

Pires, R., Araújo-Pedrosa, A., Carvalho, P., & Canavarro M.C. (2012). Necessidades emergentes de promoção da saúde na transição para a parentalidade: Variáveis relacionais de risco para a depressão durante a gravidez na adolescência. In J.L.P. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, & S. Monteiro (Coord), *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (pp. 250–256). Aveiro: Placebo Editora.

Necessidades emergentes de promoção da saúde na transição para a parentalidade:

Variáveis relacionais de risco para a depressão durante a gravidez na adolescência

Pires, R. (1,2), Araújo Pedrosa, A. (1,2), Carvalho, P. (1,3) & Canavarro, M. C. (1,2)

1- Linha de Investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde* – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra; 2 – Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC, EPE; 3 - Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

Introdução

Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de gravidez na adolescência (Eurostat, 2010). Apesar do decréscimo verificado na ocorrência deste fenómeno ao longo das últimas décadas, a sua visibilidade social tem aumentado, colocando importantes desafios à promoção da saúde no contexto da transição para a parentalidade. Ao conjugar duas etapas desenvolvimentais antagónicas (Coley & Chase-Lansdale, 1998), a gravidez adolescente tem sido associada a múltiplos resultados adversos, nomeadamente a nível emocional (Black et al., 2002). O papel que os contextos em que a gravidez ocorre e que o suporte social disponibilizado podem desempenhar a este nível tem vindo a ser salientado (Beers & Hollo 2009). O presente estudo pretendeu, neste sentido, averiguar a existência de sintomas depressivos clinicamente significativos numa amostra de grávidas adolescentes e

analisar o poder explicativo de variáveis relacionais de diferentes contextos (família, pares, escola, serviços de saúde) na sintomatologia depressiva apresentada.

A adolescente que engravida e se decide pela maternidade é obrigada a desempenhar tarefas específicas da transição para a parentalidade antes que esteja preparada do ponto de vista cognitivo, emocional e social (Coley & Chase-Lansdale, 1998). O resultado de tal exigência pode ser diverso e não raras vezes desajustado (Black et al., 2002; Holgate et al., 2006).

Considerado de risco para a qualidade da transição para a parentalidade, o desajustamento emocional na mãe tem vindo a ser associado a práticas educativas menos adaptativas e a problemas desenvolvimentais nos seