidade apresentou variação anual negativa, para os grupos etários de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos observou-se variação anual de +12,7 e +0,3 respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Evolução das taxas específicas de fecundidade por idade. Brasil: 1981-1986 e 1991-1996

Faixa Etária (anos)	Taxas específicas de fecundidade (nascimentos / 1 000 mulheres-ano)		
	1981-1986	1991-1996	Variação anual (%)
10-14	6,0	13,6	+12,7
15-19	92,8	95,3	+0,3
20-24	191,2	159,4	-1,7
25-29	184,6	124,3	-3,3
30-34	127,5	78,2	-3,9
35-39	84,3	41,9	-5,0
40-44	(26,8)	13,8	-4,8
45-49	-	(1,7)	-
TOTAL	3,6	2,6	-2,6

Fonte: Monteiro CA e col. 1997.

Nota: Estimativas entre parênteses estão truncadas

Em 1994, 19,8% dos 2,5 milhões de crianças nascidas vivas em nosso país eram filhos de adolescentes, 0,7% de jovens de 10 a 14 anos e 19,1% de

adolescentes de 15 a 19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1994). Já em 1998, 23,2% do total de 3,1 milhões de partos registrados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de jovens de 10 a 19 anos, dos quais 0,9% correspondiam a jovens de 10 a 14 anos e 22,3% a adolescentes de 15 a 19 anos. Em números absolutos, 27 205 crianças eram filhos de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1998).

Estudos isolados realizados em serviços de saúde apontam para o aumento do número de gestações na adolescência (PINTO E SILVA 1982; CASTRO MOURA 1991).

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, existe uma tendência ao casamento mais tardio, mas a concepção está ocorrendo em idades mais precoces (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1976).

Risco:

No discurso da Saúde Pública e dos órgãos gestores nacionais e internacionais, a adolescência e, em especial, a gravidez e a maternidade na adolescência constituem situações de vulnerabilidade a riscos biológicos e psicossociais (SIQUEIRA e TANAKA 1988; REIS 1993; GROSSMAN 1995; GROSSMAN e CARDOSO 1997).

Grande parte do conhecimento atual sobre a adolescência e o adolescente se baseia nos resultados de trabalhos científicos que utilizam o método epidemiológico e tem o conceitual crono-biomédico como marco teórico, ou seja, revelam o predomínio de uma matriz biologicista e cronológica na

formulação ou adoção de conceitos e práticas (GROSSMAN 1993; CASTRO MOURA 1996; PERES e ROSENBURGO 1998).

A fim de melhor conhecer o objeto de estudo, estas investigações, de um modo geral, têm por objetivos:

- descrever o perfil das adolescentes grávidas e seu filho em suas diversas dimensões;
- identificar fatores de risco para: a gravidez na adolescência; a morbi-mortalidade materna; as repetidas gestações na adolescência; e a morbi-mortalidade perinatal e infantil;
- avaliar programas de intervenção.

Alguns resultados mostram-se conflitantes:

A) Quanto ao perfil das adolescentes grávidas:

Estudos realizados em nosso meio descrevem a adolescente grávida como oriunda de um contexto de desvantagem sócio-econômica, caracterizado por menor renda familiar e menor escolaridade (MONTEIRO e col. 1994).

A sexarca e a gestação sucederam a menarca em intervalo de dois e três anos respectivamente (Cunha e col. citado por CUNHA e col. 1998, p. 45) e, em grande parte dos casos, o abandono escolar precedeu a gravidez (MARQUES e EBRAHIM 1991).

Entrevistas com adolescentes puérperas mostraram que a variável idade se associava positivamente com o conhecimento de métodos anticoncepcionais

(SCHOR e LOPEZ 1990).

B) Quanto ao risco de morbimortalidade (biológico):

Em 1922, Harris, citado por SISMONDI e col. (1984, p. 41), afirmava que "do ponto de vista puramente obstétrico, 16 anos ou menos constituem a idade ideal para trazer ao mundo o primeiro filho".

Estudos posteriores associam a gravidez na adolescência a: assistência pré-natal deficiente, maior incidência de patologias durante a gestação, maior proporção de partos operatórios e maior número de intercorrências intraparto, principalmente hemorragia e toxemia. Durante o período puerperal, as adolescentes estariam mais sujeitas a anemia pós-parto, toxemia e infecção do que gestantes adultas (ALEGRIA e col. 1989). A intervenção de programas de assistência pré-natal abrangentes teria o potencial de diminuir o risco de muitas destas complicações (O'SULLIVAN e JACOBSEN 1992; SCHOLL e col. 1994; MONTEIRO e col. 1995, ROUQUAYROL e col. 1996).

Outras investigações, ao contrário, sugerem que adolescentes de 16 a 19 anos comparecem, em média, a maior número de consultas no pré-natal e são proporcionalmente menos sujeitas a partos operatórios e a fórceps que gestantes adultas. Apontam também para desfechos menos favoráveis somente no grupo de adolescentes de 12 a 15 anos de idade, que estariam submetidas a maior risco obstétrico do que mulheres acima de 20 anos de idade (AMINI e col. 1996; COSTA 1998).

Em relação ao conceito, há também divergência nos resultados. Alguns estudos indicam que a idade materna abaixo de 20 anos é fator de risco para baixo peso ao nascer, prematuridade, menor estatura e perímetro cefálico, principalmente a partir da segunda gestação. Filhos de adolescentes apresentariam também maior morbidade e mortalidade perinatal (COOPER e col. 1995; FRASER e col. 1995; HALPERN e col. 1996). Outros estudos não encontram diferenças significativas entre os grupos observados de gestantes adolescentes e adultas (FINKELSTEIN e col. 1982; MERCER e col. 1984; STROBINO e col. 1995; MARIOTONI e BARROS FILHO 1998) e alguns trabalhos identificam a idade materna abaixo de 20 anos como fator protetor para a natimortalidade [idade $\geq$ 20 anos: RC=2,73; IC= 1,42-5,24] (ROUQUAYROL e col. 1996) .

A questão central da controvérsia entre pesquisadores é se as consequências negativas freqüentemente associadas à gravidez/ maternidade na adolescência são devidas à idade da gestante/mãe ou ao contexto social desfavorável em que vive antes mesmo de ficar grávida. Estes resultados conflitantes podem parcialmente ser explicados pela questão metodológica, ou seja, pela possibilidade de vieses de seleção, aferição, confundimento, publicação etc.. As primeiras pesquisas realizadas nas décadas de 60 a 80 documentaram desfechos desfavoráveis da gravidez na adolescência em âmbito biológico, social e econômico. Estes estudos, em grande parte de desenho descritivo, consistiam basicamente de análise de uma ou duas variáveis, sem o controle de possíveis variáveis de

confundimento. Estudos posteriores fizeram uso de modelos estatísticos mais sofisticados e tentaram controlar o efeito de variáveis não mensuradas. Após o controle de fatores sócio-econômicos e ambientais, alguns resultados sugerem maior risco de morbimortalidade perinatal para o filho de adolescentes com idade abaixo de 15 anos, quando comparado com o conceito de mães de 18 a 29 anos (AOR para prematuridade idiopática = 1,74; IC = 1,07-2,84), particularmente na presença de baixa idade ginecológica (AOR = 2,64; IC = 1,19 – 3,89) (SCHOLL e col. 1997).

Com base nestas informações, a Saúde Pública assume a gravidez / maternidade na adolescência como uma questão social, a partir da perspectiva do risco.

C) Quanto ao risco social, psicológico e de desenvolvimento:

Não há tampouco consenso entre os estudiosos da área a respeito das conseqüências adversas da maternidade durante a adolescência em relação aos aspectos psicológicos e sociais. Algumas evidências indicam que a adolescente grávida está mais sujeita ao abandono/fracasso escolar, ao maior número de gestações não desejadas, ao menor intervalo entre gestações e ao maior risco de pobreza do que a gestante adulta (MOORE e WAITE 1977; TETI e LAMB 1989). Outros autores, entretanto, argumentam que as conseqüências negativas sob o ponto de vista sócio-econômico e psicológico têm sido hiperestimadas (NORD e col. 1992).

Durante a gravidez e o puerpério, a adolescente estaria também mais sujeita

a estresse e depressão (REIS 1989; BARNET e col. 1996). Neste aspecto, o apoio familiar, especialmente da mãe da adolescente ou do pai da criança, é fundamental, uma vez que parece estar inversamente associado à presença e à intensidade dos sintomas depressivos durante a gravidez e após o parto (SCHILMOELLER e col. 1991; BARNET e col. 1996). Outros estudos descreveram atributos positivos da experiência da maternidade para algumas mães adolescentes, em termos de auto-estima, maturidade e projeto de vida (BUCHHOLZ e GOL 1986; THERIOT e col. 1991; ARENSON 1994; DOMINGUES 1998). Da mesma forma, algumas adolescentes com personalidade pessimista mostraram-se menos deprimidas durante a gravidez (WAGNER e col. 1998).

Alguns estudos indicam que o filho da adolescente estaria mais sujeito a maus-tratos e a problemas cognitivos e distúrbios de comportamento, que viriam a se manifestar na idade escolar (MOORE 1986; HASKETT e col. 1994). Outras pesquisas indicam que mães adolescentes não estimulam seus filhos adequadamente, têm expectativas inadequadas em relação ao desenvolvimento infantil, são menos tolerantes, mostram menos empatia em relação às necessidades da criança. Tendem também a ser mais rígidas na educação de seus filhos, apresentando uma comunicação verbal mais negativa quando comparadas com mães adultas (LARSEN e JUHASZ 1985; McANARNEY e col. 1986; REIS e HERZ 1987; REIS 1989; BARANOWSKI e col. 1990; EAST e col. 1994; CAMP 1995; PANZARINE e col. 1995). Outras investigações sugerem que, apesar de mães adolescentes e mães adultas

interagirem de forma diferente com seus filhos, os filhos de adolescentes não estariam submetidos a risco de menor desenvolvimento intelectual (ELSTER e col. 1983) e, a longo prazo, teriam um desenvolvimento físico e mental adequado (ROTHENBERG e VARGA 1981; WOLKIND e KRUK 1985). As dificuldades econômicas e estruturais explicariam mais uma vez o maior risco de problemas de comportamento em filhos de adolescentes (NORD e col. 1992).

Embora as relações entre a maternidade na adolescência e as dificuldades sócio-econômicas ainda não sejam totalmente compreendidas, estas poderiam ser parcialmente devidas a diferenças prévias entre a jovem que fica grávida durante a adolescência e as outras adolescentes que não ficaram grávidas (NORD e col. 1992).

D) Quanto ao impacto das intervenções educativas:

A maior parte dos estudos sugere que a gravidez na adolescência é geralmente não desejada, não planejada e não intencional, produto da falta de informação (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 1995; MONTEIRO e col. 1998). Assim, muitos programas estão voltados para a educação sexual, com ênfase na prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (ROSENBERG 1998; MEDRADO e LYRA 1999). No entanto, alguns estudos sugerem que, embora possam ser muito eficazes em aumentar o conhecimento de adolescentes sobre concepção e contracepção, muitos programas de educação sexual têm menor impacto no comportamento sexual dessas adolescentes (Kirby 1984, citado por HAYES

1987, p. 109). Pesquisas realizadas com jovens com vida sexual indicam que alguns adolescentes se colocam intencionalmente em situação de risco para gravidez (SCOTT 1983; STEVENS-SIMON e col. 1996). Existe falta de conhecimento, mas também observa-se uma grande lacuna entre o conhecimento e a utilização de métodos anticoncepcionais (SCHOR e LOPEZ 1990).

A baixa freqüência do uso de preservativos entre os jovens não se daria por falta de informação, mas refletiria um desejo de engravidar. A busca da maternidade poderia ser interpretada como uma estratégia adaptativa de jovens submetidos a dificuldades econômicas e sociais extremas e seria aí que estariam a fonte e a solução do problema (NORD e col. 1992).

1.1.5. A maternidade na adolescência:

Assim como os estudos sobre a adolescência, a maior parte das pesquisas sobre a maternidade em geral e sobre a maternidade na adolescência baseia-se no paradigma biomédico. No entanto, na abordagem desta última temática, o enfoque qualitativo é utilizado com maior freqüência.

Assumindo que a maternidade é biológica, instintiva e naturalmente gratificante, estas investigações são primariamente dirigidas para a descrição dos processos físicos e psicológicos característicos desta etapa da vida da mulher. A pesquisa social, no entanto, vem questionando estas premissas e sustenta a hipótese de que o desejo e a capacidade de cuidar de crianças são, em grande parte, socialmente criados. As evidências

sugerem que a maternidade é uma experiência difícil para muitas mulheres, e o estresse psicológico associado com a maternidade parece não ser um problema transitório, localizado na crise do nascimento. Vários estudos têm demonstrado altos níveis de estresse após o parto (BOULTON 1983; ZUCKERMAN E COL. 1987; BARNET e col. 1996).

Segundo MERCER (1980), tanto a adolescência quanto a maternidade são descritas como crises de maturidade, caracterizadas por um desequilíbrio interno e associadas com o crescimento do indivíduo. A transição para a maternidade seria um processo de desenvolvimento que também envolve a transição para a vida adulta (MERCER 1985). Para o desempenho adequado do papel de mãe seriam necessárias: maturidade, experiências prévias em desempenhar papéis, habilidades cognitivas e empáticas. Uma vez que somente após a idade de 15 anos o raciocínio dedutivo e a habilidade de levantar hipóteses e argumentos para a solução de problemas são desenvolvidos, a adolescente, particularmente a jovem adolescente, apresentaria deficiências que a comprometem a assumir o papel adulto.

Ao mesmo tempo, comportamentos maternos refletem normas sociais, que são opiniões comuns a respeito do que mães devem ou não fazer. Estes são aprendidos indiretamente na infância ou mais diretamente durante a fase antecipatória da gravidez. O modelo formal inicia com o nascimento da criança, e, durante este estágio, os comportamentos são muito influenciados pelas expectativas consensuais de terceiros. O estágio informal inicia quando a mãe desenvolve seu estilo próprio. Já no estágio final, a mãe

sente a harmonia entre o “eu” e o papel de mãe, com a aceitação do seu comportamento maternal pelos outros. Este processo tem a duração aproximada de 3 a 10 meses, e, por volta de um ano, a mulher já desenvolve plenamente seu papel de mãe (MERCER 1985).

Com o objetivo de estudar o desenvolvimento do papel de mãe em adolescentes, MERCER (1980) entrevistou 12 mães de 14 a 19 anos. Os sentimentos quanto à maternidade eram dúbios: privações e perdas, recompensas e gratificações; preocupações quanto às mudanças da aparência e da função corporais; e desejo e recusa em considerar as necessidades da criança antes das suas próprias necessidades. O apoio da família - particularmente do pai da criança e da avó da criança - foi identificado como fator facilitador para a adaptação ao papel maternal. As jovens mães demonstravam interesse e orgulho em relação ao desempenho psicomotor da criança, e os comportamentos considerados inadequados eram, em sua maioria, característicos do processo normal do desenvolvimento infantil. A falta de resposta às solicitações da criança não era reconhecida como tal, refletindo pouco conhecimento ou falta de habilidade em reconhecer as necessidades da criança. Foram também identificados quatro períodos críticos no primeiro ano de vida do bebê, em termos de hostilidade por parte da mãe:

- a) os primeiros dias após o parto - a mãe não se sente mãe;
- b) entre a 2° e a 4° semana de vida - quando o maior impacto do papel

materno atinge a adolescente; maior percepção de perdas do que de ganhos; grande demanda de tempo e energia em função dos problemas e demandas do bebê; é o período em que as mães apresentaram maior grau de hostilidade;

- c) três a quatro meses - o bebê reconhece a mãe e interage de forma mais ativa; a mãe torna-se consciente do seu apego ou desapego; as recompensas são maiores do que as perdas sentidas;
- d) seis a nove meses – o bebê distingue a mãe das outras pessoas e esta tende a expressar sentimentos de competência e prazer com a maternidade.

Em estudo posterior com grupos de mães de várias idades, foram identificadas outras demandas e dificuldades específicas em diferentes períodos do primeiro ano de vida. O padrão de problemas foi o mesmo para todas as idades. As principais dificuldades que as mães relataram eram: falta de tempo pessoal (para comer, tomar banho, conversar com outros etc.) e falta de tempo para dormir, particularmente por volta do primeiro mês de vida; o excesso de responsabilidade e a falta de liberdade foram dificuldades relatadas ao longo de todo o primeiro ano de vida do bebê; a sensação de incompetência e incapacidade em desenvolver o papel de mãe, menor gratificação e menor número de sentimentos positivos em relação à criança foram problemas relatados a partir do 8º mês de vida, em função do comportamento mais independente da criança (engatinhar, mexer em tudo,

dentição, acidentes etc.). As adolescentes relataram diminuição do apoio de pessoas em sua rede social, menor apoio emocional e menor gratificação com o papel de mãe por volta de um ano (MERCER 1985).

Estudos que partem da própria perspectiva da mulher quanto à experiência da maternidade identificaram duas categorias principais de sentimentos: a resposta imediata, ou seja, o prazer e a alegria, a frustração e irritação que as mulheres sentem em suas atividades cotidianas com seu bebê; e o senso de significado e propósito que as mulheres sentem enquanto mulheres e mães (BOULTON 1983). Estudando a gravidez em seis adolescentes menores de 15 anos, MACKLIN (1992) identificou duas outras categorias, que descrevem como os adolescentes vivenciam a maternidade: a primeira representou os aspectos difíceis de ser jovem e mãe (reação da família e dos amigos, perda de vida social, perda de atividades, dificuldades físicas e emocionais, “é muito cedo”, “tenho medo” etc.); a segunda revelou um aspecto mais positivo (apoio dos outros, coisas que você pode fazer com uma criança etc.).

Em outra investigação com mães adolescentes, também utilizando metodologia qualitativa, foram identificadas diferenças importantes entre as mães adolescentes, suas necessidades e seus sistemas de apoio. Em função dessas diferenças, foi enfatizada a necessidade de individualizar a abordagem, sugerindo que atividades educativas estruturadas e rotineiras voltadas para o desenvolvimento de habilidades parentais e para o conhecimento das etapas do desenvolvimento da criança nem sempre são

necessárias ou suficientes (LANDY e col. 1984).

1.1.6. Programas de saúde do adolescente:

No início do século XX, a gravidez na adolescência era considerada um acontecimento normal para os padrões da época (HOLLINGSWORTH e FELLICE 1986) Já no senso comum atual, a gravidez e a maternidade na adolescência são considerados eventos dramáticos, indesejados e indesejáveis, associados com ignorância, desconhecimento, pobreza, doença ("a epidemia", a patologia gravidez dentro da patologia adolescência) e decadência dos valores morais.

"O mundo virou uma grande feira de sexo, com explosão de adultério, divórcio, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, aborto, prostituição, pornografia, estupro, perversão e **gravidez na adolescência** (ênfase nossa)". (LINS 1999).

Apesar de o conhecimento a respeito da adolescência e dos adolescentes (assim como a respeito da gravidez e maternidade na adolescência e das adolescentes grávidas e mães) ser ainda restrito e fragmentado, a comunidade científica em geral e os organismos internacionais compartilham da mesma visão negativa da sociedade em geral.

Documentos publicados pela OMS (WHO 1975, OMS 1989) e pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS (OPAS 1987, 1990) ao longo das três últimas décadas traduzem um discurso de atenção integral à saúde do adolescente enraizado no paradigma biológico e centrado do conceito de

risco. Em consonância com a proposta social da OMS e da OPAS, em 1989 o Ministério da Saúde do Brasil define as diretrizes, objetivos e estratégias para a implementação do Programa Saúde do Adolescente - PROSAD (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1989, 1993). Tendo como objetivo nortear a saúde pública através de propostas oficiais, normalizadoras da atenção à saúde de jovens de 10 a 19 anos e dirigidas a profissionais no nível primário de atenção à saúde, o PROSAD se constitui enquanto um discurso político (GROSSMAN 1995). Fragmentando sua proposta de atenção integral, o PROSAD define áreas consideradas prioritárias de atuação: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, trabalho, cultura, esporte e lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1989).

Assim, a gravidez na adolescência é abordada pelas instituições oficiais como problema de saúde pública, e as intervenções preconizadas se baseiam no enfoque de risco, em que a adolescência é fator de risco e a adolescente faz parte de um grupo de risco.

Merece destaque a ênfase dada pelo PROSAD à sexualidade e à saúde reprodutiva, com propostas de normas e procedimentos voltados para o apoio à adolescente e à adolescente gestante e para a pouca (senão ausente) atenção à mãe adolescente.

BRANCO (1997) critica o rótulo de “problema”, e considera que esta visão reducionista da gravidez na adolescência gera posturas rígidas e

preconceituosas entre os próprios profissionais de saúde, o que contribui para expor essas adolescentes a riscos adicionais, hostilizá-las nos serviços e desvirtuar os objetivos das ações educativas.

Segundo CUNHA e MONTEIRO (1998), a adolescente está no meio do processo de capacitação profissional, e é desejável que ela complete sua formação, integre o mercado de trabalho e, só a partir desse momento, colabore gerando a prole que irá garantir a continuidade de seu grupo social.

Em consonância com esta perspectiva, a Sociedade Brasileira de Pediatria, através do Comitê de Adolescência, em convênio com o Ministério da Saúde, elabora em 2001 o Guia de Adolescentes, material de educação continuada dirigido a pediatras. No capítulo de Atendimento da Adolescente Grávida (pág. 52), o guia propõe, dentre outras atividades, que os serviços de saúde resgatem

“....sempre a auto-estima dessas adolescentes, na tentativa de que haja retomada do projeto de vida (volta à escola, ao trabalho, ao lazer);....”

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2001).

A gravidez na adolescência, segundo o discurso dos órgãos oficiais e das sociedades científicas é, então, fruto de problemas emocionais e constitui um empecilho para a adolescente cumprir sua função social. De acordo com FURTADO (1979), porque impediria a adolescente de se lançar no mercado de trabalho e evoluir na profissão, comprometendo a estrutura financeira da família, a gravidez na adolescência vem constituindo questão prioritária para

o Estado nestes últimos anos.

1.2. CONSENSO E CONTROVÉRSIAS:

Alguns resultados conflitantes dos estudos acima mencionados podem ser devidos a questões metodológicas (presença de viéses). No entanto, as controvérsias acerca da gravidez/maternidade na adolescência também se fundamentam na adoção pelos pesquisadores de diferentes paradigmas de referência. Em busca da objetividade, os estudos baseados no paradigma biomédico isolam o fenômeno em estudo do seu contexto e testam hipóteses a partir de teorias preestabelecidas. Tentam definir e entender um adolescente universal e atemporal. Mas os adolescentes não constituem um grupo monolítico, e a gravidez/maternidade na adolescência não é uma questão unitária. Para jovens de diferentes idades e circunstâncias de vida, o significado da gravidez e da maternidade não é o mesmo (HAYES 1987), e os valores, normas e expectativas que influenciam suas atitudes variam imensamente. Suas capacidades de estabelecer metas na vida e avaliar oportunidades e riscos são muito diferentes.

Independentemente do paradigma de referência, algumas tendências emergem dos diversos estudos em relação à gravidez / maternidade na adolescência:

- está aumentando em números absolutos e relativos particularmente entre jovens de 10 a 14 anos;
- é considerada problema de saúde pública;

- estudos iniciais hiperestimaram as conseqüências negativas da gravidez/maternidade na adolescência;
- as conseqüências sócio-econômicas e educacionais são parcialmente devidas a diferenças preexistentes entre as adolescentes que ficaram grávidas e aquelas que não ficaram grávidas;.
- os programas de saúde pública, normativos e fragmentados estão baseados no enfoque de risco;
- a literatura a respeito de gravidez na adolescência é mais vasta do que sobre a mãe adolescente e seu filho;
- a gravidez e maternidade na adolescência constituem tema ainda polêmico e sujeito a controvérsias;
- apesar do volume de conhecimento acumulado nas últimas década a respeito das conseqüências da gravidez/maternidade na adolescência, ainda pouco se conhece a respeito da experiência da maternidade sob a perspectiva da própria adolescente.

A literatura biomédica nacional é carente em investigações sobre a mãe adolescente e seu filho. Estudos que explorem aspectos subjetivos, tais como opiniões, valores e atitudes de mães adolescentes a respeito da sua vivência da maternidade são particularmente raros. A consulta às bases bibliográficas MEDLINE (1966 a 2000), LILACS (34ª edição) e POPLINE (até dezembro de 1998) não identificou trabalhos publicados em língua portuguesa nesta área e com este enfoque. No entanto, pesquisas com este objetivo são necessárias para ampliar nosso conhecimento a respeito das

circunstâncias de vida dessas jovens e de seus possíveis cursos de vida, a fim de permitir melhor compreensão das motivações e necessidades de mães adolescentes, possibilitando avaliar não somente a necessidade de intervir, mas quando, onde e como melhor intervir.

2. OBJETIVOS:

A hipótese que inspira esta pesquisa é que o significado da maternidade não é único para jovens mães adolescentes e que dentre estas adolescentes podem ser identificados diferentes padrões de opiniões e expectativas em relação à vivência da maternidade.

2.1. PRINCIPAL:

Este estudo tem por objetivo explorar e desvendar os diferentes padrões de opiniões e vivências da maternidade em jovens mães que ficaram grávidas entre os 10 e os 14 anos de idade, assim como identificar problemas e/ou estratégias encontradas. Através da aplicação da Metodologia Q, pretende contribuir para um melhor entendimento das circunstâncias de vidas destas jovens e de suas atitudes frente à maternidade e, assim, colaborar com subsídios para o planejamento de intervenções na área da Saúde do Adolescente.

2.2. SECUNDÁRIO:

Este estudo pretende também introduzir a Metodologia Q no âmbito das ciências da saúde em nosso meio *.

* Embora não indexado na base LILACS com o descritor *Q-Sort*, foi possível recuperar um trabalho publicado na Revista de Saúde Pública (Balduino MA e Lessa ZL. A Técnica Q como instrumento de medida na área da educação em saúde. *Rev Saúde Pública* 1986; 20(1): 37-61). A análise do texto, entretanto, revela que a técnica Q foi utilizada sem obedecer aos princípios metodológicos da Metodologia Q de Stephenson.

3. MÉTODOS:

3.1. NOSSO INTERESSE PELA METODOLOGIA Q:

Sou pediatra há 23 anos, com especialização em Saúde Pública. Trabalho em duas instituições de ensino superior no Rio de Janeiro e, em ambas, desempenho atividades voltadas à pesquisa em saúde materno-infantil.

Em 1994, como aluna do Programa *Master in Health Professions Education* do *Department of Medical Education, University of Illinois at Chicago (DME-UIC)*, EUA, fui apresentada aos princípios, métodos e técnicas que baseiam o uso da Metodologia Q pelo Prof. Dr. Robert Mrtek. Sob sua orientação, e utilizando esta nova abordagem metodológica, desenvolvi como dissertação de mestrado um estudo a respeito das opiniões e expectativas de médicos de família do interior do Estado de Illinois em relação às características de uma revista médica ideal[†]. Os resultados do estudo ampliaram o conhecimento sobre o assunto e apontaram para a necessidade de diferentes estratégias de educação médica continuada.

A Metodologia Q é particularmente útil na abordagem de temas em que há controvérsia e em que a subjetividade desempenha um papel importante. Desta forma, acredito que o uso da Metodologia Q no estudo de alguns aspectos da maternidade na adolescência poderá contribuir para o esclarecimento de muitos aspectos ainda obscuros e conflitantes e levantar

[†] Rural Physicians' Perceptions of Quality in Medical Journals". Anais de "Abstracts" da 34th Annual Research in Medical Education Conference, Washington, DC, EUA, p. 56, 1995.

novas hipóteses.

3.2.A METODOLOGIA Q:

3.2.1. Introdução:

A Metodologia Q foi introduzida por William Stephenson (1902-1989 - PhD em Física pela Universidade de Durham e em Psicologia pela Universidade de Londres) em 1935 (STEPHENSON 1935a, 1935b). É voltada para o estudo sistemático da subjetividade humana, ou seja, "...a comunicação de uma pessoa de seu próprio ponto de vista..." (McKEOWN e THOMAS 1988) e, para tal, utiliza princípios qualitativos e quantitativos de investigação científica. Segundo STEPHENSON (1969), a subjetividade é auto-referente, baseada no padrão interno de referência da pessoa, e a Metodologia Q torna possível a observação da estrutura e da forma da subjetividade humana, sem a utilização de definições operacionais prévias de parâmetros ou variáveis, mas com uma derivação *a posteriori* do comportamento subjetivo do indivíduo (STEPHENSON 1969; McKEOWN e THOMAS 1988). A Metodologia Q pretende desvendar a diversidade subjetiva encontrada entre os indivíduos.

Apresentada ao mundo científico há mais de 60 anos, a Metodologia Q não pode ser considerada uma estratégia nova ou inovadora. Em 1986, a literatura sobre Q somava mais de 1500 estudos (BROWN 1986). No entanto, é ainda pouco conhecida pela comunidade científica nacional e internacional, e seus princípios metodológicos são muitas vezes

erroneamente reduzidos aos procedimentos técnicos (técnica Q ou análise fatorial invertida). Para Stephenson, era de fundamental importância fazer uma clara distinção entre a técnica Q, o método Q e a Metodologia Q. Enquanto sua metodologia envolve princípios filosóficos, psicológicos, lógicos e experimentais (STEPHENSON 1953), a técnica Q é um dos procedimentos operacionais (o uso de *Q-Sorts*, em oposição ao uso, por exemplo, de escalas ou questionários) e o uso de análise fatorial e análise de variância definem o método Q (BROWN 1980).

Inicialmente restrita ao campo da pesquisa comportamental em Psicologia (McKEOWN 1984), nas últimas décadas a Metodologia Q tem sido amplamente utilizada nas ciências sociais e nas mais diversas áreas, tais como: comunicação (STEPHEN 1985), ciências políticas (BROWN 1982; GARGAN e BROWN 1993), saúde (LARSON 1984; DENNIS e GOLDBERG 1996) e educação médica (WIGGER e MRTEK 1994; BARBOSA e col. 1998).

Em 1977, o periódico *Operant Subjectivity*, voltado para a divulgação de artigos relacionados à Metodologia Q, começa a ser publicado com regularidade. Nos anos 90, com a criação da *International Society for the Scientific Study of Subjectivity*, *Operant Subjectivity* é adotado como sua revista oficial. Esta sociedade organiza encontros científicos anuais desde 1985, com o propósito de discutir as implicações e a aplicabilidade das idéias de Stephenson nas mais diversas áreas. A partir de 1992, um grupo de discussão se desenrola via Internet (endereço para inscrição:

listserv@listserv.kent.edu), e, em abril de 2001, o website www.qmethod.org é inaugurado. Pacotes estatísticos específicos já foram desenvolvidos, sendo um deles de domínio público: “QMethod Program” (ATKINSON 1992), disponível para versão PC no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.rz.unibw-muenchen.de/~p41bsmk/qmethod>.

3.2.2. Referencial teórico:

Stephenson critica a visão mecanicista e fragmentada da ciência newtoniana, que divide o mundo em duas partes isoladas: o mundo da ciência (objetivo, real) e o mundo da vida (subjetivo). Na sua visão, ao privilegiar os fatos e a objetividade para uma aproximação da realidade, a inferência dedutiva e reducionista de POPPER (1959) desconsidera o fator humano e considera toda e qualquer subjetividade como aleatória e acidental (STEPHENSON 1978). Discorda também da exclusão da subjetividade do indivíduo na tradição behaviorista, que se caracteriza pelo estudo objetivo do comportamento humano (a partir do ponto de vista externo do observador) (STEPHENSON 1953).

Por suas posições contrárias aos referenciais teóricos dominantes em sua época, Stephenson foi classificado como pós-positivista, pós-behaviorista e contrário à ciência. No entanto, ele próprio classificou sua posição filosófica como “postulatory-dependency”, em contraste com o paradigma hipotético-dedutivo, cujos princípios norteavam todos os testes psicométricos em uso (testes de medidas de habilidade mental, temperamento, inteligência etc.).

Ao mesmo tempo em que criticava as limitações do modelo convencional hipotético-dedutivo, Stephenson se alinhava com algumas idéias de Wittgenstein, Schlick e Feigl (STEPHENSON 1953). Por esta razão, muitos o classificaram como positivista.

Segundo Stephenson, a subjetividade no contexto da Metodologia Q não se sustenta na Fenomenologia, uma vez que o que realmente lhe interessa é o que a pessoa tem a dizer, diretamente, sem qualquer inferência do observador. Segundo outros autores, a Metodologia Q se aproxima de algumas tradições baseadas na modelagem de textos, como a hermenêutica, o deconstrutivismo e a análise de discurso, mas introduz procedimentos e medidas diferentes no processo de análise e interpretação (GARGAN e BROWN 1993).

Stephenson assinala as similaridades entre a Metodologia Q e a teoria quântica: ambas utilizam a mesma modelagem matemático-estatística e, enquanto a teoria quântica refere-se a estados da matéria, Q refere-se a estados de pensamentos - *states of mind*. Da mesma forma, os fatores da metodologia Q são indeterminantes e não se pode predizer com certeza exatamente como os fatores irão emergir, nem tampouco sua forma ou estrutura (STEPHENSON 1980; BROWN 1986).

Analogias também têm sido referidas entre alguns princípios da Metodologia Q e temas da pós-modernidade, tais como: oposição à objetividade da modernidade; ênfase na auto-referência e no discurso, fragmentação, com perda de texto e contexto e ganho de intertextualidade; verdades

consideradas como questões subjetivas, relativas, indeterminadas e imprevisíveis (GELULA 1997; GROSSWILER 1997)

3.2.3. Princípios teóricos:

As seguintes premissas fornecem as bases teóricas da Metodologia Q (STEPHENSON 1978):

- o "eu" subjetivo está no centro de todo o significado e os sentimentos estão na origem da subjetividade;
- medidas objetivas e observações podem, a princípio, ser feitas por qualquer pessoa (ou mecanicamente, por um aparelho); medidas e observações a respeito da subjetividade da própria pessoa só podem ser feitas por ela mesma, a partir de sua própria estrutura interna de referência;
- a subjetividade é comunicada através da linguagem de sentimentos e opiniões, mais do que de fatos;
- os sentimentos se expressam num *continuum*, e não em categorias;
- se o propósito é captar os sentimentos subjetivos do sujeito, não é apropriado avaliar e comparar os aspectos individuais com as médias de grupos. A estrutura subjacente dos aspectos subjetivos pode, entretanto, ser investigada e esclarecida através do estudo de um grupo de indivíduos que compartilham pontos de vista em comum, um grupo de cada vez.

3.2.4.A Metodologia Q - estratégia privilegiada para o estudo da subjetividade:

De um modo geral, na literatura biomédica, o estudo de padrões de opiniões, percepções, expectativas, problemas e barreiras é feito através do uso de métodos objetivos, tais como questionários com perguntas fechadas ou escalas.

Nos questionários, o investigador quantitativo parte muitas vezes de definições operacionais prévias, baseadas em categorias preestabelecidas, e busca respostas às perguntas que ele dirige aos sujeitos do estudo. Desta forma, coloca os sujeitos do estudo dentro dos limites da sua própria estrutura conceitual. Os resultados assim obtidos são relatados em percentuais agregados ou em subgrupos arbitrariamente escolhidos, o que freqüentemente mascara a individualidade de cada sujeito. Assim, métodos quantitativos tradicionais, quando aplicados em estudos qualitativos, muitas vezes não conseguem explicar as questões que estão sendo investigadas. O investigador só é forçado a exceder os limites da sua estrutura original quando os dados insistentemente se comportam de forma inesperada. Poucas têm sido as tentativas de examinar o mundo a partir de um ponto interno do sujeito (BROWN 1980).

Com o uso de escalas de atitudes, o investigador comportamental pretende medir (indiretamente) determinadas características (traços), que representam atitudes e sentimentos. Os componentes x, y e z são declarados propriedades do traço A (p.ex., depressão); as frases X, Y e Z

são construídas e submetidas a testes de validade e confiabilidade; e a escala é administrada aos sujeitos do estudo. A escala XYZ é a definição operacional de A, ou seja, A é definido operacionalmente por XYZ. Se, por exemplo, o sujeito responde positivamente à escala XYZ, ele é considerado, por definição, possuidor de determinada atitude (BROWN 1980).

Segundo Stephenson, no entanto, a linguagem é por natureza simbólica e auto-referente, e a relação que um indivíduo tem com suas próprias palavras é totalmente diferente de uma outra pessoa. Para cada pessoa, cada combinação de palavras é capaz de carregar um amplo espectro de significados. Quando o sujeito responde a um item numa escala, o significado que ele dá à sua resposta pode diferir em aspectos importantes do sentido assumido pelo observador (STEPHENSON 1969) .

Numa escala, o teste é construído contendo assertivas de ambos os extremos e cada respondente é avaliado através de uma média, criando a falsa impressão de um *continuum* da esquerda para a direita, enquanto em realidade trata-se de um artefato de técnica, que reflete o método de coleta de dados. Assim, os resultados da análise estatística dos escores de uma escala podem não avançar no conhecimento, uma vez que, quando chamado a interpretar os resultados, o investigador é forçado a retornar à construção original da escala, que foi sobreposta ao comportamento sob estudo. As definições operacionais limitam o comportamento, substituindo o significado do sujeito pelo do investigador, e o pesquisador acaba estudando mais os limites do que o próprio comportamento. O problema é quando mais

de um ponto de vista ocorre na amostra, especialmente se estes pontos de vista são discordantes. Não há oportunidade de ordenação e tenta-se capturar os sentimentos do respondente, comparando-os com algum padrão. Muitas vezes os dados são apresentados sob a forma de distribuição de frequências, e, porque algumas ou a maior parte das células têm pequeno número de respondentes, o pesquisador acaba combinando categorias de respostas, desperdiçando informação (BROWN 1980).

No entanto, os principais argumentos contra as definições operacionais são que, muitas vezes, elas são desnecessárias e, freqüentemente não fornecem resultados úteis que possam representar avanços no conhecimento. Seria pouco útil fazer uma pergunta a alguém ou submetê-lo a uma escala se uma decisão já foi tomada sobre o significado de sua resposta.

Segundo a Teoria da Comunicação de Stephenson, conversar, discutir e outros comportamentos verbais que se dão no cotidiano social da vida relacionam-se com nossos interesses e situação social. Este tipo de comunicação situa-se na interface subjetiva das circunstâncias que envolvem o indivíduo (como o “eu” sente e vive estas circunstâncias) e não no universo não-subjetivo de fatos exteriores. Desta forma, este tipo de comportamento é subjetivo e operante. Subjetivo porque o ponto de vista de cada pessoa não é certo ou errado; é simplesmente o seu ponto de vista. É operante (e não operacional), porque existe naturalmente num determinado ambiente (STEPHENSON 1969).

Assim, segundo Stephenson, questionários e escalas não seriam os

métodos mais adequados para o estudo da subjetividade, uma vez que introduzem definições e idéias *a priori*.

“ What is required instead is the respondent’s own ideas and patterns of mind, as operants, untouched by the behavioral scientist.”

(STEPHENSON 1969).

De acordo com essa teoria, a Metodologia Q é a estratégia de escolha para o estudo da subjetividade.

3.2.5. O método Q:

O uso de métodos e técnicas de correlação e análise fatorial no estudo do comportamento humano é produto do avanço na teoria estatística alcançado por Karl Pearson e Charles Spearman no fim do século XIX e início do século XX. A técnica R, ou seja, a aplicação do coeficiente de correlação de Pearson ao estudo de relações entre variáveis (traços ou características), tem sido o método de uso mais predominante.

Em julho de 1935, Sir Godfrey Thompson propõe correlacionar pessoas ao invés de medidas, e sugere o uso da letra “Q” para diferenciar do “R” de Pearson (a serem denominados neste estudo simplesmente Q e R). Ao mesmo tempo, e de forma independente, Stephenson caminha na mesma linha teórica. Havia, entretanto, uma diferença conceitual básica entre os dois pesquisadores fatoriais. Enquanto Thompson buscava diferenças interpessoais, em que cada indivíduo, de forma independente, era testado através de uma bateria de testes, Stephenson buscava diferenças de

significado “intra-individuais”, o que foi aceito com reservas pela comunidade acadêmica de fatorialistas (BROWN 1980).

A distinção entre pessoas e características nos métodos R e Q levou muitos estatísticos à conclusão de que o método Q nada mais seria do que a análise fatorial R invertida. A controvérsia Q-R se mantém até os dias atuais, e a maior parte dos livros de estatística e estudos que utilizam a técnica de análise fatorial invertida têm por base as idéias de Thompson e seus sucessores, e não as de Stephenson (BROWN 1980, 1982; McKEOWN e THOMAS 1988).

No método R, os casos são registrados nas linhas da matriz e correspondem aos indivíduos (a, b, c,...n); as variáveis medidas são registradas nas colunas e correspondem às características (ou traços) destes indivíduos (A, B, C, ...N) (Tabela 3). A correlação resume as relações entre as variáveis e a análise fatorial revela os grupos de características estatisticamente diferentes. As unidades de medida das variáveis são centralizadas por coluna, ou seja, os escores apresentam a mesma unidade de medida da característica estudada. Os fatores representam grupos de características estatisticamente diferentes, que se relacionam com constructos complexos.

Tabela 3 - Distribuição de N traços em n pessoas.

Pessoas	Traços				
	A	B	C	...	N
a	aX_A	aX_B	aX_C	...	aX_N
b	bX_A	bX_B	bX_C	...	bX_N
c	cX_A	cX_B	cX_C	...	cX_N
$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$	...	$\vdots$
n	nX_A	nX_B	nX_C	...	nX_N

Fonte: Brown, 1980.

Na método Q, as pessoas passam a ser as variáveis em estudo. Na transposição da matriz, os indivíduos são representados nas colunas (A , B , C , ..., N) e características são representadas nas linhas (Tabela 4). Desta forma, os atributos de cada linha apresentam a mesma unidade de medida, e não as colunas. As colunas agora consistem de escores, cuja distribuição estatística não é mais centralizada em volta de uma unidade de medida comum.

Tabela 4 - Distribuição de N pessoas em n traços.

Traços	Pessoas				
	A	B	C	...	N
a	aX_A	aX_B	aX_C	...	aX_N
b	bX_A	bX_B	bX_C	...	bX_N
c	cX_A	cX_B	cX_C	...	cX_N
$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$	...	$\vdots$
n	nX_A	nX_B	nX_C	...	nX_N

Fonte: Adaptado de Brown, 1980.

No entanto, correlação e análise fatorial assumem no mínimo linearidade, e, nesta situação, não existe qualquer linearidade em cada variável, uma vez que as unidades de medida são diferentes (BROWN 1980). Esta questão metodológica inviabilizou por muitos anos o uso do método Q enquanto mera análise fatorial invertida. Foi Stephenson quem estabeleceu uma fundação psicométrica mais segura ao método de “fatoriar pessoas”, propondo uma solução para a questão da unidade de medida:

“All observations in Q-technique are premised on a common unit of measurement, namely, “self-significance”. (STEPHENSON 1935b)

As características que compõem a matriz Q estão centralizadas em volta de uma média de significado psicológico, ou seja, “a importância para mim”. Assim, frases como $A > B$ ou vice-versa agora passam a ter um significado para propósitos de mensuração, e a premissa de linearidade é satisfeita. As variáveis em estudo (indivíduos) podem ser submetidas a correlação e análise fatorial. Em função deste uso incomum da análise fatorial, o método é também chamado de análise fatorial “por pessoa”.

3.2.6. Etapas para a realização de um estudo Q:

A. Elaboração do *concourse of ideas*:*

A primeira etapa para a realização de um estudo é a elaboração de uma lista ampla, diversa e abrangente de opiniões, sentimentos e idéias relativos ao

* As etapas relativas à realização de um estudo Q e à análise fatorial que, na literatura consultada, não encontram tradução para o português foram mantidas em seu original na língua inglesa (em itálico).

tema em estudo, o *concourse of ideas* (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Segundo Stephenson, o *concourse of ideas* é a distribuição contínua do fluxo corrente de opiniões e idéias relativas a qualquer assunto que configuram a conversação corriqueira, e cabe à Metodologia Q revelar os vetores do pensamento que estruturam este “*concourse*” (STEPHENSON 1969).

Esta lista é gerada a partir de: entrevistas, literatura, diários, observação, atividades de grupo para a geração de idéias (grupo focal, grupo nominal, tempestade de idéias, TV, jornais) etc. O *concourse of ideas* representa a gama de opiniões e sentimentos, ambos positivos e negativos, sobre o assunto em questão. Os itens de um “concourse” não devem ser fatos, mas expressões auto-referentes de sentimentos e opiniões subjetivas a respeito de um assunto, em linguagem natural e corriqueira (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

B. Seleção do Q-sample:

A partir da lista, procede-se à seleção de uma amostra representativa, mas não necessariamente exaustiva, de frases (*Q-sample*). Estas amostras são representações dos contextos de comunicação e devem, assim, representar as principais idéias e opiniões. O número de itens na amostra deve ser suficiente e com a maior variedade possível de opiniões, a fim de permitir que pessoas com pontos de vista bastante diferentes consigam ordená-los

sem dificuldades. Esta ordenação permite a “visualização” da subjetividade do indivíduo, e somente será considerada válida se representar adequadamente as opiniões do sujeito sobre o tema em questão. Desta forma, validade em Q está relacionada com o grau de satisfação que o respondente sente em relação à acurácia da representação dos seus sentimentos pela ordenação dos itens (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

A amostra tipicamente tem entre 20 e 100 sentenças. Embora amostras bem maiores já tenham sido utilizadas, estudos apontam que os resultados, expressos pelo número de fatores ou grupos de atitudes, não se modificam quando a amostra é pequena, desde que represente de forma abrangente as idéias existentes sobre o tema. As amostras Q podem ser selecionadas de duas formas: seleção estruturada e não estruturada. As amostras estruturadas são montadas de forma sistemática, a partir da identificação de categorias de significado, e permitem que hipóteses sejam testadas, com a incorporação de considerações hipotéticas na amostra. Na amostragem não estruturada, os investigadores escolhem o número de itens que abrangem os aspectos conhecidos sobre o assunto e eventualmente acrescentam alguns itens que não apareceram no “*concourse*”. Nesta abordagem, o investigador deve estar alerta à possibilidade de viéses, com a hipo ou hiper representação de alguns componentes. (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

C. Ordenação (Q-Sorting):

Na etapa seguinte, é necessário o desenvolvimento de uma métrica para a descrição das opiniões subjetivas dos respondentes em relação às sentenças. Para que o estudo da subjetividade seja possível, é importante considerar a premissa de que, em determinado momento, todo indivíduo tem uma posição definida em relação a um determinado assunto e também de que esta posição pode ser representada pela ordenação dos itens da amostra Q. O fato de que opiniões mudam ao longo do tempo permite que, em vários momentos, outros estudos Q sejam conduzidos com os mesmos indivíduos e a mesma amostra (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

É através da ordenação Q (Q-Sorting) que o indivíduo modela e revela o seu ponto de vista, ou seja, através da ordenação dos itens da amostra Q ao longo de um *continuum* ("mais gosta" / "mais concorda" / "acredita ser mais importante" num extremo até "menos gosta" / "menos concorda" / "acredita ser menos importante" no outro extremo), em função de uma condição de instrução. A condição de instrução nada mais é do que uma assertiva que contextualiza a situação para a ordenação dos itens, como por exemplo: "Ordene os itens de acordo com o seu sentimento (sua opinião) em relação a..." (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Os estudos podem ser classificados em:

a) Em função da condição de instrução:

retrospectivos - p. ex.: Como você se sentia a respeito deste assunto há um ano?;

prospectivos - o processo pode ser repetido após uma intervenção, o que permite avaliar a mudança de atitude em um grupo ou um único indivíduo.

b) Em função da unidade de estudo:

extensivos - com o estudo de vários indivíduos;

intensivos - diferentes condições de instrução são apresentadas ao mesmo indivíduo para a mesma amostra Q; p.ex.: Como você se sente em relação a este assunto? Como você acha que sua mãe se sente? E seu companheiro? E seu médico?).

Cada sentença que compõe a amostra Q é registrada, ao acaso, em um pequeno cartão numerado. Os cartões numerados são apresentados ao respondente e este é instruído a operar de acordo com a condição de instrução. O respondente é, então, solicitado a ler todas as frases nos cartões e separá-las em 2 pilhas: uma com os itens com os quais concorda, e outra com aqueles dos quais discorda. Não é necessário que as pilhas contenham o mesmo número de cartões (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Um diagrama de uma escala invertida com distribuição forçada quasi-normal (Figura 1) é apresentada aos respondentes. A escala pode se estender de

+3 a -3, ou +4 a -4, ou +5 a -5, dependendo do número de sentenças. A distribuição é simétrica em torno do centro, mas geralmente mais achatada do que uma distribuição normal. Tanto a amplitude quanto o formato da distribuição são arbitrários, não têm efeito na análise estatística, e podem ser modificados de acordo com a conveniência. Os extremos desta distribuição representam opostos polares em um *continuum* de sentimentos pessoais em relação às frases selecionadas. Posições intermediárias representam sentimentos menos fortes, neutralidade ou ambivalência. Além disso, o padrão quasi-normal da distribuição responde às exigências estatísticas da análise fatorial (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

O sujeito é, então, instruído a, na pilha com os cartões com os itens com os quais concorda, selecionar aquele(s) com o(s) qual(is) concorda mais intensamente. Este(s) deverá(ão) ser colocado(s) na coluna mais extrema à esquerda na escala invertida (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998). No exemplo da Figura 1, o sujeito deveria selecionar as 3 frases que mais correspondem ao seu ponto de vista e colocá-las sob a coluna da extrema esquerda (*mais concordo*).

[illegible]

Durante o processo de *Q-Sorting*, o respondente deve constantemente avaliar e pesar o significado de cada frase em relação a todas as outras. Assim, é durante este processo que, sob a condição de instrução, o sujeito

arruma as sentenças de forma a melhor modelar o seu ponto de vista, permitindo uma sintonia fina dos sentimentos subjetivos (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

A seguir, o respondente é instruído a voltar sua atenção para a pilha com as frases das quais discorda, selecionando o(s) item(n)s que, dentre todos, discorda mais intensamente e colocando-o(s) sob a coluna da extrema direita. Os mesmos passos relativos às colunas da esquerda são repetidos no lado direito da escala até que todas as frases de discordância estejam posicionadas da direita para a esquerda (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Os itens que sobram após o preenchimento de todas as colunas positivas e negativas são colocados no marco intermediário (neutro). O respondente é livre para trocar as frases e rearranjá-las, de forma que a ordenação final melhor represente seu ponto de vista. Cada coluna deverá conter o número exato de itens indicados na distribuição (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Ao término do processo de ordenação, o respondente anotará os números dos cartões correspondentes nas células do diagrama (um número em cada célula). Os “Q-Sorts” são, então, coletados e analisados (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

D. Entrada de dados:

A análise fatorial “por pessoa” pode ser realizada com o uso de qualquer pacote estatístico que proceda à análise fatorial. No entanto, para a identificação de grupamentos de pessoas em fatores, os *Q-Sorts* são as variáveis, e os casos são as frases do *Q-sample* ordenadas pelo respondente. Pacotes estatísticos específicos, que facilitam a entrada dos *Q-Sorts* e todo o processo de rotação dos eixos e cálculo dos escores dos fatores, foram desenvolvidos, conforme mencionado anteriormente (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Quando se usa o programa específico de análise, o processo de entrada dos dados se inicia com a informação sobre a estrutura do estudo. Inicialmente, o texto com os itens do *Q-sample* é digitado e a estrutura do *Q-Sort* é especificada (escala), o que inclui o número de linhas e colunas. Cada *Q-Sort* de cada respondente é digitado. O computador checa a soma aritmética final de cada entrada (que deve ser igual a zero) e notifica o digitador a respeito de qualquer número (item) que esteja faltando ou em duplicata. Uma vez que o *Q-Sort* é digitado, ele é mostrado na tela como uma distribuição quasi-normal, possibilitando a verificação da correção dos números no *Q-Sort* (ATKINSON 1992).

E. Análise de dados:

O processo inicial de análise de dados produz uma tabela de intercorrelação entre os *Q-Sorts*, a matriz de correlação *Q*. Esta matriz é submetida a

análise fatorial por pessoa (método centróide ou análise por componentes principais), e os fatores são extraídos. Após a extração dos fatores, uma tabela, que lista o grau de correlação de cada *Q-Sort* com cada um dos fatores que não sofreram rotação, é criada. Esta tabela descreve os *loadings* de cada respondente em cada um dos fatores. Cada *loading* é avaliado. Se um fator que emerge tem pequenos graus de correlação com os *Q-Sorts* (ou *eigenvalues* menores do que a unidade), este pode ser eliminado. Neste ponto, pode ser necessária a rotação dos eixos através do espaço fatorial, na busca de uma solução simples e passível de interpretação. Uma aproximação para a estrutura simples pode ser obtida através da rotação varimax. Para obter maior simplificação da estrutura fatorial, o investigador pode ainda realizar rotações manuais. É importante enfatizar que a rotação dos eixos, matemática ou manual, não modifica as relações estruturais existentes entre os dados. A rotação simplesmente possibilita a visão e descrição da estrutura fatorial sob diversos ângulos. Desta forma, não há soluções rotacionais certas ou erradas. Cada uma possibilita um grau de interpretação. Em geral, o investigador tenta várias soluções, variando as rotações e o número de fatores consolidados, avaliando cada solução individualmente quanto à clareza de sua descrição e interpretação. Quando o processo de rotação é finalizado, o programa exige a identificação pelo investigador dos *Q-Sorts* específicos que têm maior peso num só fator. Estes *Q-Sorts* protótipos definem um fator em particular (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Na dependência do contexto do estudo e de seus objetivos, alguns conceitos inerentes à análise fatorial R, tais como *eigenvalues*, variância percentual e o número de sujeitos que definem o fator e seus *loadings*, podem ou não ser elementos importantes na análise Q dos dados (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Os *loadings* podem ser elevados devido ao número reduzido de assertivas ou porque o *Q-sample* é constituído de frases muito simples, sem riqueza de idéias. Neste caso, os fatores extraídos podem refletir somente o óbvio, que é de pensamento comum a todos, sem explorar respostas mais interessantes e diversas. Por outro lado, assertivas muito elaboradas podem requerer um pensamento mais sofisticado e provocar respostas idiossincráticas, com baixos *loadings*, porém com mais significado. Em algumas situações, o interesse do pesquisador é na subjetividade de uma pessoa em particular que, sozinha, pode vir a constituir um fator (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Quando a intenção do estudo é identificar padrões de atitudes ou valores (como é o caso desta pesquisa), além dos *loadings*, o número de sujeitos que tem *loadings* elevados num determinado fator também deve ser levado em consideração no processo de seleção final e interpretação dos dados. O número destes sujeitos é elemento importante para o cálculo da confiabilidade do fator. Este coeficiente está envolvido no cálculo do erro padrão dos escores dos fatores e do erro padrão da diferença entre os fatores (que avalia se os escores dos fatores são significativamente

diferentes entre os fatores). Estes valores são automaticamente calculados pelo pacote estatístico PQMethod e fornecidos para interpretação no produto final, de acordo com os seguintes algoritmos:

$$r_{xx} = \frac{0,80p}{1 + (p - 1)0,80}$$

, onde:

r_{xx} – confiabilidade do fator

p – número de pessoas definindo o fator

0,80 – coeficiente de confiabilidade teste/re-teste

$$SE_{fm} = S_x \sqrt{1 - r_{xx}}$$

, onde:

SE_{fm} – erro padrão para cada um dos escores dos fatores

S_x – desvio padrão do Q-Sort (=1)

r_{xx} – confiabilidade do fator

F. Interpretação dos resultados:

A posição relativa de cada frase ao longo de um eixo multidimensional ordenado é calculada com um *factor score* de cada um dos fatores identificados, criando um Q-Sort de síntese para cada fator. Ou seja, escores dos fatores são essencialmente z-escores para cada frase no Q-sample que podem ser reconvertidos numa *factor array*, correspondendo aos valores da

mesma escala utilizada no *Q-Sort* original. Os escores com valores acima de +1,0 e abaixo de -1,0 são considerados importantes para a compreensão da “mensagem do fator”. Estes *Q-Sorts* de síntese são expressos numa tabela de escores dos fatores, que representa o grau de concordância para cada item do *Q-sample* no fator em particular (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

A partir dessa informações, categorias descritivas sobre atitudes podem ser induzidas a partir dos escores dos fatores das frases em cada fator. Esta etapa interpretativa é crucial, e a participação dos diversos colaboradores do estudo é importante para dar significado aos fatores obtidos. Inicialmente, as sentenças características de cada fator são identificadas pelos seus escores mais altos ou mais baixos para cada fator. Estas frases determinam as expressões mais importantes de opinião (“gosto/não gosto”, “concordo/discordo”) para a definição de cada grupo de atitudes.

Informações adicionais podem ser obtidas pelo estudo cuidadoso dos escores dos fatores de cada frase em cada fator resultante, independente do escore - positivo, negativo ou neutro (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

Entrevistas posteriores com sujeitos do estudo cujos escores em um fator sejam elevados podem acrescentar informações importantes a respeito daquele ponto de vista. Alguns respondentes podem ter *loadings* num único fator e constituem o que se denomina “os definidores de fatores”. Outros respondentes compartilham graus diversos de *loading* em dois ou mais

fatores (pontos de vista). Os grupos de atitudes identificados em um estudo utilizando a Metodologia Q não revelam a prevalência deste ponto de vista numa população maior. Ocasionalmente, é importante prestar atenção especial a alguns fatores, mesmo definidos por poucos *Q-Sorts*, quando estes representam as opiniões ou sentimentos de indivíduos de particular importância no contexto do assunto em estudo: líderes, pessoas-chave etc. (McKEOWN e THOMAS 1988; BARBOSA e col. 1998).

3.2.7. Os vieses na Metodologia Q:

A liberdade que cada respondente tem em rearranjar os itens do *Q-Sort*, imputando-lhe um significado pessoal até que o arranjo final represente de forma adequada (segundo sua própria opinião) o seu ponto de vista pessoal a respeito do tema em estudo é a base da validade e robustez da Metodologia Q. Este enfoque é totalmente diferente do preenchimento de um questionário, selecionando opções de escolha limitada a respeito de frases escritas por investigadores que podem não ver o problema da mesma forma que os respondentes (BARBOSA e col. 1998, McKEOWN e THOMAS 1988, BROWN 1980).

No entanto, esforços devem ser dirigidos para identificar vieses em potencial e minimizá-los. Na Metodologia Q, o termo “validade” diz mais respeito à possibilidade de que o respondente represente seu ponto de vista a partir das frases a ele apresentadas no *Q-sample*. Esta informação pode e deve ser checada através de uma pergunta ou de uma entrevista após o

preenchimento da escala invertida (BARBOSA e col. 1998, McKEOWN e THOMAS 1988, BROWN 1980).

A fim de limitar a ocorrência de vieses, algumas estratégias devem ser seguidas pelo investigador interessado em conduzir um estudo Q (BARBOSA e col. 1998, McKEOWN e THOMAS 1988, BROWN 1980):

- A. na condição de instrução devem ser evitadas situações artificiais, que forcem os respondentes a basear suas opções a partir de um referencial teórico;
- B. o *Q-sample* deve ser abrangente, amplo e diverso, a fim de permitir uma representação adequada de todas as idéias principais observadas no *concourse of ideas*;
- C. a condição de instrução deve ser específica, a fim de guiar o respondente a modelar seus sentimentos subjetivos no *Q-Sort*;
- D. os respondentes devem ser selecionados com base na sua suposta diversidade de sentimentos, opiniões e atitudes, num esforço de revelar o mais possível a respeito da estrutura básica da subjetividade.

Em relação ao processo de rotação dos eixos e interpretação dos resultados, a adequação de uma determinada solução reside na sua capacidade de simplificar a estrutura do fator. Tudo o que traz significado indutivo ao investigador é considerado adequado, ou seja, resultante de uma rotação apropriada. Nenhuma generalização, em termos de frequência de

ocorrência do evento, é adequada. Da mesma forma, não se afasta a possibilidade de que outros pontos de vista existam numa população maior (BARBOSA e col. 1998, McKEOWN e THOMAS 1988, BROWN 1980).

Em síntese, a Metodologia Q se propõe à identificação de grupos de indivíduos baseada inteiramente na similaridade de suas atitudes em relação a um tema, revelando a diversidade subjetiva que pode ser encontrada entre as pessoas. Numa fase posterior, a partir das frases extremas que compõem os fatores identificados, questionários ou escalas (tipo Likert) poderiam então ser construídos, permitindo a determinação da prevalência desses pontos de vista em amostras representativas da população.

3.3. LOCAL E SUJEITOS DE ESTUDO:

3.3.1. Aspectos Éticos:

O projeto desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo em reunião ordinária de 07/12/1999.

3.3.2. Procedimentos:

Em período de seis a 24 meses após o parto, foram explorados os aspectos subjetivos relativos à vivência da maternidade em adolescentes que ficaram grávidas quando tinham de 10 a 14 anos de idade. A escolha deste período se fez porque é somente após decorridos seis meses do parto que o papel materno está bem definido e diminui o apoio da rede social (MERCER 1985).

Foram elegíveis para o estudo as mães com as características acima, primíparas ou não. Os critérios de exclusão foram: mães adolescentes com patologias crônicas (diabetes, lúpus etc.) ou com filhos com doenças graves (p. ex.: paralisia cerebral, síndromes genéticas, cardiopatias congênitas etc.), uma vez que estas características possivelmente modificam a percepção da maternidade que é objeto deste estudo.

Optou-se por realizar este estudo em unidades públicas de saúde que prestam assistência à criança, e não no nível comunitário, não somente pela facilidade de acesso, mas sobretudo pelas condições de segurança pública. Esta estratégia limitou a população de estudo a um grupo selecionado de jovens mães, ou seja, àquelas que têm acesso aos serviços ambulatoriais de saúde.

Após contatos administrativos necessários, foram selecionadas quatro unidades do Sistema Único de Saúde que prestam atendimento ambulatorial à criança no Município do Rio de Janeiro:

- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro: ambulatório materno-infantil em hospital universitário (onde a autora desempenha suas atividades docente-assistenciais);
- Posto de Assistência Médica (PAM) Madre Tereza de Calcutá da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: ambulatório de puericultura e de pediatria em unidade de atenção primária;

- PAM Rodolpho Rocco da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: ambulatório de pediatria e pronto-atendimento em unidade de grande porte;
- Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land (UISHL) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: ambulatório integrado de assistência à adolescente grávida e puérpera e a seu filho em unidade de atenção primária.

A escolha dessas unidades de saúde foi feita não somente por conveniência (facilidades, contatos pessoais), mas também com a finalidade de garantir uma amostra mínima de participantes do estudo, com diversidade de opiniões e experiências.

A partir das informações obtidas em contatos iniciais com profissionais de saúde que prestam atendimento a adolescentes ou assistência pediátrica nessas unidades, esperava-se que adolescentes elegíveis fossem facilmente identificadas. No entanto, após quatro visitas infrutíferas ao PAM Madre Tereza de Calcutá e ao PAM Rodolpho Rocco, em horários e dias diversos, a coleta de dados limitou-se ao IPPMG e à UISHL.

O Ambulatório Materno-Infantil do IPPMG presta assistência pré-natal a mulheres moradoras da Área Programática 3.1 (AP 3.1) e a pacientes de risco, encaminhadas por outras unidades de saúde. Desenvolve um programa especial voltado para gestantes adolescentes, que moram tanto na AP 3.1 quanto em outras áreas do município e em municípios vizinhos.

Após o parto, a quase totalidade dos bebês é atendida no mesmo ambulatório, no setor pediátrico. Em setembro de 1999, cerca de 18 mães com idades entre 11 e 16 anos tinham seus bebês sendo acompanhados nesse setor.

A UISHL está situada na comunidade de Cidade de Deus, área carente de Jacarepaguá, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro (AP 4). Fundado em 1992, o Programa de Assistência Multidisciplinar à Mãe e à Gestante Adolescente dessa unidade presta assistência integral a adolescentes grávidas e puérperas através de atendimento individualizado e em grupos. No mesmo dia em que é realizada a consulta de puericultura, com acompanhamento dos filhos das adolescentes, é realizado o atendimento em grupo e o seguimento do planejamento familiar pelo pediatra (FAGIM e col. 1998).

3.4. A COLETA DE DADOS:

3.4.1. Elaboração do *concourse of ideas*:

Para a elaboração do *concourse of ideas*, foram colhidas opiniões e idéias a partir de grupos focais realizados com adolescentes de 10 a 14 anos e mães adolescentes de 10 a 16 anos, da literatura especializada e da mídia.

Foram realizados quatro grupos focais. O processo foi áudio-gravado e as fitas foram posteriormente transcritas, analisadas e destruídas. As seguintes perguntas foram apresentadas aos grupos:

- “O que você gosta e não gosta de fazer?”;
- “O que você considera importante na sua vida?”;
- “Como é a sua vida agora?”;
- “Como você espera que seja a sua vida no futuro?”

Dois grupos focais foram realizados em setembro de 1998 com adolescentes de 10 a 14 anos, estudantes de duas escolas públicas de primeiro grau.

Para ambos, foram feitos contatos com os diretores das escolas, que foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e à atividade proposta. Nas salas de aula, apresentou-se o estudo aos alunos e solicitou-se a participação voluntária. Às adolescentes interessadas foi requisitado consentimento por escrito dos responsáveis (Anexo 1) e, somente após o “de acordo”, foi realizada a atividade de grupo.

Em janeiro de 1999, foram realizados outros dois grupos focais com mães adolescentes cujos bebês eram atendidos no Ambulatório Materno-Infantil do IPPMG. Foram feitos contatos telefônicos e por carta; os objetivos do estudo foram detalhados e foi solicitada a participação voluntária. No dia agendado para a atividade, foi solicitado consentimento informado e os custos de transporte foram ressarcidos.

A partir das atividades de grupo, da literatura e da mídia, foram identificadas 87 opiniões a respeito da adolescência e da maternidade na adolescência (Anexo 2). Foram inicialmente identificadas as seguintes categorias de

significado: **culpa, perdas e medo**. Para a montagem do *Q-sample*, buscou-se aliar a variedade de opiniões com facilidade de procedimentos, levando em conta a idade e nível de escolaridade do grupo em estudo. O processo de seleção das assertivas foi submetido à apreciação de um observador independente, familiarizado com as etapas da Metodologia Q.

Procurou-se montar uma amostragem estruturada em que as três categorias de significado estavam representadas de forma homogênea, através da seleção de seis frases que buscavam representar a dimensão polar de cada categoria. Desta forma, o *Q-sample* foi estruturado com 36 frases (Anexo 3).

3.4.2. Coleta de dados propriamente dita:

A coleta de dados se deu no período de agosto a dezembro de 2000. As adolescentes foram identificadas na triagem e nas salas de espera do Ambulatório Materno-Infantil do IPPMG e nos grupos de mães adolescentes da UISHL. O processo de coleta de dados constou de dois procedimentos distintos: uma entrevista inicial e a ordenação das frases.

Após a obtenção do Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo 4), as mães adolescentes foram solicitadas a proceder à ordenação dos 36 cartões, a partir da condição de instrução:

“A partir da sua experiência de vida, como é ser mãe na sua idade?”

Foram, então, apresentadas à escala invertida, reproduzida em tamanho ampliado, semelhante à dos tabuleiros de jogos de salão. Este procedimento visou não somente facilitar a visualização do processo, como também dar à

experiência um aspecto lúdico e descontraído. Durante o processo de ordenação, as adolescentes foram estimuladas a mudar a posição dos cartões o quanto quisessem, a fim de que a posição final melhor representasse o seu ponto de vista. Com a ajuda da adolescente, ao término da ordenação, os números entre parênteses ao final de cada frase foram cuidadosamente reproduzidos pela entrevistadora na escala do formulário de coleta de dados (Anexo 5).

Neste momento já havia sido estabelecido um vínculo de confiança e descontração entre a adolescente e a entrevistadora e procedeu-se, então, a entrevista. As respostas foram anotadas em formulário próprio, impresso no verso da escala semi-invertida (Anexo 6).

As perguntas da entrevista buscaram descrever as condições de vida da adolescente e seu filho, a fim de fornecer subsídios para a interpretação dos resultados:

perfil demográfico: nome, endereço completo, telefone para contato, idade da adolescente, do pai da criança e do lactente;

perfil sócio-econômico-familiar:

- composição familiar: descrição do núcleo familiar no domicílio (pai da criança, outro parceiro, família original. etc.);
- situação conjugal: com ou sem união conjugal;
- situação de domicílio: dependente (com mais de uma família no mesmo domicílio) ou independente (próprio ou alugado);
- escolaridade: se ainda estuda ou não; última série completada;

- trabalho: se trabalha com remuneração ou não, tipo de atividade e renda;
- renda familiar: número de provedores; renda familiar e renda *per capita*;

história de gravidez/parto e neonatal:

- número de gestações e paridade;
- realização de exame pré-natal e número de consultas; intercorrências;
- tipo de parto; intercorrências;
- tempo de amamentação exclusiva

sexualidade:

- idade da primeira relação sexual;
- ter companheiro ou namorado no momento atual;
- ter vida sexual;
- uso de método contraceptivo e tipo de método.

A última pergunta buscou a síntese objetiva da experiência da maternidade na vida da adolescente:

“Sua vida hoje é melhor ou pior do que antes de ficar grávida?

Por quê?”

3.5. A ANÁLISE DOS DADOS:

O perfil das adolescentes foi inicialmente analisado através de uma abordagem descritiva (médias e proporções de suas características sócio-demográficas), utilizando-se para tal o programa EPIINFO (versão 6.0b), de

domínio público.

Para a análise fatorial das opiniões das adolescentes a respeito das vivências da maternidade, foi utilizado o programa PQMethod (versão 2.09). Optou-se pela extração de fatores através do método de Análise por Componentes Principais (PCA). Os fatores com *eigenvalues* acima de 1,00 foram considerados significativos e a rotação destes fatores foi realizada através do método varimax e de rotação manual, a fim de obter uma solução simples e passível de interpretação.

4. RESULTADOS:

Na realização deste estudo, foi possível observar que, em pelo menos cinco importantes serviços de saúde materno-infantil que prestam assistência direta ou indiretamente à adolescente na cidade do Rio de Janeiro, a população elegível para esta pesquisa (mães de bebês entre seis e 24 meses de idade, que ficaram grávidas com idade de 10 a 14 anos) é dispersa e consideravelmente menor do que referem os profissionais que prestam atendimento nestas unidades. Alguns serviços organizam-se para o atendimento diferenciado destas gestantes no pré-natal, com dias e horários especiais, e com atividades de grupos. Com a exceção da UISHL, o mesmo tipo de organização não é observado na atenção à adolescente após o parto ou na atenção ao filho de adolescente nas demais unidades de saúde. Desta forma, a captação de jovens elegíveis para este estudo se deu a partir da população materno-infantil geral atendida nos ambulatórios de pediatria, e foi tarefa árdua e demorada.

No total foram abordadas 22 jovens elegíveis. Duas delas (ambas na UISHL) recusaram-se a participar do estudo e 20 mães adolescentes foram entrevistadas: 15 no IPPMG e cinco na UISHL.

O processo de *Q-sorting* e entrevista se deu antes da consulta médica, com a presença da adolescente e seu filho e da entrevistadora, em local silencioso, previamente arrumado com mesa e cadeiras. Em algumas ocasiões foi necessária a ajuda de acompanhante para o cuidado da criança, uma vez que esta solicitava a atenção da mãe e impedia a

realização da coleta de dados. Todo o processo transcorreu sem dificuldades de comunicação e durou cerca de 30-40 minutos para cada adolescente. Ao término de cada entrevista a jovem mãe era reapresentada ao seu *Q-sort* e solicitada a realizar, se necessário, qualquer alteração até que uma solução final melhor representasse sua opinião.

Devido a dificuldades logísticas, após a análise dos resultados não foi possível recontatar as adolescentes que, sozinhas, definiam um fator (*Q-sorts* nº 6 e 7) e a adolescente *mixed loader* (*Q-sort* nº 16), que apresentou *loadings* significativos em dois fatores (vide Tabela 6).

A partir dos dados do setor de matrícula e agendamento, observa-se que as 15 adolescentes entrevistadas no IPPMG correspondem a cerca de 85% das jovens elegíveis atendidas no Ambulatório Materno-Infantil. Já na UISHL, segundo informações verbais, as cinco jovens entrevistadas correspondem a cerca de 50% das adolescentes elegíveis acompanhadas no serviço. Os dados gerais e de cada unidade de saúde estão descritos abaixo e sintetizados nos Anexos 7 e 8.

A descrição das características das adolescentes tem por objetivo traçar um retrato geral do grupo estudado e fornecer subsídios para a interpretação dos resultados, sem pretensão de generalizá-los. Da mesma forma, a descrição do perfil das jovens mães em cada unidade de saúde tem também como propósito verificar se foi alcançada a diversidade de experiências que era pretendida ao se realizar o estudo em diferentes unidades de saúde.

4.1. ANÁLISE DESCRITIVA:

4.1.1. Resultados globais:

A maior parte das adolescentes (70,0%) residia no Município do Rio de Janeiro; as outras jovens eram oriundas de municípios da periferia.

A média de idade das adolescentes foi $15,0 \pm 0,5$ anos, sendo que a mais jovem entrevistada tinha 14 anos de idade; a média de idade do pai da criança foi $20,3 \pm 3,8$ anos e a da criança foi $11,6 \pm 5,8$ meses. A diferença entre as médias de idade da adolescente e do pai da criança foi cerca de 5,3 anos. A média de idade da primeira relação sexual foi $12,5 \pm 0,5$ anos.

A maior parte das adolescentes não morava com o pai de seu filho (60,0%), mas residia em domicílio familiar independente (60,0%) e próprio (80,0%).

Cerca de 40,0% das jovens mães estavam estudando e metade das adolescentes havia tido pelo menos seis anos de educação formal.

Nenhuma adolescente trabalhava no momento. A renda familiar média era R\$ $570,00 \pm 322,00$, o que correspondia a cerca de 3,7 salários-mínimos (SM) vigentes. A renda *per capita* média foi de R\$ $129,40 \pm 83,30$, que correspondia a aproximadamente 0,9 SM, acima portanto do nível de pobreza (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS 2001).

Para 75,0% das jovens esta havia sido sua primeira gravidez. Foram relatados quatro abortamentos prévios, um espontâneo e três provocados.

Todas haviam feito acompanhamento pré-natal, mas somente 60,0% tinham

tido seis ou mais consultas. Cerca de 25,0% das adolescentes referiram intercorrências durante o período pré-natal. O parto foi cesáreo em 45,0% dos casos, e 40,0% das jovens referiram intercorrências no período perinatal, principalmente doença hipertensiva da gravidez e prematuridade. Trinta por cento das crianças tinham peso ao nascimento abaixo de 2 500g, e a mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias.

A maior parte das jovens estava namorando/tinha companheiro (75,0%) e 80,0% referiam vida sexual. A grande maioria fazia uso de algum método anticoncepcional (85,0%), sendo a pílula o principal método de escolha (76,5%), seguido pelo uso isolado do condom (17,6%).

A maior parte das adolescentes (70,0%) referiu que sua vida é pior hoje do que antes de ficar grávida.

4.1.2. No IPPMG:

No IPPMG, foram entrevistadas 15 adolescentes. Nove moravam no município do Rio de Janeiro, sendo sete no Complexo da Maré (conjunto de várias comunidades carentes, com áreas urbanizadas e áreas de favela), e seis eram oriundas de municípios da Baixada Fluminense (Região Metropolitana). A diferença das médias de idade entre as adolescentes e os pais de seus filhos foi de cerca de 5 anos; enquanto a idade média das adolescentes foi $15,0 \pm 0,5$ anos, a dos pais das crianças foi $20,2 \pm 3,8$ anos. As crianças tinham em média $11,7 \pm 6,3$ meses de idade. Ao engravidarem, as adolescentes tinham $12,9 \pm 0,4$ anos.

Sete adolescentes residiam com os pais de seus filhos; onze delas moravam em domicílios independentes, ou seja, constituídos por um único núcleo familiar; a residência era própria na maior parte dos casos (73,3%).

Oito das quinze adolescentes estavam freqüentando a escola, cinco delas em série compatível com a idade (14-15 anos cursando a 8ª série e 15-16 anos cursando a 1ª série do ensino médio) e quase todas (seis) moravam no Município do Rio de Janeiro. Das sete adolescentes que haviam abandonado os estudos, cinco moravam em municípios da Região Metropolitana, e três delas, ao largar a escola, estavam em série compatível com a idade.

Na maior parte dos domicílios (nove), mais de uma pessoa respondia pela provisão da família. A renda familiar média foi de R\$ 640,00 $\pm$ 340,00, correspondendo a cerca de 4,3 SM vigentes. A média de pessoas convivendo no mesmo domicílio foi de 4,7 $\pm$ 2,9 pessoas e, desta forma, a renda *per capita* média aproximada foi de quase um SM vigente (R\$ 148,00 $\pm$ 86,40).

Esta foi a primeira gravidez para doze adolescentes, sendo que uma delas teve parto gemelar. Duas jovens relataram abortamentos provocados em gestação anterior. Uma jovem, logo após um aborto espontâneo, planejou e levou a termo nova gravidez com o mesmo parceiro. Outra jovem, com 16 anos, era mãe de um bebê de quase dois anos e outro de três meses (do mesmo companheiro de 31 anos). Na segunda gestação, não fez exame

pré-natal, o parto foi cesáreo e o bebê foi prematuro. Mãe e bebê foram diagnosticados com sífilis e receberam tratamento (a criança ficou internada durante 28 dias). O pai da criança, no entanto, recusou-se a fazer o exame e o tratamento.

Para a gravidez alvo do estudo, todas fizeram exame pré-natal, mas somente nove das quinze adolescentes compareceram a seis ou mais consultas. Cinco adolescentes relataram intercorrências durante a gravidez: ameaça de abortamento/parto prematuro (duas), hiperemese necessitando internação (uma), condiloma acuminado (uma) e anemia (uma).

Em oito jovens o parto foi cesáreo (53,3%). Sete adolescentes relataram intercorrências no período perinatal, sendo que prematuridade foi a mais freqüente (cinco partos prematuros, não incluído o parto gemelar), seguida de pré-eclâmpsia (em três jovens). Quarenta por cento das crianças tinha peso ao nascimento abaixo de 2500g e a mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias.

A primeira relação sexual foi por volta dos 12 anos de idade ($12,4 \pm 0,5$ anos). Doze adolescentes tinham namorado (ou companheiro) e onze delas referiram atividade sexual no momento. A jovem cujo marido recusava-se a realizar exame e tratamento para sífilis relatou não estar se relacionando sexualmente com seu parceiro desde o nascimento do segundo filho. Todas as doze adolescentes faziam uso de algum método anticoncepcional: dez usavam pílula, uma fazia uso de hormônio injetável e somente uma relatou

uso de condom.

Dez adolescentes responderam que se não tivessem ficado grávidas suas vidas seriam mais simples e melhores. Alegaram que teriam menos responsabilidades e mais liberdade, mais tempo para diversão e estudo; não teriam que renunciar ou dividir. Duas delas chegaram a lamentar a solidão e a falta de amigos, além das dificuldades emocionais e familiares que estão enfrentando. Três jovens, entretanto, referiram ter hoje mais liberdade, menos conflitos familiares e mais alegria em suas vidas. Apesar de reconhecerem a carga de trabalho e responsabilidade, a vida ficou melhor após o nascimento de seus filhos. Duas jovens relataram não ter havido mudança substancial em suas vidas com a maternidade, com perdas e ganhos equilibrados.

4.1.3. Na UISHL:

Na unidade da Cidade de Deus, foram entrevistadas cinco adolescentes, todas moradoras da comunidade.

Todas as adolescentes tinham 15 anos de idade, e a idade média dos pais das crianças foi $20,4 \pm 4,3$ anos, mantendo uma diferença etária de cerca de cinco anos. As crianças tinham em média $11,2 \pm 4,1$ meses de idade. Desta forma, quando engravidaram, as adolescentes tinham em média $13,0 \pm 0,0$ anos.

Somente uma adolescente residia com o pai de seu filhos e em domicílio independente; as outras quatro moravam em domicílios constituídos por

mais de uma família, e a residência era própria em todos os casos.

Nenhuma jovem freqüentava a escola, e somente uma delas, ao largar a escola, estava em série compatível com a idade.

Nenhuma adolescente desempenhava atividade profissional remunerada e em quatro domicílios somente uma pessoa era o provedor da família. A renda familiar média foi R\$ 352,00 $\pm$ 50,00, correspondendo a cerca de 2,3 SM da época. A média de pessoas convivendo do mesmo domicílio foi 5,8 $\pm$ 2,6 pessoas. Assim, a renda *per capita* média aproximada foi de menos de meio SM vigente (R\$ 72,00 $\pm$ 37,50).

Esta foi a primeira gravidez para três adolescentes. Duas jovens relataram abortamentos provocados em gestação anterior.

Para esta gravidez, todas fizeram exame pré-natal, sendo que duas adolescentes compareceram a menos de seis consultas. Nenhuma jovem relatou intercorrências durante a gravidez.

O parto foi cesáreo para uma adolescente, que relatou ameaça de parto prematuro e pré-eclâmpsia. Nenhuma criança nasceu com peso inferior a 2500g, e a mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 120 dias.

Todas as adolescentes tiveram sua primeira relação sexual aos 13 anos. Três tinham namorado (ou companheiro) no momento, e todas referiram atividade sexual. Todas faziam uso de algum método anticoncepcional: três

usavam pílula e duas, condom.

Quatro adolescentes responderam que, se não tivessem ficado grávidas, suas vidas seriam mais simples e melhores. Alegaram que teriam mais liberdade, menos responsabilidades, a vida seria mais fácil, mais despreocupada, poderiam estudar, trabalhar fora e ajudar no sustento da família. Uma jovem relatou que sua vida não se modificou substancialmente com a maternidade, uma vez que os problemas que enfrentava agora eram os mesmos de antes.

4.1.4. Diferenças entre os grupos:

Podem ser observadas algumas diferenças entre os dois grupos de adolescentes entrevistadas, que dizem respeito às seguintes dimensões e variáveis:

- **situação sócio-econômica:** morar com o companheiro (pai da criança), em domicílio independente; estar estudando no momento; renda per capita no domicílio;
- **situação de saúde:** intercorrências durante o pré-natal, tipo de parto, intercorrências durante o parto, peso do bebê ao nascimento; tempo de aleitamento materno exclusivo.

Os dados sugerem que as adolescentes entrevistadas na UIS Hamilton Land provêm de meio mais carente que as do IPPMG, com menor escolaridade, menor renda familiar e, provavelmente, com menos apoio familiar (em

relação ao pai da criança). Por outro lado, as da Cidade de Deus parecem constituir um grupo de menor risco em termos biológicos, em concordância com os diferentes perfis assistenciais das duas unidades de saúde (serviço universitário de referência – IPPMG – e unidade primária de saúde localizada em comunidade carente - UISHL). Desta forma, as diferenças observadas parecem refletir diversidade nas experiências de vida, conforme o pretendido na composição da amostra estudada.

4.2. ANÁLISE FATORIAL:

Os principais procedimentos e os resultados da análise fatorial realizada pelos programa PQMethod estão descritos no Anexo 9.

Tendo sido *a priori* satisfeita a premissa de linearidade (conforme descrito no item 3.2.5.), foi inicialmente avaliado o ajuste dos dados para a análise fatorial através do KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) e do BTS (*Bartlett Test of Sphericity*), com os seguintes resultados obtidos no programa SPSS for Windows (versão 6.2.1):

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy = 0,59274

Bartlett Test of Sphericity = 472,11140, *Significance* = 0,00000

Apesar de a adequação dos dados para a análise fatorial não ser ideal (KMO=0,59), a hipótese de não haver correlação entre as variáveis foi afastada (BTS com $P < 0,01$), possibilitando a continuidade da análise.

Após a análise por componentes principais, foram extraídos cinco fatores com *eigenvalues* acima do valor unitário que, juntos, explicavam cerca de

74,0% das variações das medidas originais.

Após a rotação varimax e a rotação manual, no nível de significância estatística de $P < 0,01$, foram considerados significativos os *loadings* maiores que 2,58 vezes o erro padrão (SE), ou seja, *loadings* com valores acima de 0,43, de acordo com o cálculo abaixo:

$$SE = \frac{1}{\sqrt{N}} = \frac{1}{\sqrt{36}} = 0,17 \quad , \text{ onde:}$$

SE = erro padrão

N = número de assertivas (*Q-sample*)

$$\text{Loadings significativos} = 0,17 \times 2,58 = 0,43$$

Foram finalmente extraídos quatro fatores com pelo menos um *loading* maior ou igual a 0,43. A correlação entre os quatro fatores está descrita na Tabela 5 e os baixos coeficientes de correlação ($r < 0,5$) sugerem fraca associação entre eles. Desta forma, os quatro fatores podem ser considerados como formas qualitativamente diferentes e independentes de percepção da vivência da maternidade nas 20 adolescentes estudadas.

Tabela 5 – Coeficientes de correlação (r) entre os quatro fatores.

Fatores	I	II	III	IV
I	1,00	0,15	0,34	0,44
II	0,15	1,00	0,03	0,18
III	0,35	0,03	1,00	0,16
IV	0,44	0,18	0,16	1,00

Na Tabela 6, estão descritos os *loadings* em cada fator, alguns dados relativos ao perfil sócio-econômico-familiar e a percepção de cada adolescente de sua vida atual. Pode-se observar que todas as 20 adolescentes apresentaram *loadings* excedendo a significância estatística ($P < 0,01$). Dezenove Q-Sorts foram *pure loaders*, ou seja, tiveram cargas em somente um dos quatro fatores extraídos, e a adolescente nº 16 foi um *mixed loader* (com *loadings* significativos nos Fatores I e III). Quatorze adolescentes definiram o Fator I e quatro definiram o Fator II. Os Fatores III e IV foram definidos por somente uma adolescente cada.

Em função do pequeno número de Q-Sorts, não é possível especular a respeito de tendências na distribuição das dimensões descritas.

Tabela 6 – Distribuição das adolescentes quanto aos *loadings* nos fatores extraídos (em números aproximados), renda per capita (em SM), escolaridade, situação conjugal e percepção da qualidade de vida atual, Rio de Janeiro, 2000 ($N=20$).

QSORT		FATORES				Renda per capita	Ainda estuda?	Moradia	Sua vida hoje?	Unidade
		1	2	3	4					
3	RRC1	0,81	-0,26	0,15	0,02	2,8	Não	Sim	Pior	IPP
20	RSG	0,81	-0,10	0,22	0,15	2,0	Não	Sim	Igual	IPP
8	RRC2	0,76	0,17	0,11	0,18	2,5	Sim	Não	Pior	IPP
13	WSS	0,74	0,14	0,24	0,04	0,5	Não	Não	Pior	UIS
10	ACF	0,71	0,34	0,08	0,18	0,7	Não	Sim	Pior	IPPI
4	LRB	0,71	0,08	0,23	0,05	0,5	Sim	Não	Melhor	IPPI
14	VMC	0,71	0,24	0,19	0,37	0,3	Não	Não	Pior	UIS
19	CST	0,71	0,09	0,11	0,39	0,9	Não	Sim	Pior	UIS
17	APS	0,66	0,16	0,08	0,12	2,3	Sim	Não	Igual	IPPI
16	ASL	0,66	0,36	0,46	0,15	0,7	Sim	Sim	Melhor	IPPI
9	DVM	0,65	0,06	0,11	0,22	2,3	Sim	Não	Pior	IPPI
15	DA	0,64	0,21	0,28	0,21	0,5	Não	Não	Igual	UIS
12	JCPN	0,62	0,23	0,20	0,12	0,7	Não	Sim	Pior	IPPI
11	ICF	0,59	0,38	0,16	0,10	0,7	Não	Não	Pior	IPPI
1	JAAS	0,19	0,71	0,04	0,42	0,7	Não	Sim	Pior	IPPI
5	SPM	0,35	0,65	0,35	0,09	2,2	Sim	Não	Pior	IPPI
2	PLAA	0,10	0,65	0,16	0,34	0,9	Sim	Não	Pior	IPPI
18	DSD	0,43	0,58	0,05	0,37	0,3	Não	Não	Pior	UIS
7	JSB	0,20	0,02	0,88	0,09	0,5	Sim	Não	Melhor	IPPI
6	NVG	0,30	0,21	0,06	0,83	0,4	Não	Não	Pior	IPPI

Loadings $\geq 0,43$ são estatisticamente significativos ($P < 0,01$)

A partir da análise dos escores dos fatores e das comparações entre os fatores, foi possível induzir as seguintes categorias descritivas:

4.2.1. O Fator I:

Quatorze jovens mães compõem o Fator I. Treze Q-Sorts são definidores e correspondem às seguintes adolescentes: RRC1, RSG, RRC2, WSS, ACF, LRB, VMC, CST, APS, DVM, DA, JCPN, ICF. A jovem ASL apresentou *loadings* significativos nos Fatores I e III (*mixed loader*), ou seja, pode estar apresentando uma atitude confusa ou de transição. O Fator I responde por 37,0% da variância total, sua confiabilidade é elevada ($r_{xx}=0,982$), e o erro padrão dos escores dos fatores é 0,132.

O Q-Sort protótipo que define o Fator I assume a seguinte distribuição:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
8	16	13	2	1	3	7	17	4
20	29	22	9	5	6	11	18	30
28	35	24	15	10	19	14	26	31
		34	21	12	25	33		
			23	27	36			
				32				

As assertivas que representam o Fator I estão listadas abaixo, sendo marcadas com um asterisco aquelas que o distinguem dos outros fatores (significância - $P<0,05$):

Nº Assertiva	Fatores			
	I	II	III	IV
Escores dos fatores				
*4 Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	-1	0	1
30 A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	4	-2	2	3
31 É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	4	1	3	0
*8 Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	-4	-2	-1	-1
20 Às vezes dá vontade de sumir. Não vai ser...pra me segurar	-4	4	-3	-2
28 Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	-4	2	2	-2
17 O importante é poder trabalhar ... ser independente	3	3	0	1
18 A saúde do neném preocupa se vai crescer sem problemas	3	2	1	0
26 A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	3	0	2	0
16 Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	-3	2	-3	-2
29 Logo que o neném nasce dão atenção. Depois fica sozinha	-3	-2	4	-3
35 Ficam olhando como se a gente não fosse normal	-3	-1	-4	-3

Os resultados acima sugerem que a adolescente que se define neste fator tem uma vivência positiva e enriquecedora em relação à maternidade (# 4, 20, 30), com ganhos emocionais efetivos (# 30, 26) e afirmação da auto-estima (# 8, 35). Assume plenamente o papel socialmente esperado de mãe (orgulhosa do filho, responsável e preocupada) e de adulta, reconhecendo a importância de sua independência financeira (# 31, 18, 17). A passagem de filha/adolescente para mãe/adulta parece se fazer sem traumas, medos, ressentimentos, sobrecargas ou sensação de perdas (# 28, 16, 29). Ao contrário, a maternidade parece vir preencher um espaço vazio de afeto (#30, 26). Não percebe dificuldades em relação ao seu grupo social, pelo qual parece ser aceita e apoiada (#20, 28, 29, 35). Sua vida parece estar centralizada na figura de seu filho e o que ele representa, uma vez que este está presente, de forma positiva, em quase todas as assertivas.

Para fins de discussão, a adolescente que compõe o Fator I será denominada **Satisfeita com a maternidade / Dependente do afeto do filho**.

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

marido desde o último parto, porque este transmitiu-lhe sífilis e não quer se tratar.

Observa-se, no entanto, que todas as adolescentes que referiram que a vida hoje é melhor ou igual a antes da gravidez encontram-se agrupadas no Fator I, com exceção de JSB que define o Fator III, conforme descrito mais abaixo.

4.2.2. O Fator II:

Quatro Q-Sorts definem o Fator II, respondendo por 12,0% da variância total:

JAAS, PLAA, SPM e DSD. A confiabilidade do Fator II foi elevada

($r_{xx}=0,941$), e o erro padrão dos escores dos fatores foi 0,243.

A distribuição do Q-Sort protótipo que define o Fator II é:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
6	5	8	4	7	3	16	1	2
21	13	10	14	12	9	18	17	11
24	27	29	15	19	22	28	33	20
		30	32	23	31	36		
			35	25	34			
				26				

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

Nº Assertiva	Fatores			
	I	II	III	IV
Escores dos fatores				
** 2 Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	-1	4	-4	-3
11 O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	2	4	0	0
**20 Às vezes dá vontade de sumir. Não vai ser homem pra me..	-4	4	-3	-2
6 A gente fica mais bonita, mais mulher	1	-4	-1	1
21 Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	-1	-4	0	-4
* 24 É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia este	-2	-4	-3	1
1 Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	0	3	2	-1
17 O importante é poder trabalhar ... ser independente	3	3	0	1
33 Ser mãe não é tão difícil.....depois pega o jeito	2	3	3	3
5 O corpo muda muito, não volta mais não	0	-3	3	-1
13 É a maior falação... Dá muita raiva e vergonha	-2	-3	-2	4
**27 A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	0	-3	1	4

As assertivas abaixo, mesmo com baixos z-escores no fator (entre parênteses), também distinguem o Fator II dos outros fatores, com significância estatística - $P < 0,05$ (* = $P < 0,01$):

Nº Assertiva	Fatores			
	I	II	III	IV
Escores dos fatores				
* 16 Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	-3	2 (0,78)	-3	-2
9 Quando percebe que esta grávida..o mundo vai acabar	-1	1 (0,78)	-1	-1
22 Na hora de transar é bom, depois a gente paga	-2	1 (0,49)	4	-2
34 As pessoas esperam que seja adulto mas é criança	-2	1 (0,21)	-2	3
* 30 A vida ganha mais sentido..alguém pra gente cuidar	4	-2 (-0,89)	2	3

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

desejada no momento (#24). Percebe a necessidade de independência (# 17) e não se ressentido de pressão social (# 13). No Fator II, o desejo/ necessidade de independência parece significar mais um desejo de fuga do que representar maturidade, como no Fator I. As necessidades e carências estão no centro da existência do Fator II, e não a relação com o outro (filho, parceiro, família, vizinhos).

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

A adolescente que define o Fator II será denominada **Deprimida / Estressada**.

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

4.2.3. O Fator III:

O Fator III é definido basicamente por uma adolescente (JSB) e é responsável por 8,0% da variância do modelo. Conforme descrito acima, ASL é *mixed loader* neste fator, porém com menor intensidade do que no Fator I. Por esta razão, a confiabilidade do Fator III está prejudicada ($r_{xx}=0,800$), e o erro padrão dos escores dos fatores é elevado ($SE_{fm} =$

0,447). Desta forma, os resultados devem ser interpretados com cautela, por tratar-se de fator ainda incipiente.

A distribuição do Q-Sort protótipo que define o Fator III é:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
3	16	12	6	4	7	1	5	19
4	20	13	8	10	18	26	31	22
35	24	15	9	11	25	28	33	29
		34	23	14	27	30		
			36	17	32			
				21				

As assertivas que representam o Fator III estão listadas abaixo, sendo marcadas com um asterisco aquelas que o distinguem dos outros fatores em nível de significância $P < 0,01$:

		Fatores			
		I	II	III	IV
Nº	Assertiva	Escores dos fatores			
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais.. amor	1	0	4	2
**22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga	-2	1	4	-2
**29	Logo que o neném nasce..maior atenção... Depois	-3	-2	4	-3
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, vontade de chorar	-1	4	-4	-3
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	1	1	-4	1
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	-3	-1	-4	-3
** 5	O corpo muda muito, não volta mais não	0	-3	3	-1
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	4	1	3	0
33	Ser mãe não é tão difícil..depois pega o jeito	2	3	3	3
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	-3	2	-3	-2
20	Às vezes dá vontade de sumir....pra me segurar	-4	4	-3	-2
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia	-2	-4	-3	1

A assertiva abaixo, mesmo com baixo z-escore (entre parênteses), também distingue o Fator III dos outros fatores, com significância estatística - $P < 0,05$:

		Fatores			
		I	II	III	IV
Nº	Assertiva	Escores dos fatores			
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	1	2	-1 (-0,43)	2

A adolescente que se define no Fator III parece vivenciar a maternidade de

forma positiva (# 31, 2) como uma experiência que traz maior aproximação e atenção do núcleo social (família), que os aceita (mãe e filho) e acolhe (# 19, 35, 29); ressentir-se da diminuição da atenção familiar que ocorre após os primeiros meses após o nascimento do bebê (# 29). Assume as consequências da sua vida sexual (maternidade) com certa culpa (# 22), mas sem arrependimentos, talvez com certa intencionalidade (# 3). As perdas não são muito importantes (o corpo muda, mas a juventude permanece), não há fragilidade nem depressão (# 5, 16, 20), mas outra gravidez não é desejada (# 24). Não percebe o papel de mãe como um desafio ou dificuldade e tem experiências positivas no contato com seu filho (# 33, 31). As relações da adolescente com seu núcleo familiar/social e seu filho constituem o centro da sua experiência na maternidade. Independência, planos e preocupações com o futuro não estão representados (# 11, 17).

JSB voltou a estudar e, na entrevista (assim como ASL - *mixed loader*), referiu que sua vida hoje é melhor do que antes da gravidez, com ganhos importantes, inclusive de liberdade.

Em comparação com os outros grupos, é a que parece menos se preocupar com a contracepção, embora outro filho não seja desejado (# 36, 24). O fato de JSB não ter vida sexual no momento (não mora com o pai da criança, não tem namorado e não faz uso de MAC) talvez justifique esta despreocupação.

Para fins de discussão, a adolescente que define o Fator III será denominada **Adaptada / Dependente da família**.

4.2.4. O Fator IV:

Assim como o Fator III, o Fator IV é definido por somente um Q-Sort (NVG), e responde por 8,0% da variância total. A confiabilidade do Fator IV está assim prejudicada ($r_{xx}=0,800$), e o erro padrão dos escores dos fatores é elevado ($SE_{fm} = 0,447$). Desta forma, os resultados devem ser interpretados com cautela.

A distribuição do Q-Sort protótipo que caracteriza o Fator IV é:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
12	2	16	1	7	3	14	30	10
15	29	20	5	11	4	19	33	13
21	35	22	8	18	6	32	34	27
		28	9	25	17	36		
			23	26	24			
				31				

Abaixo estão descritas as assertivas que representam o Fator IV, sendo marcadas com um asterisco aquelas que o distinguem dos outros fatores em nível de significância $P<0,05$ e com dois asteriscos quando o nível de significância é $P<0,01$:

		Fatores			
		I	II	III	IV
Nº	Assertiva	Escores dos fatores			
**10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	0	-2	0	4
**13	É a maior falação... Dá muita raiva e vergonha	-2	-3	-2	4
**27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	0	-3	1	4
12	Quem manda no sono da gente é o neném	0	0	-2	-4
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	-1	-1	-2	-4
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	-1	-4	0	-4
30	A vida ganha mais sentido..alguém pra gente cuidar	4	-2	2	3
33	Ser mãe não é tão difícil...depois pega o jeito	2	3	3	3
* 34	Às pessoas esperam que seja adulto... ainda é criança	-2	1	-2	3
2	Às vezes da medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	-1	4	-4	-3
29	Logo que o neném nasce maior atenção ..fica sozinha	-3	-2	4	-3
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	-3	-1	-4	-3

A assertiva abaixo, mesmo com baixo z-escore (entre parênteses), também

distingue o Fator IV dos outros fatores, com significância estatística $P < 0,01$:

Nº Assertiva	Fatores			
	I	II	III	IV
	Escores dos fatores			
24 E bom ter logo outro filho, pra fazer companhia	2	-4	-3	1 (0,43)

A adolescente que define este fator vivencia a maternidade como uma experiência normal, comum às jovens de sua idade (# 10, 35), nem sempre aceita pelo meio adulto (# 13). A maternidade traz um sentido à vida, com um objeto de cuidado (# 30), mas ser mãe pode significar perda de liberdade (# 21). O papel de mãe pode ser desempenhado sem maiores dificuldades ou sacrifícios (# 33, 12, 15), tão bem pela jovem mãe como pelas mães adultas (# 27), mas a relação afetiva com o filho não se mostra relevante (# 25, 26, 31). Não há medo ou solidão (# 2), mas revela sua insegurança em enfrentar esta nova fase da vida, ainda se sentindo uma criança (apesar da expectativa dos outros), sem receber o apoio que necessita (# 34, 29). As preocupações com o futuro e a busca de independência não estão representadas neste fator (# 17, 11, 18). No Fator IV, a adolescente se mostra imatura, voltada para a aceitação pelo meio social.

Comparando com os outros fatores, neste fator a perspectiva de uma nova gravidez é mais aceita (# 24).

Embora coabitem o mesmo domicílio, NVG e sua mãe não se falam há meses; NVG não está estudando, tem vida sexual e faz uso de contracepção. Na entrevista, relatou que sua vida hoje é pior do que antes da gravidez, embora tenha mais liberdade.

A adolescente que define este fator será denominada **Contraditória / Em busca de identidade e apoio**.

4.2.5. Consenso:

As assertivas que não definiram nenhum fator em particular (sem diferenças significativas) sugerem atitudes comuns aos quatro fatores. São elas:

Nº Assertiva	Fatores			
	I	II	III	IV
	Escores dos fatores			
32 As pessoas olham com mais respeito..fica mais importante	0	-1	1	2
33 Ser mãe não é tão difícil....depois pega o jeito	2	3	3	3
36 Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	1	2	-1	2

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

5. DISCUSSÃO:

Com base no estudo de 20 jovens mães adolescentes, foram identificados pelo menos dois padrões diferentes de percepções, opiniões e atitudes frente à experiência da maternidade, atingindo os objetivos desta investigação. Estes padrões foram identificados a partir da subjetividade da adolescente, do seu próprio ponto de vista e de suas circunstâncias de vida e revelam uma heterogeneidade importante e ainda pouco explorada.

Os resultados do estudo ampliam e aprofundam a visão a respeito de um tema que, em geral, é estudado de forma fragmentada, reducionista e artificial. Esta abordagem mais “holística” e integrada se torna possível uma vez que as variáveis são consideradas ao mesmo tempo, de forma dinâmica e relacional, através de suas interações e transformações, e não de forma isolada e linear. A abordagem “natural” se dá a partir de um contexto de significado que traz diretamente, com pouca interferência do observador, o relato da vivência da própria mãe adolescente e de suas circunstâncias de vida, biológicas, sociais, emocionais etc, todas tomadas em conjunto.

Ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da Saúde Pública em geral, que considera os adolescentes como um bloco único, instável, sindrômico e em conflito, e a gravidez na adolescência como uma epidemia em franca ascensão, situação de risco biológico, social e emocional, indesejada, indesejável e fruto de circunstâncias de vida caracterizadas por falta de opções, os resultados deste estudo sugerem que existem diferentes

vivências da maternidade e que, pelo menos para um grupo de jovens mães, a maternidade não é um problema, mas uma experiência de vida plena de significados positivos.

Assim, o primeiro padrão identificado (**Satisfeita com a maternidade / Dependente do afeto do filho**) revela um contentamento geral, auto-estima, confiança e uma visão positiva da vida, como se pode deduzir pela assertiva 4, que bem retrata o Fator I:

4. Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer na vida da gente. (+4)

O segundo padrão (**Deprimida / Estressada**) expõe fragilidade, descontentamento e uma visão negativa da vida, situação caracterizada pelas assertivas 2 e 20:

2. Às vezes dá um medo, uma tristeza, uma vontade de chorar. (+4)

20. Às vezes me dá uma vontade de pegar o menino e sumir. Não vai ser homem ou família pra me segurar. (+4)

Os outros dois fatores: **Adaptada / Dependente da família** (Fator III) e **Contraditória / Em busca de identidade e apoio** (Fator IV) são definidos basicamente por uma adolescente cada e necessitam confirmação em estudo subsequente. São caracterizados respectivamente pelas assertivas 19 e 10:

Fator III:

19. A gente fica mais próxima da família. Dão mais carinho e amor.

Fator IV:

10. Tem muita menina novinha com barriga. É super normal.

Os fatores II e IV parecem retratar as adolescentes/mães como as adolescentes que constituem o padrão descrito pela sociedade em geral e que são alvo das ações dos programas de saúde.

5.1. LIMITAÇÕES DOS RESULTADOS:

5.1.1. O tamanho da amostra:

Na Metodologia Q, o tamanho da amostra não é uma questão tão fundamental quanto nos estudos quantitativos. No entanto, o número de sujeitos estudados é elemento importante para o cálculo da confiabilidade do fator (McKEOWN e THOMAS 1988; BROWN 1980). Neste estudo, 20 respostas foram suficientes para mostrar dois padrões qualitativa e estatisticamente diferentes de vivências da maternidade na adolescência precoce. Para que a existência de outros fatores com elevada confiabilidade pudesse ser confirmada, seria necessária uma amostra maior do que a obtida neste estudo. Na Metodologia Q, esta informação só é obtida *a posteriori*, após a análise dos dados, diferentemente dos métodos quantitativos mais tradicionais, em que o tamanho amostral é calculado na fase de elaboração do projeto, a partir do erro estimado.

A captação de mães adolescentes elegíveis para esta pesquisa nas unidades de saúde selecionadas foi difícil, e foram necessárias inúmeras visitas aos serviços de saúde materno-infantil para que ao menos uma adolescente fosse identificada. Algumas hipóteses são levantadas para explicar as dificuldades:

- não existem registros informatizados com dados sobre os usuários, e, assim, os profissionais de saúde supervalorizariam a frequência do atendimento a jovens mães. Existem poucas mães adolescentes entre 11 e 16 anos de idade, ou seja, o número absoluto é pequeno. Em 1996, em todo o Município do Rio de Janeiro, dos 91 691 nascidos vivos, 795 eram filhos de adolescentes de 10 a 14 anos de idade, correspondendo a 0,87% do total de nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 1998). No entanto, a cada ano este número cresce, tanto em termos absolutos quanto relativos, e o evento parece ser tão marcante para os profissionais de saúde, que estes incorreriam em viés de memória.
- a quase totalidade dos serviços de saúde materno-infantil não se organiza para uma assistência específica à mãe adolescente e seu filho, com dias e horários específicos, e, assim, estas jovens mães, em pequeno número absoluto, ficam dispersas dentro do atendimento pediátrico geral.
- a jovem mãe procuraria menos os serviços de acompanhamento pediátrico do que as outras mães. Embora existam evidências de que não haja diferença entre o comportamento de mães adolescentes e de

mães adultas na procura de serviços de saúde para seus filhos (BRINK e col. 1985; BUCHHOLZ e GOL 1986), não existem dados que abordem esta questão específica em nosso meio, até onde foi possível pesquisar.

Tais obstáculos podem ter contribuído para as dificuldades encontradas, impossibilitando a inclusão de maior número de mães adolescentes no período previsto para a realização da pesquisa.

Desta forma, os Fatores III e IV devem ser considerados como resultados incipientes, a serem melhor estudados com uma amostra maior de mães adolescentes, até que haja uma saturação dos fatores identificados.

5.1.2. A Composição da amostra:

A amostra foi composta por mães que são atendidas regularmente em serviços públicos de saúde materno-infantil. As adolescentes que não procuram ou não são captadas pelas unidades de saúde a nível ambulatorial ou as que não comparecem às consultas agendadas não estão representadas e podem definir fatores diferentes daqueles explorados neste estudo. Da mesma forma, mães adolescentes que utilizam serviços privados ou conveniados com as grandes empresas seguradoras de saúde podem expressar suas vivências de forma diferente, uma vez que suas circunstâncias de vida são provavelmente muito diversas daquelas do grupo estudado. Os resultados, assim, dizem respeito ao grupo de mães adolescentes usuárias dos serviços públicos de saúde materno-infantil.

5.2. QUESTÕES RELACIONADAS COM A VALIDADE E A CONFIABILIDADE:

Na Metodologia Q, a questão da validade de um estudo baseia-se no fato de que os dados são “naturais” (auto-referentes, a partir do padrão de referência do observado) e a interferência do pesquisador é pequena, tanto na coleta (o processo do *Q-sorting* realizado pelo próprio sujeito do estudo) quanto na análise dos resultados [análise fatorial, limitando o viés do observador] (BROWN 1980; McKEOWN e THOMAS 1988).

Para que a possibilidade de ocorrência de vieses na obtenção do *concourse of ideas*, na seleção do *Q-sample* e na coleta de dados fosse minimizada, os seguintes procedimentos metodológicos foram adotados neste estudo:

- na obtenção do *concourse of ideas*: para que a lista de opiniões e idéias a respeito da maternidade na adolescência fosse ampla, diversa e abrangente, representando o fluxo corrente de comunicação, foram utilizadas estratégias diversas de busca de idéias, até a saturação. Para tal, procedeu-se ao desenvolvimento de quatro grupos focais com adolescentes e não adolescentes, consultou-se a literatura e a mídia. A linguagem coloquial das adolescentes foi cuidadosamente reproduzida.
- na seleção do *Q-sample*: para que a amostra representasse as principais idéias e opiniões encontradas no *concourse of ideas* de forma balanceada sem hipo ou hiper representação de alguns componentes, montou-se uma amostragem estruturada, com três categorias de significado, buscando-se aliar variedade com entendimento e facilidade

de procedimentos. O processo de identificação das categorias de significado e de seleção das assertivas foi discutido com observador independente, familiarizado com a Metodologia Q.

- a condição de instrução foi simples, objetiva e dirigida ao momento de vida presente da respondente.

A adequação dos dados à análise fatorial foi limitada ($KMO = 0,59$), porém possível (BTS com significância $< 0,01$), e os resultados explicam 65% do fenômeno estudado.

Na Metodologia Q não é possível (e nem se pretende) fazer qualquer generalização em termos de características populacionais ou inferência quanto à prevalência dos fatores identificados na população geral. No entanto, os fatores por si só já representam generalizações de determinada forma de pensar. Nenhuma adolescente do estudo distribuiu suas assertivas exatamente como definido num determinado fator. O fator representa sobretudo a generalização da maneira como as jovens mães que o definiram pensavam / sentiam quando estimuladas pela pergunta do pesquisador e pelas opções apresentadas.

Conforme citado na Introdução deste estudo, a literatura sobre o tema específico da maternidade na adolescência é restrita, contraditória e centrada no estudo de adolescentes com idade até 19 anos. Muitas investigações partem de categorias pré-concebidas e descrevem seus resultados sob a forma de medidas de frequências de variáveis isoladas, tais

como estresse, depressão, fracasso escolar, etc (REIS 1989; BARNET e col. 1996; TETI e LAMB 1989) . Estas diferenças metodológicas dificultam ou mesmo impossibilitam a comparação com os resultados obtidos neste estudo. Já as poucas pesquisas de enfoque mais qualitativo são mais adequadas para a triangulação, com verificação da confiabilidade e melhor compreensão dos resultados, conforme a análise subsequente.

A percepção da gravidez e da maternidade de forma positiva, com aumento da auto-estima, como explicado no Fator I, foi também identificada por outros autores (MERCER 1980; ARENSON 1994; PAIVA e col.1998; OLIVEIRA 1999). A busca de estabilidade e permanência, revelada através da percepção do filho como propriedade, poderia traduzir uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade, assim como a percepção da própria competência para dar conta das tarefas junto ao bebê (ARENSON 1994; PAIVA e col.1998; SCIARRA e PONTEROTTO 1998).

A aparente contradição entre a interpretação do Fator I (vivência positiva da maternidade) e algumas respostas quanto à qualidade de vida atual (pior do que antes da gravidez), como observado nas adolescentes RRC1, RRC2, WSS,ACF, VMC, CST, DVM, JCPN e ICF, pode ser explicada pela diferença do método de coleta de dados (*Q-sorts* X entrevista). Na Metodologia Q, o sentido de cada assertiva é relativizado frente às outras opções e busca-se uma percepção global das circunstâncias de vida do sujeito estudado. Em geral, esta complexidade não é captada por métodos de abordagem mais diretos. No entanto, observa-se que todas as adolescentes que

apresentaram respostas diretas positivas: vida atual melhor ou igual (RSG, LRB, APS, ASL, DA e JSB) estão agrupadas nos Fatores I e III (fatores com visão mais positiva da maternidade).

A depressão, o estresse e a percepção predominante dos aspectos negativos e das perdas conseqüentes à maternidade são os elementos de significado do Fator II e foram também identificados em outros estudos (MERCER 1980; MERCER 1985; BARNET e col. 1996). A falta de suporte social (principalmente da mãe da adolescente e do companheiro), ou sua presença conflituosa, é considerada fonte importante de estresse (BARNET e col. 1996).

O Fator III expressa uma aparente contradição entre a busca de independência e de identidade (características da adolescência) e a busca de estabilidade e equilíbrio nas relações familiares (possibilitada pela maternidade, particularmente em famílias em conflito). Esta situação também é descrita por outros autores (BUCHHOLZ e GOL 1986). Desta forma, paradoxalmente, a maternidade acarreta maior dependência e cumplicidade entre a adolescente e sua família, particularmente sua mãe (MERCER 1980; SCIARRA e PONTEROTTO 1998).

O Fator IV expressa o conflito entre a presença cada vez mais frequente ("normal") da mãe adolescente no meio social urbano carente e a dificuldade de sua aceitação pelo grupo social mais extenso, que se reflete através de comentários e críticas de familiares, amigos e vizinhos. Estes aspectos também são abordados em outros estudos (MERCER 1980; PAIVA e col.

1998). A frágil autoconfiança da adolescente pode ser ameaçada por esta discriminação do grupo social, gerando sentimentos de raiva e de defesa.

Em concordância com os dados da literatura, é consenso em todos os fatores que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente (MERCER 1980; Ellerbee 1990 citada por THOMPSON e col. 1995, p. 714).

Em síntese, esta pesquisa é exploratória em sua natureza e inovadora em muitos aspectos:

- na escolha do tema - a maternidade na adolescência, em contraposição à gravidez na adolescência;
- nos sujeitos de estudo - a mãe adolescente, grávida dos 10 aos 14 anos de idade, em contraposição à adolescente maior (de 15 a 19 anos);
- na hipótese que inspira o estudo- o significado da maternidade não é unico, em contraposição à hipótese de uma atitude homogênea;
- na metodologia utilizada – a Metodologia Q, inédita no campo da Saúde Pública em nosso meio. Voltada para o estudo da subjetividade em termos de comportamento comunicável e auto-referente, Q incorpora métodos qualitativos e quantitativos de coleta e análise de dados, em contraposição ao uso de questionários que partem de definições operacionais prévias e tendem a colocar o sujeito dentro dos limites da estrutura conceitual do observador.

Embora de caráter exploratório, este estudo se inspira na hipótese de que

entre mães adolescentes existem diferentes padrões de opiniões e atitudes frente à maternidade. Desta forma, sob a hipótese nula, os resultados deste estudo apontariam para a identificação de um único fator, que refletiria um único padrão de atitudes. Uma vez que os resultados apontam para uma situação de comunicação multi-dimensional, podemos rejeitar a hipótese nula.

A partir da subjetividade de 20 jovens mães, foi possível revelar a existência de pelo menos duas estruturas diferentes de pensamento quanto à experiência da maternidade, sem a interferência do observador e sem categorização *a priori*. Alguns padrões mostraram-se semelhantes aos descritos pela literatura estudando adolescentes mais velhas (de 15 a 19 anos), inclusive as experiências de vida positivas, negativas e as situações de conflito.

Os resultados deste estudo podem, assim, contribuir não somente para um melhor entendimento das circunstâncias de vida de jovens mães que freqüentam os serviços públicos de saúde em nosso meio, como possibilitar que os profissionais de saúde planejem e executem intervenções mais adequadas e eficientes.

A Metodologia Q vem, então, representar mais uma ferramenta metodológica válida, elegante e lúdica, a ser colocada à disposição do pesquisador da área da saúde em nosso meio, ampliando suas possibilidades de conhecer a realidade que o cerca e de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

6. CONCLUSÕES:

Através do uso de uma metodologia ainda pouco conhecida em nosso meio, a Metodologia Q, foi possível concluir que a vivência da maternidade na adolescência precoce não é única nem homogênea, e diferentes padrões de opiniões e percepções foram identificados entre adolescentes que ficaram grávidas entre 10 e 14 anos de idade.

Dois fatores foram bem definidos: Fator I - **Satisfeita com a maternidade / Dependente do afeto do filho**: a maternidade como uma vivência positiva e enriquecedora e Fator II - **Deprimida/ Estressada**: visão negativa e exploração adicional em estudo subsequente, com amostra mais numerosa: Fator III - **Adaptada / Dependente da família**: a maternidade como experiência positiva de estreitamento de vínculos familiares; e Fator IV - **Contraditória / Em busca de identidade e apoio**: vivência em conflito com os valores sociais.

Estas diferentes circunstâncias de vida puderam ser identificadas a partir de um contexto de vida subjetivo, global, integrado e dinâmico, sem a fragmentação e distanciamento característicos dos estudos de enfoque mais biomédico.

Os achados deste estudo podem contribuir para o re-exame das crenças e idéias pré-concebidas a respeito da maternidade na adolescência, assim como para aumentar o entendimento a respeito da diversidade, das dificuldades que enfrentam e do potencial das mães adolescentes. Desta

forma, poderá favorecer uma postura mais ética de respeito ao jovem, aberta às inúmeras possibilidades do ser humano, promovendo atividades menos coercitivas, com aceitação, respeito e diálogo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Observa-se que pelo menos um grupo de jovens mães expressa uma vivência bastante positiva da maternidade, em contraste com o discurso tradicional e com as ações preconizadas pela Saúde Pública a respeito da gravidez/maternidade na adolescência. A postura crítica assumida neste trabalho em relação a estas idéias não significa que a maternidade na adolescência seja aceita pela autora como uma boa ou melhor opção para a adolescente. A pesquisadora acredita que os indivíduos, incluindo os adolescentes, têm o direito ao bem-estar e ao pleno desenvolvimento de suas capacidades; que é necessário estabelecer condições de vida adequadas para todos; e que esta responsabilidade não deve ser assumida somente pelo Setor Saúde. Reconhece também como legítimas muitas das preocupações da sociedade em geral em relação à saúde da adolescente e seu filho. No entanto, entende que a concepção negativa, moralista e reducionista sobre o “problema da gravidez / maternidade na adolescência” tende a construir limitações e implicações éticas no desenvolvimento de pesquisas e na atuação dos profissionais junto aos adolescentes.

Desta forma, a partir dos dados da literatura, dos resultados deste estudo e de sua própria experiência e considerando que desempenha suas atividades profissionais em instituições de ensino superior na área médica, onde o tripé ensino/pesquisa/extensão não deve ser dissociado, a autora propõe os seguintes caminhos a serem trilhados:

7.1. EM RELAÇÃO À PESQUISA:

O desenvolvimento de investigações voltadas para:

- explorar a existência de outros fatores além dos Fatores I e II (aumentando a amostra); confirmar ou não os Fatores III e IV;
- acompanhar e comparar a mudança das percepções dessas adolescentes e a evolução de seus filhos, repetindo o estudo em outros momentos (aos dois e cinco anos de idade, por exemplo); observar em particular a evolução das adolescentes que definem o Fator II (Deprimida/Estressada) e de seus bebês;
- estudar os mesmos aspectos em mães adolescentes até 19 anos;
- explorar as opiniões de jovens adolescentes grávidas a respeito do que pensam ser a maternidade; acompanhar essas jovens após o nascimento do bebê, repetindo o estímulo em períodos determinados e comparando os resultados;
- explorar e comparar as opiniões de planejadores de saúde, profissionais diretamente envolvidos na assistência à saúde do adolescente, familiares da adolescente (sua mãe, companheiro), adolescentes não grávidas etc., a respeito do que pensam ser a vivência da maternidade na adolescência;
- estimar a prevalência dos fatores identificados numa amostra representativa, utilizando questionários ou escalas (tipo Likert)

construídos a partir das assertivas definidoras dos extremos dos *factor arrays* etc.

7.2. EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

Na assistência direta (no IPPMG e na UISHL):

- contactar as adolescentes que definem os Fatores II e IV e avaliar a necessidade de intervenções imediatas, através de uma abordagem multidisciplinar.

No planeamento de ações de saúde:

No nível local (no IPPMG):

- propor à equipe de saúde do Ambulatório Materno-Infantil e à administração da unidade a implementação de um programa multidisciplinar voltado para a assistência à mãe adolescente e seu filho, semelhante ao já implementado na UISHL, em continuidade ao programa de atenção à adolescente grávida, já desenvolvido no pré-natal do IPPMG;
- ampliar o entendimento dos profissionais envolvidos na atenção materno-infantil a respeito dos possíveis cursos de vida das mães adolescentes, inclusive os mais positivos, propondo uma reavaliação das crenças e idéias a respeito deste grupo. Espera-se que profissionais mais receptivos às múltiplas facetas da maternidade na adolescência e mais sensíveis aos pontos de vista do “outro” aceitem e interajam melhor com

as jovens mães e suas famílias, na medida em que reconhecem e respeitam a sua individualidade.

No nível geral:

- divulgar os conhecimentos existentes a respeito da complexidade da maternidade na adolescência precoce nas diversas instâncias acadêmicas, profissionais e da sociedade civil em geral, proporcionando assim uma oportunidade de reflexão e desestigmatização da mãe adolescente;
- propor a inserção e aplicação destes conhecimentos nos programas dirigidos à atenção à criança e ao adolescente, melhor qualificando as ações e intervenções voltadas para as necessidades e especificidades da jovem mãe e sem “pré-conceituar” a maternidade como simplesmente um evento negativo e indesejável.

Na educação de profissionais de saúde (graduação, pós-graduação etc.):

- propor que os currículos dos diversos cursos voltados para a atenção à criança e ao adolescente relativizem o enfoque biomédico e incluam os diversos aspectos da maternidade na adolescência (inclusive os positivos), enfatizando a heterogeneidade deste grupo;
- enfatizar os métodos de aprendizado voltados para o desenvolvimento de habilidades de empatia e comunicação com a mãe adolescente e sua família, possibilitando melhor identificação de suas particularidades e resposta às suas necessidades.

8. REFERÊNCIAS:

1. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Estimativa para a população de 2001 [acesso on line] 2000. Disponível em <URL: <http://www.ibge.gov.br/>> [2001 March 30].
2. [OMS] Organización Mundial de la Salud. **Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción; declaración conjunta.** OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra, 1989.
3. [OMS] Organización Mundial de la Salud. **Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes de la 42ª Asamblea Mundial de la Salud.** Ginebra; 1989.
4. [OPAS] Organización Panamericana de la Salud. **La situación de salud del adolescente en América Latina - base para un plan de acción regional.** Washington, DC; 1987.
5. [OPAS] Organización Panamericana de la Salud. **O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado.** Washington, DC; 1990.
6. [WHO] World Health Organization. **Meeting on pregnancy and abortion in adolescence.** Geneva, 1974. Report. Geneva; 1975. (WHO - Technical Report Series, 583).
7. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev Saúde Pública** 1989; 23(6): 473-7.

8. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. **Obstetr Gynecol** 1996; 87(5Pt1): 668-74.
9. Arenson JD. Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. **J Ped Nurs** 1994; 9(4): 251-7.
10. Ariès P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
11. Atkinson J. **PQMethod** [computer software]. Version 2.0, Kent: Kent State University, Computer Center; 1992. Versão 2.09 adaptada por Peter Schmolck.
12. Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schaiber LB, organizadora. **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1993. p. 139-82. (Saúde em Debate 30).
13. Baranowski MD, Schilmoeller GL, Higgins BS. Parenting attitudes of adolescent and older mothers. **Adolescence** 1990; 25(100): 781-90.
14. Barbosa JC, Willoughby P, Rosenberg CA, Mrtek RG. Statistical methodology: VII. Q-Methodology, a structural analytic approach to medical subjectivity. **Acad Emerg Med** 1998; 5(10): 1032-40.
15. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. **Arch Ped Adolesc Med** 1996; 150(1): 64-9.
16. Becker D. **O que é adolescência**. São Paulo: Brasiliense; 1985.

17. Boulton MG. **On being a mother**. London: Tavistock Publications; 1983.
18. Branco VMC. Gravidez na adolescência: problema para quem?
Interação 1997; Jan/Mar: 6-7.
19. Brink S, Martin R, Golden D, Smith L. Primary pediatric care. A comparison of use by adolescent and older mothers. **J Adolesc Health Care** 1985; 6(3): 201-5.
20. Brown SR. **Political subjectivity**. New Haven: Yale University Press; 1980.
21. Brown SR. Imagery, mood and the public expression of opinion.
Micropolitics 1982; 2: 152-73.
22. Brown SR. Q technique and method: principles and procedures. In: Berry WD, Lewis-Beck MS, editors. **New tools for social scientists: advances and applications in research methods**. Beverly Hills: Sage University Press; 1986. p. 57-76.
23. Buchholz ES, Gol B. More than playing house: A developmental perspective on the strengths in teenage motherhood. **Amer J Orthopsychiat** 1986; 56(3): 347-59.
24. Camp BW. Maternal characteristics of adolescent mothers and older mothers of infants. **Psychol Reports** 1995; 77(3 Pt 2): 1152-4.

25. Castro Moura JV. **Gravidez na adolescência: estudo retrospectivo nos anos de 1978, 1982 e 1987 na Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
26. Castro Moura JV. **Discurso de jovens grávidas: uma abordagem fenomenológico-hermenêutica à luz de Heidegger**. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
27. Cavalcanti RC. Adolescência. In: Vitiello N et al., editores. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca; 1988. p.5-27.
28. Colli AS, Deluquui CG. Adolescência. In: Alcântara P, Marcondes E, editores. **Pediatria Básica**. 6º ed. São Paulo: Sarvier; 1978. p.175.
29. Cooper LG, Leland NL, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. **Soc Biol** 1995; 42(1-2): 22-35.
30. Costa MCO. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. **J Pediatr** 1998; 74(2): 87-90.
31. Cunha AA, Monteiro DLM, Reis AFF. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda; 1998. p.43-56.

-
32. Cunha AA, Monteiro DLM. Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda; 1998. p.31-42.
33. Dennis KE, Goldberg AP. Weight control self efficacy types and transitions affect weight loss outcomes in obese women. **Addict Behav** 1996; 21: 102-16.
34. Domingues Jr. JS. **Utilização de métodos contraceptivos na adolescência: uma opção?**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
35. East PL, Matthews KL, Felice ME. Qualities of adolescent mothers' parenting. **J Adolesc Health** 1994; 15(2):163-8.
36. Elster AB, McAnarney ER, Lamb ME. Parental behavior of adolescent mothers. **Pediatrics** 1983; 71(4): 494-503.
37. Fagim IG, Matos HJ, Cunha AA. Filhos de mães adolescentes. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda; 1998. p. 121-36.
38. Finkelstein JW, Finkelstein JA, Christie M, Roden M, Shelton C. Teenage pregnancy and parenthood: Outcomes for mother and child. **J Adolesc Health Care** 1982; 3: 1-7.

-
39. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Associations of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **NEJM** 1995; 332(17): 1113-7.
40. Freyre G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal**. 13ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1966.
41. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Políticas Sociais. Pobreza está em queda no Brasil, segundo a FGV. **O Globo** 2001 abril 17; cad Economia: 29.
42. Furtado C. **Formação econômica do Brasil**. 16ª ed. São Paulo: Ed. Nacional; 1979.
43. Gargan JJ, Brown SR. "What is to be done? Anticipating the future and mobilizing prudence. **Policy Sciences** 1993; 26: 347-59.
44. Gelula MH. **Using Roland Barthe's theory of literary criticism in the analysis of Q-Methodology: a working paper** [Apresentado no 13th International Conference on Subjectivity: 1997 Oct 23-25; Syracuse, EUA].
45. Grossman E. **O médico de adolescente e seu ofício - reflexões sobre as normas e a prática**. Rio de Janeiro;1995. [Dissertação de Mestrado – Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde].

-
46. Grossman E, Cardoso MHC. As bases conceituais dos documentos oficiais de atenção à saúde do adolescente. **Rev bras crescimento desenvolv hum** 1997; 7(2): 1-11.
47. Grosswiler P. **Subjectivity or the death of the subject: Q theory vs. postmodern theory**. [Apresentado no 13th International Conference on Subjectivity: 1997 Oct 23-25; Syracuse, EUA].
48. Halpern R, Schaefer ES, Pereira AS, Arnt EM, Bezerra JPV, Pinto LS. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. **J Pediatr** 1996; 72(6): 369-73.
49. Haskett ME, Johnson CA, Miller JW. Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: assessment in the perinatal period. **J Child Psychol Psychiatry** 1994; 35(3): 461-76.
50. Hayes CD. **Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing**. Washington: National Academy Press; 1987.
51. Hollingsworth DR, Felice M. Teeage pregnancy: a multiracial sociologic problem. **Am J Obstet Gynecol** 1986; 155: 742.
52. Knobel M, Perestrello M, Uchoa DM. **A adolescência e a família atual. Visão psicanalítica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.
53. Knobel M. Síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M, editores. **Adolescência normal. Um enfoque psicanalítico**. 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p. 24-62.

-
54. Landy S, Cleland J, Schubert J. The individuality of teenage mothers and its implication for intervention strategies. **J Adolesc** 1984; 7(2): 171-90,
55. Larsen JJ, Juhasz AM. The effects of knowledge of child development and social-emotional maturity on adolescent attitudes toward parenting. **Adolescence** 1985; 20(80): 823-39.
56. Larson PJ. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 1984; 11(6): 46-50.
57. Leite MM. **A condição feminina no Rio de Janeiro. Século XIX**. São Paulo: HUCITEC; 1993. p. 87.
58. Lins MJSC. Um sentido para a educação sexual. **O Globo**, Rio de Janeiro, 1999 jul 23; cad 1:7.
59. Macklin NR. **Early adolescent pregnancy: a search for meaning**. Ann Arbor; 1992. [Dissertação de Doutorado - Saint Louis University].
60. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J Pediatr** 1998; 74(2): 107-13.
61. Marques NM, Ebrahim GJ. The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community. **J Trop Pediatr** 1991; 37(4): 194-8.
62. McAnarney ER, Lawrence RA, Ricciuti HN, Polley J, Szilagyi M. Interactions of adolescent mothers and their 1-year-old children. **Pediatrics** 1986; 78(4): 785-90.
63. McKeown B, Thomas D. **Q Methodology**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

-
64. McKeown BF. Q methodology in political psychology: theory and technique in psychoanalytic applications. **Political Psychol** 1984; 5: 415-36.
65. Medrado B, Lyra J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília; 1999. p.230-48.
66. Mercer RT. Teenage motherhood: the first year. **JOGN** 1980; Jan-Feb: 16-24.
67. Mercer RT, Hackley KC, Bostrom A. Adolescent motherhood. Comparison of outcome with older mothers. **J Adolesc Health Care** 1984; 5(1): 7-13.
68. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. **Nurs Research** 1985; 34(4): 198-204.
69. Ministério da Saúde do Brasil. **Programa de saúde do adolescente. Bases programáticas**. Brasília; 1989.
70. Ministério da Saúde do Brasil. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília; 1993.
71. Ministério da Saúde do Brasil. **SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos** [acesso on line] 1994. Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/>> [1999 Oct 12].

72. Ministério da Saúde do Brasil. **Informações em saúde. Indicadores demográficos básicos para 1997. Composição populacional. Brasil 1997**[acesso on line] 1997. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/inform/IDB97/Demog/>> [2001 Jun 10].
73. Ministério da Saúde do Brasil. **SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos** [acesso on line] 1998. Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/>> [2001 March 30].
74. Monteiro CA, Benício MHA, Freitas ICM. **Melhoria em indicadores de saúde associados a pobreza: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais**. São Paulo; 1997. (NUPENS/USP. Série : A trajetória do desenvolvimento social no Brasil, 1/97).
75. Monteiro DLM, Cunha AA, Reis AFF. Risk factors in teenagers' pregnancy. **Int J Obstet Gynec** 1994; 46 (Suppl 1): 88.
76. Monteiro DLM, Cunha AA, Fagim IG, Paiva AS. Modelo de assistência multidisciplinar na adolescência, visando o bem estar materno-fetal e a contracepção. **Reprodução & Climatério** 1995; 10(2): 67-72.
77. Monteiro DLM, Fagim IG, Paiva AS, Cunha AA. Modelo de assistência multidisciplinar à gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda; 1998. p. 148-69.
78. Moore KA, Waite LL. Teenage mothers and teenage fathers: The impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives. **Fam Plan Persp** 1977; 9(5): 221-5.

79. Moore KA. **Children of teen parents: heterogeneity of outcomes.**
Relatório de pesquisa. Washington, DC: NICHD; 1986.
80. Mora G. Aspectos demográficos da população adolescente brasileira. In:
OPAS/OMS. **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente
brasileiro.** Brasília, DF; 1988. p. 7-15.
81. Nord CW, Moore KA, Morrison DR., Brown B, Myers DE. Consequences
of teen-age parenting. **J School Health** 1992; 62(7): 310-8.
82. O'Sullivan AL, Jacobsen BS. A randomized trial of a health care program
for first-time adolescent mothers and their infants. **Nurs Research** 1992;
41(4): 210-215.
83. Oliveira NR. **Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo
psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de
pré-natal e maternidade.** São Paulo;1999. [Tese de Doutorado –
Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo].
84. Paiva AS, Caldas MLCS, Cunha AA. Perfil psicossocial da gravidez na
adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores.
Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER
Ltda; 1998. p. 7-30.
85. Panzarine S, Slater S, Sharps P. Coping, social support, and depressive
symptoms in adolescent mothers. **J Adolesc Health** 1995; 17(2):113-9.

-
86. Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade** 1998; 7(1): 53-86.
87. Pinto e Silva JL. **Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência**. Campinas; 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].
88. Popper K. **The logic of scientific discovery**. New York: Basic Books; 1959.
89. Reis AOA. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares**. São Paulo; 1993. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
90. Reis AOA, Zioni F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Rev Saúde Pública** 1993; 27(6): 472-7.
91. Reis J. A comparison of young teenage, older teenage, and adult mothers on determinants of parenting. **J Psychol** 1989; 123(2):141-52.
92. Reis JS, Herz EJ. Correlates of adolescent parenting. **Adolescence** 1987; 22 (87): 599-609.
93. Rosenberg F. Comentários sobre o painel II: conseqüências e perspectivas da gravidez na adolescência. In: **Seminário Gravidez na Adolescência**; 1998 jul 30-31; Rio de Janeiro, Brasil. São Paulo: Associação Saúde da Família; 1998. P. 92-7.

94. Rothenberg PB, Varga PE. The relationship between age of mother and child health and development. **Am J Public Health** 1981; 71(8): 810-7.
95. Rouquayrol MZ, Correia LL, Barbosa LMM, Xavier LGM, Oliveira JW, Fonseca W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. **J Pediatr** 1996; 72(6): 374-8.
96. Schilmoeller GL, Baranowski MD, Higgins BS. Long-term support and personal adjustments of adolescent and older mothers. **Adolescence** 1991; 26(104): 787-97.
97. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. **J Adolesc Health** 1994; 15(6): 444-456.
98. Scholl TO, Schall JI, Krueger PM, Hediger ML. Young maternal age and preterm labor. **Ann Epidemiol** 1997; 7(6): 400-6.
99. Schor N, Lopez FA. Adolescência e anticoncepção. 2. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev Saúde Pública** 1990; 24(6): 506-12.
100. Sciarra DT, Ponterotto JG. Adolescent motherhood among low-income urban hispanics: familial considerations of mother-daughter dyads. **Qual Health Research** 1998; 8(6): 751-63.
101. Scott JW. The sentiments of love and aspirations for marriage and their association with teenage sexual activity and pregnancy. **Adolescence** 1983; 18(72): 889-97.

102. Siqueira A, Tanaka A. Mortalidade na adolescência, com especial referência à mortalidade materna. In: **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília (DF); 1988. p. 35-42.
103. Sismondi P, Volante R, Giai M. El embarazo y el parto en la adolescente. **Rev Chilena de Obstet Ginecol** 1984; 49 (1): 41-45.
104. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. **Guia de Adolescência**. Rio de Janeiro; 2001.
105. Stephen TD. Q-methodology in communication research. **Commun Quater** 1985; 33: 193-208.
106. Stephenson W. Technique of factor analysis [letter]. **Nature** 1935a; 136: 297.
107. Stephenson W. Correlating persons instead of tests. **Character and Personality** 1935b; 4: 17-24.
108. Stephenson W. **The study of behavior**. Chicago: The University of Chicago Press; 1953.
109. Stephenson W. Foundations of communication theory. **Psychol Record** 1969; 19: 65-82.
110. Stephenson W. The shame of science. **Ethics Sci Med** 1978; 5: 25-38.
111. Stephenson W. Newton's fifth rule and Q-methodology: application of educational psychology. **Am Psychol** 1980; 35: 882-9.

-
112. Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D. Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers. **Arch Pediatr Adolesc Med** 1996; 150: 1037-43.
113. Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Nanda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. **Am J Epidemiol** 1995; 142(5): 504-14.
114. Tanner JM. Factors affecting the rate of growth and the age at puberty. Tanner JM, editor. **Growth at adolescence**. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publication; 1962. p. 94.
115. Teti DM, Lamb ME. Socioeconomic and marital outcomes of adolescent marriage, adolescent childbirth, and their co-occurrence. **J Marriage & Family** 1989; 51: 203-12.
116. The Johns Hopkins University. Programas de planejamento da família. **Populations Reports** 1976; 10: J169-192.
117. The Johns Hopkins University. Programas de planejamento da família. **Populations Reports** 1985; 9: M353-65.
118. The Johns Hopkins University. Family Planning Programs. **Populations Reports** 1995; 41: J2-18.
119. Theriot JG, Pecoraro AG, Ross-Reynolds J. Revelations of adolescent mothers: an intensive case-study approach. **Adolescence** 1991; 26(102): 349-60.

-
120. Thompson PJ, Powell MJ, Patterson RJ, Ellerbee SM. Adolescent parenting: outcomes and maternal perceptions. **JOGNN** 1995; 24(8): 713-8.
121. Wagner KD, Berenson A, Harding O, Joiner T. Attributional style and depression in pregnant teenagers. **Am J Psychiatry** 1998; 155(9): 1227-33.
122. Wigger U, Mrtek RG. Use of Q-technique to examine attitudes of entering pharmacy students toward their profession. **Am J Pharm Educ** 1994; 58: 8-15.
123. Winter JSD. Nutrition and the neuroendocrinology of puberty. In: Winick N, editor. **Adolescent nutrition**. New York: John Wiley & Sons; 1982. p. 3-12.
124. Wolkind SN, Kruk S. Teenage pregnancy and motherhood. **J Royal Soc Med** 1985; 78: 112-6.
125. Zuckerman B, Amaro H, Beardslee W. Mental health of adolescent mothers: the implications of depression and drug use. **Dev Behav Pediatr** 1987; 8: 111-6.

9. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

1. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Guia de apresentação de teses. São Paulo; 1998.

ANEXO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO – GRUPOS FOCAIS

Eu, _____, responsável pela menor
_____, autorizo que a mesma participe de uma reunião de grupo, com outras adolescentes do sexo feminino da mesma idade.

Estou ciente que a reunião:

- terá duração aproximada de duas horas e se dará na Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), em dia e horário compatíveis com suas atividades escolares;
- tem por objetivo colher informações sobre alguns aspectos da vida cotidiana das adolescentes;
- faz parte de um projeto de pesquisa da Dra. Sílvia Reis dos Santos, aluna do Programa de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e professora da FESO.

Teresópolis, ____ de setembro de 1998.

ANEXO 2 - CONCOURSE OF IDEAS

1. Meu filho agora só quer ficar comigo; com outra pessoa ela chora.
2. Eu não quero agora ter outro filho de jeito nenhum.
3. Eu tenho ciúmes do meu filho com o meu marido.
4. Meu marido tem ciúmes de mim com meu filho.
5. Meu marido não quer que eu vá na casa da minha mãe.
6. Eu tô pensando em começar a trabalhar.
7. Quando falta dinheiro o neném fica doente e aí é pior.
8. A gente tem vergonha ou medo do que as pessoas vão falar.
9. A maternidade é fator de amadurecimento da mulher.
10. Ser pai parece que não amadurece o homem, como a mulher.
11. Aqui em casa, faço uma coisa, outra e o tempo não passa.
12. Eu lá na mãe não me sinto sozinha, tem sempre gente.
13. Em casa, o neném só quer ficar no meu colo, ou ao meu redor.
14. Está sendo um tempo feliz, divertido e também um tempo de perda de sono, frustração, irritabilidade e solidão.
15. Quando a gente tem neném, quem manda no sono da gente é ele.
16. Tá sendo difícil. Eu não paro nunca, sempre tô fazendo alguma coisa.
17. Hoje acho até engraçado de ter me preocupado com meu filho que ia nascer; estou aqui cuidando ele.
18. Estão todos bobos com o neném; a mãe então nem se fala.
19. Eu não gosto que as outras pessoas peguem o neném no colo.

20. O pessoal quando chega aqui em casa vai direto ver o neném, nem pergunta como eu estou passando.
21. Eu fico preocupada quando saio e deixo alguém tomando conta do neném.
22. Eu entrei na vida adulta quando o neném nasceu.
23. Tudo pra mim era festa, agora eu sou mais útil, mais madura.
24. Hoje eu me sinto mais eu.
25. Eu sou diferente das meninas da minha idade.
26. Tem muita guria aí, bem barriguda, com 15 anos.
27. Chega a dar pena essa gurias com umas baita dumas barriga. Mal elas sabem o que é acordar de madrugada.
28. Meu filho está dando os primeiros passinhos; nem engatinhou e já tá caminhando, é a coisa mais linda.
29. O amor do meu filho me faz sentir mais importante.
30. Gravidez na adolescência acontece em todo lugar.
31. É difícil ser mulher, o corpo tá feio.
32. Ser mulher é muita fofoca, é muita falação.
33. Nem penso em ficar grávida; se um já é difícil, imagina dois.
34. Estou perdendo a paciência com meu filho, principalmente no final do dia.
35. As tarefas e responsabilidade de mãe no cuidado do meu filho são demais para mim.
36. Só porque eu sou mãe adolescente e cuido dele sozinha, todo mundo fica só falando?
37. O filho é meu, não deixo ninguém cuidar, eu é que cuido.

38. Quero trabalhar pra não precisar depender dos outros.
39. Eu quero sair e não posso por causa do neném.
40. Enquanto eu estou com ele, tem sempre alguém pra me ajudar.
41. Eu me sinto responsável pela saúde do meu filho.
42. Se ele fica doente, vão dizer que eu não cuidei bem.
43. Sem o apoio familiar, é quase impossível sair da ratoeira da maternidade.
44. Eu quero me divertir; se pudesse dava ele pra alguém criar.
45. Eu estou curtindo meu filho pra caramba.
46. Meu filho só vai me trazer felicidade, amor e paz.
47. Meu filho me dá forças pra continuar minha luta na vida.
48. Se eu soubesse das conseqüências não teria sido mãe tão cedo.
49. Gosto de conversar com meu filho, mas de vez em quando preciso dar uns tapas ou falar mais alto; ele é muito levado.
50. Como mãe, eu tenho alguém pra cuidar.
51. Depois que o neném nasceu, eu me sinto mais próxima do meu companheiro.
52. Eu tou tão orgulhosa porque meu filho é muito desenvolvido.
53. Quando meu filho nasceu eu ganhei a liberdade.
54. No fim do dia, estou tão cansada e acabada que não dá nem vontade de transar.
55. Ter filho tão cedo é errado.
56. O amor do meu filho é a coisa mais importante da vida.
57. O corpo muda muito, não volta mais não. A gente perde todas as roupas.

58. Depois que o neném nasce, aquela paixão toda com o pai da criança vai pro espaço.
59. É muito chato acordar de madrugada, mas agora já não é uma opção de não querer, agora tem que fazer.
60. O peito aumenta e os quadris ficam mais largos. A gente fica mais bonita, mais mulher.
61. Depois que o neném nasce, adeus passeios, bailes e bagunça. Não dá pra fazer mais nada.
62. O neném dá cada vez mais trabalho.
63. Antes a gente tem um monte de colegas, depois fica sozinha.
64. Fofoca e intriga é o que mais tem. As pessoas ficam comentando se a gente bota um shortinho mais curto.
65. No início é difícil mas, depois que o neném nasce, a vida fica mais legal, mais alegre.
66. Agora não dá pra dizer que não sabe; tem que se cuidar pra não ficar grávida de novo.
67. Eu hoje tiro de letra esse negócio de ser mãe.
68. Antes de ficar grávida, eu era o alvo da atenção lá em casa. De repente, só dão atenção pro neném.
69. Ter filho na idade da gente é super normal e super comum.
70. Depois que o neném nasce, a gente curte mais passear num parque, essas coisas assim mais família.
71. Se a gente tem filho assim tão cedo é porque Deus quis.

72. Às vezes é melhor ficar sem marido; homem xinga e reclama; não faz nada e a gente ainda tem que cuidar da criança.
73. As pessoas esperam demais de mim como mãe.
74. Fazer as coisas de casa com o neném é a maior zona; arruma, arruma e quando vê tá tudo bagunçado.
75. Ser mãe e dona-de-casa é muito legal.
76. Agora que eu sou mãe, as pessoas têm mais respeito por mim.
77. Se acontece alguma coisa com o neném, o pessoal bota logo a culpa na gente.
78. Agora que eu sei toda a preocupação que dá, é ruim querer ter outro filho logo.
79. Tem que tentar voltar pros estudos; sem estudo não dá pra melhorar de vida.
80. É muito legal ver o neném crescer, ensinar coisas pra ele.
81. Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade.
82. Tem que respeitar o neném como pessoa, conversar e explicar as coisas pra ele.
83. Eu me preocupo com o nosso futuro, meu e dele.
84. Mesmo mãe, eu não me sinto igual aos adultos, que fazem tudo certinho, tudo sério.
85. Às vezes o neném dá nos nervos. Tem que tomar conta o tempo todo e ele não pára quieto.
86. A gente precisa muito da família, antes e depois que o neném nasce.
87. Trabalhar, ter sua casa e ser independente é o maior sonho pro futuro.

ANEXO 3 - Q SAMPLE

1. Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade.
2. Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar.
3. Se a gente tem filho é porque Deus quis.
4. Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer na vida da gente.
5. O corpo muda muito, não volta mais não. A gente perde toda a roupa.
6. A gente fica mais bonita, mais mulher.
7. Os outros até ajudam, mas a mãe do neném é que sabe o que é melhor pro seu filho.
8. Às vezes vem o pensamento se outra pessoa não iria criar ele melhor.
9. Quando a gente percebe que está grávida, parece que o mundo vai acabar.
10. Tem muita menina novinha com barriga. É super normal.
11. O futuro preocupa, como vai ser nossa vida e a vida do nosso filho.
12. Quando a gente tem neném, quem manda no sono da gente é ele. Tem que acordar de madrugada sem reclamar.
13. É a maior falação, que a gente é isso, é aquilo. Dá muita raiva e muita vergonha.
14. É legal ser mãe bem novinha porque dá pra curtir bem o filho, e ficar amiga dele.
15. Eu não paro nunca. Estou sempre fazendo alguma coisa para o neném. Vivo cansada.

16. Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude. Não pode sair nem se divertir.
17. O importante é poder trabalhar, ter uma casa e ser independente.
18. A saúde do neném preocupa, se a gente vai conseguir fazer ele crescer sem problemas.
19. A gente fica mais próxima da família. Dão mais carinho e amor.
20. Às vezes me dá vontade de pegar o menino e sumir. Não vai ser homem ou família pra me segurar.
21. Quando o neném nasce, a gente ganha a liberdade.
22. Na hora de transar é bom, mas depois a gente paga pelos erros
23. Se pudesse, eu voltava atrás no tempo, para quando eu era mais inocente.
24. É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este daqui.
25. Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele, é super gracinha.
26. A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz.
27. A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mãe mais velha.
28. Antes eu era o alvo das atenções. Agora só lembram do neném.
29. Logo que o neném nasce todo mundo dá a maior atenção. Depois a gente acaba ficando sozinha.
30. A vida ganha mais sentido. Tem alguém para a gente cuidar.
31. É tão bom ficar com o neném, ensinar tudo pra ele, ver ele crescer forte e bonito.

-
32. As pessoas passam a te olhar com mais respeito. A gente fica mais importante.
33. Ser mãe não é tão difícil assim. No início a gente fica insegura, mas depois pega o jeito.
34. As pessoas esperam que a gente seja adulto, responsável, mas a gente ainda é criança, não sabe as coisas da vida.
35. Ficam olhando pra gente como se a gente não fosse normal.
36. Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga. Não dá pra dizer que não sabe.

ANEXO 4 - CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO - Q

Eu, Sílvia Reis dos Santos, sou médica e aluna do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Estou conduzindo um estudo chamado “As Vivências da Maternidade na Adolescência”, e preciso conversar com mães de 10 a 15 anos de idades. Este estudo busca entender melhor de que forma jovens como você vivenciam a experiência de ser mãe. Desta forma, vou precisar fazer algumas perguntas e pedir que você leia umas frases e preencha um formulário. É possível que daqui a umas duas semanas nós tenhamos que nos encontrar novamente.

O estudo não irá interferir de nenhuma maneira com a atenção à saúde dispensada para você e seu filho. Se você não concordar em participar, não haverá nenhum problema ou prejuízo para o seu atendimento. As informações obtidas serão mantidas em sigilo, sem possibilidade de identificação do seu nome e de suas respostas por outras pessoas.

Você concorda em participar do estudo “As Vivências da Maternidade na Adolescência”?

SIM ☐NÃO ☐

Nome: _____ Data: __ / __ / ____

ANEXO 5 – ESCALA INVERTIDA

[illegible]

ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO

A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA - Data: ____/____/____

DADOS DEMOGRÁFICOS:

2. Nome da mãe: _____

2. Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Tel: _____

3. Idade: _____ anos 4. Idade do pai da criança: _____ anos

5. Data de nascimento da criança: ____/____/____ Idade: _____ meses

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA-FAMILIAR:

6. Composição domiciliar: _____

7. Situação conjugal: ☐ Com união conjugal ☐ Sem união conjugal8. Situação de domicílio:
☐ Dependente (+ 1 família) ☐ Independente
☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Outro _____9. Escolaridade:
Ainda estuda? ☐ Sim ☐ Não
Última série completada: _____ série10. Trabalho:
Está trabalhando com remuneração neste momento?
☐ Sim. Em que? _____ Renda: R\$ _____ ☐ Não12. Renda familiar:
Quem é (são) o(s) provedor(es) da família? _____
Renda familiar? _____**HISTÓRIA DE GRAVIDEZ / PARTO E NEONATAL:**

12. Gesta _____ Para _____

13. Fêz pré-natal paral na gravidez da criança em questão?
☐ Sim. Quantas consultas? _____ ☐ Não
Intercorrências? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não14. Tipo de parto? ☐ Normal ☐ Cesariana ☐ Fórceps
Intercorrência? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não

15. Peso ao nascimentos: _____ gramas

16. Amamentou? ☐ Sim. Por quanto tempo? _____ ☐ Não**SEXUALIDADE:**

17. Idade da primeira relação sexual: _____ anos

18. Tem companheiro/namorado no momento atual? ☐ Sim ☐ Não19. Tem vida sexual? ☐ Sim ☐ Não20. Faz uso de algum MAC? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não

22. Sua vida hoje é melhor ou pior do que antes de ficar grávida?

☐ Melhor ☐ Pior

Por que?

OBS: _____

ANEXO 7 – PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (1A)

Nome	Unidade	Munic.	Bairro	Idade adol.	Idade pai criança	Idade criança	Idade 1ª relação sexual	Idade ficou grávida	Mora com o pai da criança?	Nº de famí-lias no domicílio	Domicílio Próprio?	Estuda?	Renda familiar (em SM)	Renda per capita (em SM)
1.JAAS	IPPMG	RJ	Parque União	15	21	11	12	13	Sim	> 1	Sim	Não	4,0	0,7
2.PLAA	IPPMG	RJ	Parque União	15	23	12	13	13	Não	1	Não	Sim	3,5	0,9
3.RRC1	IPPMG	NI		15	23	8	12	13	Sim	1	Não	Não	5,3	2,8
4.LRB	IPPMG	RJ	Bonsucesso	15	19	6	13	13	Não	1	Sim	Sim	2,0	0,5
5.SPM	IPPMG	RJ	Parque União	14	19	7	12	12	Não	1	Sim	Sim	4,7	2,2
6.NVG	IPPMG	RJ	Parque União	14	20	15	12	12	Não	> 1	Sim	Não	4,0	0,4
7.JSB	IPPMG	RJ	Parque União	15	19	23	12	13	Não	1	Sim	Sim	2,3	0,5
8.RRC2	IPPMG	RJ	Parque União	15	17	7	13	13	Não	1	Sim	Sim	1,0	2,5
9.DVRM	IPPMG	BR		15	17	11	12	13	Não	1	Sim	Sim	6,7	2,3
10.ACF	IPPMG	NI		16	31	23	13	13	Sim	1	Não	Não	2,7	0,7

1 SM = R\$ 153,00

BR = Município de Belford Roxo

NI = Município de Nova Iguaçu

ANEXO 7 – PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (1B)

Nome	Unidade	Munic.	Bairro	Idade Adol.	Idade pai criança	Idade criança	Idade 1ª relação sexual	Idade ficou grávida	Mora com o pai da criança?	Nº de famílias no domicílio	Domicílio Próprio?	Estuda?	Renda familiar (em SM)	Renda per capita (em SM)
11.ICF	IPPMG	BR		15	18	6	13	13	Não	1	Sim	Não	5,2	0,7
12.JCPN	IPPMG	CX		15	22	13	12	13	Sim	> 1	Sim	Não	2,0	0,7
13.WSS	UISHL	RJ	Cidade Deus	15	19	8	13	13	Não	> 1	Sim	Não	2,0	0,5
14.VMC	UISHL	RJ	Cidade Deus	15	17	15	13	13	Não	> 1	Sim	Não	2,0	0,25
15.DA	UISHL	RJ	Cidade Deus	15	19	15	13	13	Não	> 1	Sim	Não	2,7	0,5
16.ASL	IPPMG	RJ	Bonsucesso	15	18	6	13	13	Sim	> 1	Sim	Sim	4,0	0,7
17.APS	IPPMG	CX		15	15	6	12	13	Não	1	Sim	Sim	6,7	2,3
18.DSD	UISHL	RJ	Cidade Deus	15	19	6	13	13	Não	> 1	Sim	Não	2,4	0,3
19.CST	UISHL	RJ	Cidade Deus	15	28	12	13	13	Sim	1	Sim	Não	2,7	0,9
20.RSG	IPPMG	RJ	Vila Pinheiros	16	21	22	12	13	Sim	1	Não	Não	3,0	2,0

1 SM = R\$ 153,00

CX = Município de Duque de Caxias

ANEXO 7 – PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (2A)

Nome	Gesta	Para	Nº con- sultas no pré-natal.	Intercorrências no pré-natal? Quais?	Tipo de parto	Intercorrências durante o parto? Quais?	Peso Nascimento (g)	Tempo Aleitamento Exclusivo (dias)	Tem namorado no momento?	Tem vida sexual?	Usa MAC? Qual?
1.JAAS	1	1	7	Hiperemese	Cesáreo	Não	3 410	180	Sim	Sim	Pílula
2.PLAA	1	1	4	Não	Normal	Não	3 055	60	Sim	Sim	Pílula
3.RRC1	2	1	7	Sangramento	Cesáreo	Pré-eclâmpsia	2 080	0	Sim	Sim	Pílula
4.LRB	1	1	4	Não	Normal	Prematuridade	2 400	30	Sim	Sim	Pílula
5.SPM	1	1	9	Não	Normal	Não	3 100	180	Não	Não	Pílula
6.NVG	1	1	5	Não	Normal	Prematuridade	2 805	60	Sim	Sim	Pílula
7.JSB	1	1	9	Ameaça parto prematuro	Cesáreo	Pré-eclâmpsia	3 030	210	Não	Não	Não
8.RRC2	1	1	7	Não	Cesáreo	Não	3 450	90	Sim	Sim	Pílula
9.DVRM	1	2	5	Não	Cesáreo	Gêmeos	2 310	0	Sim	Sim	Pílula
10.ACF	2	2	6	Não	Normal	Não	3 000	180	Sim	Não	Não

ANEXO 7 – PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (2B)

Nome	Gesta	Para	Nº con- sultas no pré-natal.	Intercorrências no pré-natal? Quais?	Tipo de parto	Intercorrências durante o parto? Quais?	Peso Nascimento (g)	Tempo Aleitamento Exclusivo (dias)	Tem namorado no momento?	Tem vida sexual?	Usa MAC? Qual?
11.ICF	1	1	6	Verrugas na vagina	Cesáreo	Não	2 950	120	Sim	Sim	Pílula
12. JCPN	2	1	5	Anemia	Cesáreo	Prematuridade	1 850	30	Sim	Sim	Injeção
13. WSS	1	1	8	Não	Cesáreo	Pré-eclâmpsia	4 300	150	Sim	Sim	Pílula
14.VMC	2	1	5	Não	Normal	Não	3 400	90	Não	Sim	Pílula
15.DA	1	1	4	Não	Normal	Não	2 870	180	Sim	Sim	Pílula
16.ASL	1	1	9	Não	Cesáreo	Pré-eclâmpsia	2 890	90	Sim	Sim	Condom
17.APS	1	1	6	Não	Normal	Prematuridade	1 905	60	Não	Não	Não
18.DSD	1	1	7	Não	Normal	Não	3 210	90	Não	Sim	Condom
19.CST	2	1	6	Não	Normal	Não	3 270	120	Sim	Sim	Condom
20. RSG	1	1	5	Não	Normal	Não	3 180	90	Sim	Sim	Pílula

ANEXO 7– PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (3A)

Nome	Sua vida hoje é melhor ou pior?	Por que?	Depoimentos
1.JAAS	Pior	Seria mais simples; é muita responsabilidade	É muita solidão, não tenho amigos; fico em casa sozinha; meu marido não quer que eu estude ou trabalhe; sofro calada, mas ele sai com os amigos dele e eu não posso dizer nada
2.PLAA	Pior	Teria mais liberdade; não gosto de pedir para ficarem com o neném	Minha avó é a minha amiga; meu marido me estimula para estudar, diz que eu sou inteligente; ele quer casar, mas eu não quero porque quero entrar para a Marinha
3.RRC1	Pior	Teria mais liberdade	A gravidez dele foi planejada; eu tive um aborto espontâneo antes e quis logo pegar outro filho, mas pretendo voltar a estudar
4.LRB	Melhor	Hoje tenho mais liberdade; é mais trabalho mas sou mais feliz	A gravidez não foi planejada; meu companheiro está no serviço militar
5.SPM	Pior	Filho prende muito; não posso me divertir, mas quando estou longe dele é pior	A gravidez foi desejada, mais ou menos planejada
6.NVG	Pior	Estaria na escola, e a vida seria mais fácil; ao mesmo tempo hoje tenho mais liberdade; vou a lugares que antes não podia ir	Não falo com a minha mãe
7.JSB	Melhor	Hoje tenho mais coisas, mais liberdade	
8.RRC2	Pior	Teria mais coisas; hoje tenho que dividir, mas não estou arrependida	Não tive festa de 15 anos; passei meus 15 anos na maternidade
9.DVRM	Pior	Teria mais tempo pra diversão e pros estudos	
10.ACF	Pior	Estaria estudando	Na gravidez do outro correu tudo bem. Não fiz pré-natal na gravidez da menina; foi cesariana, ela era prematura e ficou internada 28 dias. Os médicos descobriram que ela tinha sífilis. e eu também. Em me tratei, mas meu marido nem quer ouvir falar. Não tenho mais relações com ele.

ANEXO 7 – PERFIL DAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS (3B)

Nome	Sua vida hoje é melhor ou pior?	Por que?	Depoimentos
11. ICF	Pior	Hoje tenho mais preocupação e menos liberdade não teria que passar o que estou passando	
12. JCPN	Pior	Poderia sair mais, me divertir; não estaria morando com o pai da minha filha	Na hora não pensei nas consequências; hoje não posso viver sem minha filha; meu marido me estimula a estudar; não tive festa de 15 anos; faço tudo sozinha, minha mãe não me ajuda
13. WSS	Pior	Teria mais liberdade e menos preocupação	
14. VMC	Pior	Não ia ter a cabeça que tenho hoje; ia ser mais avoada, mas a vida seria mais fácil, com menos preocupação	
15. DA	Nem melhor nem pior	O que tenho que passar hoje, já passava antes	
16. ASL	Melhor	Eu aprontava muito, fazia minha mãe sofrer; hoje sou mais amiga dela	
17. APS	Nem melhor nem pior	É ruim porque eu parei de estudar, mas é bom porque hoje tenho meu filho	
18. DSD	Pior	Eu poderia trabalhar, estudar e ajudar minha mãe	
19. CST	Pior	Eu ia estar trabalhando e estudando	
20. RSG	Nem melhor nem pior	Minha vida é igual; não me atrapalha em nada; meu marido ajuda e vai pagar meu curso de informática	

ANEXO 8 – PERFIL DAS ADOLESCENTES POR UNIDADE DE SAÚDE

Variável	IPPMG (N=15)	UIHL (N=5)	TOTAL (N=20)
Idade da adolescente (anos) *	15,0 ± 0,5	15,0 ± 0,0	15,0 ± 0,5
Idade do pai da criança (anos) *	20,2 ± 3,8	20,4 ± 4,4	20,3 ± 3,8
Idade da criança (meses) *	11,7 ± 6,3	11,2 ± 4,1	11,6 ± 5,8)
Idade em que engravidou (anos) *	12,9 ± 0,4	13,0 ± 0,0	12,9 anos ± 0,3
Mora companheiro	46,7%	20,0%	40,0%
Domicílio independente (1 família)	73,3%	20,0%	60,0%
Casa própria	73,3%	100,0%	80,0%
Está estudando	53,3%	0,0%	40,0%
Última série completada (série) *	6,1 ± 2,0	5,8 ± 0,8	6,0 ± 2,8
Renda per capita *	R\$ 148,30 ± 86,40	R\$ 72,60 ± 37,50	R\$ 129,40 ± 83,30
Esta é a primeira gestação	80,0%	60,0%	75,0%
Nº de consultas no pré-natal ≥ 6	60,0%	60,0%	60,0%
Intercorrências na gravidez	33,3%	0,0%	25,0%
Parto normal	46,7%	80,0%	55,0%
Intercorrências no parto	46,7%	20,0%	40,0%
Peso ao nascimento < 2500g	40,0%	0,0%	30,0%
Md. tempo aleitam. exclusivo (dias)	90,0	120,0	90,0
Idade 1ª relação sexual (anos) *	12,4 ± 0,5	13,0 ± 0,0	12,5 ± 0,5
Tem namorado	80,0%	60,0%	75,0%
Tem vida sexual	73,3%	100,0%	80,0%
Faz uso de MAC	80,0%	100,0%	85,0%
MAC escolha e % uso	Pílula (83,3%)	Pílula (60,0%)	Pílula (76,5%)
Vida hoje é melhor ou igual	33,3%	20,0%	30,0%

* $\bar{x} \pm DP$

ANEXO 9 – ANÁLISE FATORIAL (PQMETHOD)

Correlation Matrix Between Sorts

SORTS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 jaas	100	29	-20	1	20	6	3	-24	-17	11	32	9	-6	9	16	15	9	16	-6	-8
2 plaa	29	100	-20	1	31	-33	-4	-8	6	-1	0	9	-19	-3	-11	14	-14	33	-18	-4
3 rrc1	-20	-20	100	60	5	34	28	62	44	47	36	40	67	50	55	46	44	18	67	72
4 lrb	1	1	60	100	17	12	25	41	39	55	56	32	51	48	51	64	41	23	62	58
5 spm	20	31	5	17	100	-8	-15	16	15	39	39	37	3	32	19	36	24	53	18	7
6 nvq	6	-33	34	12	-8	100	16	48	39	28	9	16	28	47	34	26	25	-20	53	42
7 jsb	3	-4	28	25	-15	16	100	23	28	22	-3	3	33	38	37	49	18	8	23	31
8 rrc2	-24	-8	62	41	16	48	23	100	73	42	26	53	58	62	29	56	33	16	58	75
9 dvm	-17	6	44	39	15	39	28	73	100	37	21	65	36	53	22	46	35	4	57	67
10 acf	11	-1	47	55	39	28	22	42	37	100	48	50	52	72	65	73	66	41	42	47
11 icf	32	0	36	56	39	9	-3	26	21	48	100	25	45	43	56	51	54	40	41	39
12 jcpn	9	9	40	32	37	16	3	53	65	50	25	100	31	47	28	35	33	29	42	49
13 wss	-6	-19	67	51	3	28	33	58	36	52	45	31	100	47	62	54	57	19	46	59
14 vmc	9	-3	50	48	32	47	38	62	53	72	43	47	47	100	56	63	52	37	67	58
15 da	16	-11	55	51	19	34	37	29	22	65	56	28	62	56	100	65	57	40	49	54
16 asl	15	14	46	64	36	26	49	56	46	73	51	35	54	63	65	100	39	30	55	56
17 aps	9	-14	44	41	24	25	18	33	35	66	54	33	57	52	57	39	100	39	28	46
18 dsd	16	33	18	23	53	-20	8	16	4	41	40	29	19	37	40	30	39	100	9	23
19 cst	-6	-18	67	62	18	53	23	58	57	42	41	42	46	67	49	55	28	9	100	65
20 rsg	-8	-4	72	58	7	42	31	75	67	47	39	49	59	58	54	56	46	23	65	100

Unrotated Factor Matrix

	Factors							
	1	2	3	4	5	6	7	8
SORTS								
1 jaas	0.0366	0.5570	-0.2049	0.2476	0.5841	0.2026	0.3509	0.0518
2 plaa	-0.0621	0.5795	0.4457	0.4242	-0.1281	0.1835	0.1718	0.1534
3 rrc1	0.7606	-0.2858	-0.0721	-0.1467	-0.2557	0.1329	0.0383	0.1974
4 lrb	0.7205	0.0568	-0.1149	0.0133	-0.2392	0.4564	-0.0773	-0.2160
5 spm	0.3237	0.6554	0.3299	-0.1931	0.0981	-0.0665	-0.3671	-0.0165
6 nvq	0.4600	-0.4697	-0.0638	0.0003	0.6338	-0.0885	-0.0766	0.2127
7 jsb	0.3857	-0.1868	-0.2401	0.7503	-0.1538	-0.2320	-0.0258	-0.0414
8 rrc2	0.7489	-0.3273	0.3776	-0.0206	-0.0459	-0.0601	0.0270	0.1092
9 dvm	0.6653	-0.2733	0.5308	0.0874	0.0562	-0.0377	0.1746	-0.1744
10 acf	0.7812	0.2658	-0.1045	-0.0432	0.0635	-0.2469	-0.1119	-0.2935
11 icf	0.6088	0.4132	-0.2634	-0.2844	0.0648	0.3310	0.0803	-0.0329
12 jcpn	0.5954	0.1099	0.5225	-0.1502	0.1012	-0.1103	0.2533	-0.1724
13 wss	0.7357	-0.1501	-0.2789	-0.0683	-0.2355	-0.0425	0.2366	0.0099
14 vmc	0.8215	0.0432	0.0589	0.1069	0.2120	-0.1889	-0.2122	0.0537
15 da	0.7429	0.1537	-0.4498	0.0466	0.0110	-0.0549	-0.0228	0.1311
16 asl	0.7978	0.1776	-0.0554	0.3532	-0.0201	0.0937	-0.1947	-0.2026
17 aps	0.6646	0.1834	-0.2694	-0.2752	-0.0068	-0.3542	0.2666	-0.1129
18 dsd	0.3873	0.6602	0.0547	-0.0517	-0.2782	-0.2556	-0.0657	0.4024
19 cst	0.7616	-0.2588	0.0817	-0.0359	0.1575	0.3201	-0.2722	0.1153
20 rsg	0.8189	-0.2334	0.1388	0.0271	-0.0972	0.1173	0.2052	0.2040
Eigenvalues	8.1536	2.5218	1.5954	1.2000	1.1516	0.9108	0.7467	0.6092
% expl.Var.	41	13	8	6	6	5	4	3

Rotating Angles Used Between Factors

FTR#1	FTR#2	ANGLE	Generated By PQROT [11:01, 3/22/2001]
2	5	41.	
1	5	-21.	
1	3	47.	
2	3	11.	
1	2	-5.	

Rotação dos Eixos

Factor Matrix with an X Indicating a Defining Sort

Loadings				
QSORT	1	2	3	4
3 rrc1	0.8063X	-0.2665	0.1525	0.0297
20 rsg	0.8044X	-0.1018	0.2183	0.1548
8 rrc2	0.7646X	-0.1714	0.1053	0.1761
13 wss	0.7361X	-0.1422	0.2414	0.0367
10 acf	0.7145X	0.3454	0.0787	0.1756
4 lrb	0.7139X	0.0828	0.2281	-0.0485
14 vmc	0.7057X	0.2426	0.1886	0.3732
19 cst	0.7052X	-0.0908	0.1142	0.3853
17 aps	0.6616X	0.1571	-0.0768	0.1156
16 asl	0.6602X	0.3558	0.4597	0.1488
9 dvm	0.6514X	-0.0629	0.1113	0.2196
15 da	0.6373X	0.2112	0.2769	0.2060
12 jcpn	0.6225X	0.2253	-0.1985	0.1168
11 icf	0.5907X	0.3757	-0.1588	0.0989
1 jaas	-0.1861	0.7064X	0.0445	0.4238
5 spm	0.3454	0.6530X	-0.3465	-0.0860
2 plaa	-0.1031	0.6476X	0.1635	-0.3358
18 dsd	0.4262	0.5784X	-0.0517	-0.3680
7 jsb	0.1973	0.0166	0.8835X	0.0894
6 nvq	0.3002	-0.2101	0.0609	0.8341X
% expl.Var.	37	12	8	8

Rank Statement Totals with Each Factor

No.	Statement	No.	Factors							
			1	2	3	4				
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.25	20	1.05	6	0.85	10	-0.43	26
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-0.57	22	1.83	1	-1.71	36	-1.28	33
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.45	14	0.44	14	-1.71	36	0.43	15
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	1.43	2	-0.58	26	0.00	21	0.43	15
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.45	21	-1.01	31	1.28	6	-0.43	26
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.42	15	-1.32	34	-0.43	26	0.43	15
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	1.05	9	0.03	19	0.43	15	0.00	21
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-1.44	36	-0.65	27	-0.43	26	-0.43	26
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai	9	-0.66	23	0.78	11	-0.43	26	-0.43	26
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.11	19	-0.97	30	0.00	21	1.71	3
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.22	7	1.52	2	0.00	21	0.00	21
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0.01	17	-0.03	20	-0.85	30	-1.71	36
13	É a maior falação... Dá muita raiva e vergonha	13	-0.78	27	-1.06	32	-0.85	30	1.71	3
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o f	14	0.89	10	-0.19	23	0.00	21	0.85	10
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.66	24	-0.15	22	-0.85	30	-1.71	36
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.28	32	0.78	10	-1.28	33	-0.85	30
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.23	6	1.08	5	0.00	21	0.43	15
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem	18	1.29	5	0.97	7	0.43	15	0.00	21
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais . amor	19	0.55	13	0.04	17	1.71	3	0.85	10
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me	20	-1.31	34	1.47	3	-1.28	33	-0.85	30
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-0.69	25	-2.13	35	0.00	21	-1.71	36
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos	22	-1.07	30	0.49	12	1.71	3	-0.85	30
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.77	26	0.19	16	-0.43	26	-0.43	26
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra e	24	-1.05	29	-2.49	36	-1.28	33	0.43	15
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com	25	0.84	11	0.03	18	0.43	15	0.00	21
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	1.31	4	-0.14	21	0.85	10	0.00	21
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-0.04	18	-1.17	33	0.43	15	1.71	3
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-1.39	35	0.89	8	0.85	10	-0.85	30
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica só	29	-1.18	31	-0.71	28	1.71	3	-1.28	33
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.32	3	-0.89	29	0.85	10	1.28	6
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.80	1	0.44	13	1.28	6	0.00	21
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais impo	32	0.24	16	-0.42	25	0.43	15	0.85	10
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o	33	1.15	8	1.10	4	1.28	6	1.28	6
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é cri	34	-0.83	28	0.22	15	-0.85	30	1.28	6
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.29	33	-0.29	24	-1.71	36	-1.28	33
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.63	12	0.86	9	-0.43	26	0.85	10

Correlations Between Factors

	1	2	3	4
1	1.0000	0.1495	0.3539	0.4453
2	0.1495	1.0000	-0.0351	-0.1788
3	0.3539	-0.0351	1.0000	0.1615
4	0.4453	-0.1788	0.1615	1.0000

Normalized Factor Scores -- For Factor 1

No.	Statement	No.	Z-SCORES
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.801
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	1.425
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.323
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	1.310
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	1.294
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.230
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.222
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.152
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	1.049
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.892
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.836
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.628
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.549
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.452
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.423
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.242
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0.005
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-0.041
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.114
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.250
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.447
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-0.571
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.662
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.664
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-0.694
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.768
13	É a maior falácia... dá muita raiva e vergonha	13	-0.782
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.827
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.051
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-1.070
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-1.181
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.282
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.289
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.313
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-1.386
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-1.441

Normalized Factor Scores -- For Factor 2

No.	Statement	No.	Z-SCORES
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	1.831
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.515
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	1.471
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.097
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.079
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	1.049
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.971
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	0.894
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.858
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	0.781
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	0.780
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	0.493
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	0.440
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.439
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	0.216
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	0.188
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.037
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.034
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.033
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-0.033
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	-0.145
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.153
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	-0.187
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-0.293
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	-0.421
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	-0.585
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.653
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-0.710
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	-0.887
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.973
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-1.011
13	É a maior falção... dá muita raiva e vergonha	13	-1.058
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-1.166
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	-1.318
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-2.129
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2.487

Normalized Factor Scores -- For Factor 3

No.	Statement	No.	Z-SCORES
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	1.708
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	1.708
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	1.708
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	1.281
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.281
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.281
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	0.854
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	0.854
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	0.854
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	0.854
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.427
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.427
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.427
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0.427
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.427
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	0.000
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	0.000
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	0.000
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.000
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	0.000
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	0.000
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.427
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.427
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.427
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	-0.427
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	-0.427
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-0.854
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.854
13	É a maior falácia... dá muita raiva e vergonha	13	-0.854
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.854
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.281
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.281
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.281
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	-1.708
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.708
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1.708

Normalized Factor Scores -- For Factor 4

No.	Statement	No.	Z-SCORES
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	1.708
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	1.708
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	1.708
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.281
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.281
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	1.281
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.854
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.854
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.854
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.854
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	0.427
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	0.427
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.427
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	0.427
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.427
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	0.000
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.000
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.000
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	0.000
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.000
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	0.000
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.427
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.427
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.427
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.427
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.427
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-0.854
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-0.854
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-0.854
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-0.854
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-1.281
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.281
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1.281
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-1.708
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-1.708
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-1.708

Descending Array of Differences Between Factors 1 and 2

No.	Statement	No.	Type 1	Type 2	Difference
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.323	-0.887	2.210
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	1.425	-0.585	2.010
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.423	-1.318	1.741
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	1.310	-0.145	1.454
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.051	-2.487	1.436
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-0.694	-2.129	1.435
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.801	0.440	1.361
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-0.041	-1.166	1.125
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.892	-0.187	1.079
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	1.049	0.033	1.016
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.114	-0.973	0.859
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.836	0.034	0.802
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.242	-0.421	0.663
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.447	-1.011	0.564
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.549	0.037	0.512
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	1.294	0.971	0.323
13	É a maior falácia... dá muita raiva e vergonha	13	-0.782	-1.058	0.275
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.230	1.079	0.151
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.152	1.097	0.055
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0.005	-0.033	0.038
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.452	0.439	0.012
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.628	0.858	-0.230
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.222	1.515	-0.293
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-1.181	-0.710	-0.471
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.664	-0.153	-0.511
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-1.441	-0.653	-0.788
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.768	0.188	-0.956
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.289	-0.293	-0.996
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.827	0.216	-1.043
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.250	1.049	-1.299
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.662	0.780	-1.442
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-1.070	0.493	-1.563
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.282	0.781	-2.063
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-1.386	0.894	-2.280
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-0.571	1.831	-2.402
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.313	1.471	-2.784

Descending Array of Differences Between Factors 1 and 3

No.	Statement	No.	Type 1	Type 3	Difference
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.452	-1.708	2.160
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	1.425	0.000	1.425
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.230	0.000	1.230
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.222	0.000	1.222
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-0.571	-1.708	1.137
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.628	-0.427	1.055
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.892	0.000	0.892
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	1.294	0.427	0.867
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0.005	-0.854	0.859
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.423	-0.427	0.850
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	1.049	0.427	0.622
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.801	1.281	0.520
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.323	0.854	0.469
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	1.310	0.854	0.456
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.289	-1.708	0.419
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.836	0.427	0.409
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.051	-1.281	0.230
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.664	-0.854	0.190
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-0.782	-0.854	0.071
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.827	-0.854	0.027
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.282	-1.281	-0.001
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.313	-1.281	-0.033
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.114	0.000	-0.114
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.152	1.281	-0.129
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.242	0.427	-0.185
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.662	-0.427	-0.235
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.768	-0.427	-0.341
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-0.041	0.427	-0.468
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-0.694	0.000	-0.694
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-1.441	-0.427	-1.014
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.250	0.854	-1.104
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.549	1.708	-1.159
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.447	1.281	-1.728
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-1.386	0.854	-2.240
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-1.070	1.708	-2.778
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-1.181	1.708	-2.889

Descending Array of Differences Between Factors 1 and 4

No.	Statement	No.	Type 1	Type 4	Difference
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.801	0.000	1.801
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0.005	-1.708	1.713
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	1.310	0.000	1.310
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	1.294	0.000	1.294
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.222	0.000	1.222
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	1.049	0.000	1.049
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.664	-1.708	1.044
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-0.694	-1.708	1.014
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	1.425	0.427	0.998
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.836	0.000	0.836
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.230	0.427	0.804
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-0.571	-1.281	0.710
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	-0.250	-0.427	0.177
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-1.181	-1.281	0.100
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	1.323	1.281	0.042
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.892	0.854	0.038
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.452	0.427	0.025
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	0.423	0.427	-0.004
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.289	-1.281	-0.008
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-0.447	-0.427	-0.020
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.152	1.281	-0.129
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-1.070	-0.854	-0.216
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.628	0.854	-0.226
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.662	-0.427	-0.235
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.549	0.854	-0.305
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.768	-0.427	-0.341
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.282	-0.854	-0.428
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.313	-0.854	-0.460
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-1.386	-0.854	-0.532
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.242	0.854	-0.612
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-1.441	-0.427	-1.014
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.051	0.427	-1.478
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-0.041	1.708	-1.748
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.114	1.708	-1.822
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.827	1.281	-2.108
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-0.782	1.708	-2.490

Descending Array of Differences Between Factors 2 and 3

No.	Statement	No.	Type 2	Type 3	Difference
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	1.831	-1.708	3.539
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	1.471	-1.281	2.751
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.439	-1.708	2.147
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	0.781	-1.281	2.062
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.515	0.000	1.515
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-0.293	-1.708	1.415
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.858	-0.427	1.285
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	0.780	-0.427	1.207
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.079	0.000	1.079
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	0.216	-0.854	1.070
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-0.033	-0.854	0.821
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.153	-0.854	0.701
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	0.188	-0.427	0.615
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.971	0.427	0.544
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	1.049	0.854	0.195
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	0.894	0.854	0.040
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.097	1.281	-0.184
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	-0.187	0.000	-0.187
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-1.058	-0.854	-0.204
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.653	-0.427	-0.226
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.034	0.427	-0.393
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.033	0.427	-0.393
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	-0.585	0.000	-0.585
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	0.440	1.281	-0.841
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	-0.421	0.427	-0.847
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	-1.318	-0.427	-0.891
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.973	0.000	-0.973
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	-0.145	0.854	-0.999
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2.487	-1.281	-1.206
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	0.493	1.708	-1.215
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-1.166	0.427	-1.593
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.037	1.708	-1.671
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	-0.887	0.854	-1.741
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-2.129	0.000	-2.129
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-1.011	1.281	-2.292
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-0.710	1.708	-2.418

Descending Array of Differences Between Factors 2 and 4

No.	Statement	No.	Type 2	Type 4	Difference
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	1.831	-1.281	3.112
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	1.471	-0.854	2.325
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	0.894	-0.854	1.748
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-0.033	-1.708	1.675
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	0.781	-0.854	1.635
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.153	-1.708	1.555
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	1.515	0.000	1.515
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	1.049	-0.427	1.476
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	0.493	-0.854	1.347
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	0.780	-0.427	1.207
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-0.293	-1.281	0.988
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.971	0.000	0.971
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	1.079	0.427	0.653
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	0.188	-0.427	0.615
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-0.710	-1.281	0.571
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	0.440	0.000	0.440
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.034	0.000	0.034
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.033	0.000	0.033
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	0.439	0.427	0.012
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	0.858	0.854	0.004
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	-0.145	0.000	-0.145
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.097	1.281	-0.184
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.653	-0.427	-0.226
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-2.129	-1.708	-0.421
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	-1.011	-0.427	-0.584
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	0.037	0.854	-0.817
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	-0.585	0.427	-1.012
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	-0.187	0.854	-1.041
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	0.216	1.281	-1.065
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	-0.421	0.854	-1.274
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	-1.318	0.427	-1.745
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	-0.887	1.281	-2.168
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	-0.973	1.708	-2.681
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-1.058	1.708	-2.766
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	-1.166	1.708	-2.874
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2.487	0.427	-2.914

Descending Array of Differences Between Factors 3 and 4

No.	Statement	No.	Type 3	Type 4	Difference
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	1.708	-1.281	2.989
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	1.708	-0.854	2.562
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	0.000	-1.708	1.708
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	0.854	-0.854	1.708
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	1.281	-0.427	1.708
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	0.854	-0.427	1.281
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	1.281	0.000	1.281
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	-0.854	-1.708	0.854
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-0.854	-1.708	0.854
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	0.854	0.000	0.854
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	1.708	0.854	0.854
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	0.427	0.000	0.427
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	0.427	0.000	0.427
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	0.427	0.000	0.427
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-0.427	-0.427	0.000
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-0.427	-0.427	0.000
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-0.427	-0.427	0.000
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	0.000	0.000	0.000
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	1.281	1.281	0.000
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-1.281	-0.854	-0.427
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-1.281	-0.854	-0.427
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1.708	-1.281	-0.427
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-1.708	-1.281	-0.427
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	0.000	0.427	-0.427
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	0.000	0.427	-0.427
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	0.854	1.281	-0.427
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0.427	0.854	-0.427
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	-0.427	0.427	-0.854
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	0.000	0.854	-0.854
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	-0.427	0.854	-1.281
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0.427	1.708	-1.281
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-1.281	0.427	-1.708
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	0.000	1.708	-1.708
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-0.854	1.281	-2.135
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	-1.708	0.427	-2.135
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-0.854	1.708	-2.562

Factor Q-Sort Values for Each Statement

No.	Statement	No.	Factor Arrays			
			1	2	3	4
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	0	3	2	-1
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1	4	-4	-3
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	1	1	-4	1
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	4	-1	0	1
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	0	-3	3	-1
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	1	-4	-1	1
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	2	0	1	0
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-4	-2	-1	-1
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-1	1	-1	-1
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	0	-2	0	4
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	2	4	0	0
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0	0	-2	-4
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-2	-3	-2	4
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	2	-1	0	2
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-1	-1	-2	-4
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-3	2	-3	-2
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	3	3	0	1
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	3	2	1	0
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	1	0	4	2
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-4	4	-3	-2
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-1	-4	0	-4
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-2	1	4	-2
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-1	0	-1	-1
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2	-4	-3	1
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	1	0	1	0
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	3	0	2	0
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0	-3	1	4
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-4	2	2	-2
29	Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-3	-2	4	-3
30	A vida ganha mais sentido: Tem alguém pra gente cuidar	30	4	-2	2	3
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	4	1	3	0
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0	-1	1	2
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	2	3	3	3
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-2	1	-2	3
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-3	-1	-4	-3
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	1	2	-1	2

Factor Q-sort Values for Statements sorted by Consensus vs. Disagreement (Variance across normalized Factor Scores)

			Factor Arrays			
No.	Statement	No.	1	2	3	4
33	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	2	3	3	3
25	Adoro levar o neném pra passear. As pessoas mexem com ele	25	1	0	1	0
23	Se pudesse eu voltava atras...quando era mais inocente	23	-1	0	-1	-1
8	Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-4	-2	-1	-1
7	A mãe do neném é que sabe o que é melhor para o filho	7	2	0	1	0
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0	-1	1	2
14	É legal ser mãe novinha porque dá para curtir bem o filho	14	2	-1	0	2
18	A saúde do neném preocupa...se ele vai crescer sem problemas	18	3	2	1	0
17	O importante é poder trabalhar ... ser independente	17	3	3	0	1
35	Ficam olhando como se a gente não fosse normal	35	-3	-1	-4	-3
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	1	2	-1	2
15	Eu não paro nunca ... Vivo cansada	15	-1	-1	-2	-4
9	Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-1	1	-1	-1
26	A vida com meu filho é mais alegre, mais feliz	26	3	0	2	0
19	A gente fica mais próxima da família. Dão mais ...e amor	19	1	0	4	2
1	Ser mãe é muito difícil, é muita responsabilidade	1	0	3	2	-1
11	O futuro preocupa, como vai ser a nossa vida e do filho	11	2	4	0	0
12	Quem manda no sono da gente é o neném	12	0	0	-2	-4
31	É bom ficar com o neném, ensinar, ver ele crescer	31	4	1	3	0
6	A gente fica mais bonita, mais mulher	6	1	-4	-1	1
4	Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	4	-1	0	1
21	Quando o neném nasce a gente ganha a liberdade	21	-1	-4	0	-4
16	Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-3	2	-3	-2
5	O corpo muda muito, não volta mais não.	5	0	-3	3	-1
34	As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-2	1	-2	3
30	A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	4	-2	2	3
3	Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	1	1	-4	1
10	Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	0	-2	0	4
28	Antes eu era o alvo das atenções. Agora só o neném	28	-4	2	2	-2
27	A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0	-3	1	4
24	É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2	-4	-3	1
22	Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-2	1	4	-2
13	É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-2	-3	-2	4
20	Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-4	4	-3	-2
29	Logo que o oneném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-3	-2	4	-3
2	Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1	4	-4	-3

Factor Characteristics

	Factors			
	1	2	3	4
No. of Defining Variables	14	4	1	1
Average Rel. Coef.	0.800	0.800	0.800	0.800
Composite Reliability	0.982	0.941	0.800	0.800
S.E. of Factor Scores	0.132	0.243	0.447	0.447

Standard Errors for Differences in Normalized Factor Scores

(Diagonal Entries Are S.E. Within Factors)

Factors	1	2	3	4
1	0.187	0.276	0.466	0.466
2	0.276	0.343	0.509	0.509
3	0.466	0.509	0.632	0.632
4	0.466	0.509	0.632	0.632

Distinguishing Statements for Factor 1

(P < .05 ; Asterisk (*) Indicates Significance at P < .01)

Both the Factor Q-Sort Value and the Normalized Score are Shown.

		Factors							
		1		2		3		4	
No. Statement	No.	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE
4 Ter um filho é a melhor coisa que pode acontecer	4	4	1.43	-1	-0.58	0	0.00	1	0.43
8 Às vezes penso se outra pessoa iria criar ele melhor	8	-4	-1.44	-2	-0.65	-1	-0.43	-1	-0.43

Distinguishing Statements for Factor 2

(P < .05 ; Asterisk (*) Indicates Significance at P < .01)

Both the Factor Q-sort Value and the Normalized Score are Shown.

		Factors							
		1		2		3		4	
No. Statement	No.	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE
2 Às vezes dá medo, uma tristeza, uma vontade de chorar	2	-1	-0.57	4	1.83*	-4	-1.71	-3	-1.28
20 Às vezes dá vontade de...sumir. Não vai ser...pra me segurar	20	-4	-1.31	4	1.47*	-3	-1.28	-2	-0.85
16 Ter filho tão cedo é perder o melhor da juventude	16	-3	-1.28	2	0.78*	-3	-1.28	-2	-0.85
9 Quando a gente percebe que esta grávida...o mundo vai acabar	9	-1	-0.66	1	0.78	-1	-0.43	-1	-0.43
22 Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-2	-1.07	1	0.49	4	1.71	-2	-0.85
34 As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-2	-0.83	1	0.22	-2	-0.85	3	1.28
30 A vida ganha mais sentido. Tem alguém pra gente cuidar	30	4	1.32	-2	-0.89*	2	0.85	3	1.28
27 A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0	-0.04	-3	-1.17*	1	0.43	4	1.71
24 É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2	-1.05	-4	-2.49	-3	-1.28	1	0.43

Distinguishing Statements for Factor 3

(P < .05 ; Asterisk (*) Indicates Significance at P < .01)

Both the Factor Q-sort Value and the Normalized Score are Shown.

		Factors							
		1		2		3		4	
No. Statement	No.	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE
22 Na hora de transar é bom, depois a gente paga pelos erros	22	-2	-1.07	1	0.49	4	1.71	-2	-0.85
29 Logo que o neném nasce...maior atenção. Depois fica sozinha	29	-3	-1.18	-2	-0.71	4	1.71*	-3	-1.28
5 O corpo muda muito, não volta mais não.	5	0	-0.45	-3	-1.01	3	1.28*	-1	-0.43
36 Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	1	0.63	2	0.86	-1	-0.43	2	0.85
3 Se a gente tem filho é porque Deus quis	3	1	0.45	1	0.44	-4	-1.71*	1	0.43

Distinguishing Statements for Factor 4

(P < .05 ; Asterisk (*) Indicates Significance at P < .01)

Both the Factor Q-sort Value and the Normalized Score are Shown.

		Factors							
		1		2		3			
No. Statement	No.	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE
10 Tem muita menina novinha com barriga. É super normal	10	0	-0.11	-2	-0.97	0	0.00	4	1.71*
13 É a maior falação... dá muita raiva e vergonha	13	-2	-0.78	-3	-1.06	-2	-0.85	4	1.71*
27 A mãe novinha é tão boa mãe quanto a mais velha	27	0	-0.04	-3	-1.17	1	0.43	4	1.71
34 As pessoas esperam que seja adulto...mas ainda é criança	34	-2	-0.83	1	0.22	-2	-0.85	3	1.28
24 É bom ter logo outro filho, pra fazer companhia pra este	24	-2	-1.05	-4	-2.49	-3	-1.28	1	0.43*

Consensus Statements -- Those That Do Not Distinguish Between ANY Pair of Factors.

All Listed Statements are Non-Significant at $P > .01$, and Those Flagged With an * are also Non-Significant at $P > .05$.

		Factors								
		1		2		3		4		
No.	Statement	No.	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE	RNK	SCORE
32	As pessoas te olham com mais respeito...fica mais importante	32	0	0.24	-1	-0.42	1	0.43	2	0.85
33*	Ser mãe não é tão difícil...No início...depois pega o jeito	33	2	1.15	3	1.10	3	1.28	3	1.28
36	Agora tem que se cuidar pra não pegar barriga	36	1	0.63	2	0.86	-1	-0.43	2	0.85

Análise fatorial Q - forma grupos de respondentes ou casos baseados em suas semelhanças em uma série de características;

Análise fatorial R - analisa relações entre variáveis a fim de identificar grupos de variáveis que formam dimensões latentes (fatores);

Eigenvalue - representa a quantidade de variância por conta de cada fator;

Factor Loadings - correlação entre as variáveis originais e os fatores; a chave para a compreensão da natureza de um determinado fator; *factor loadings* ao quadrado indicam o percentual da variância numa variável original que é explicado pelo fator;

Factor score - medida de composição criada para cada observação de cada fator extraído na análise fatorial; o peso dos fatores são utilizados junto com os valores das variáveis originais para calcular cada escore. O *factor score* então pode ser utilizado para representar o fator em análises subsequentes;

Fator - combinação linear das variáveis originais; os fatores também representam as dimensões subjacentes (constructos) que sintetizam ou representam a série original de variáveis;

Q-Sorts - medidas da opinião de um respondente a respeito de um tópico subjetivo, dada uma determinada condição de instrução;

Varimax - método ortogonal de rotação de fatores.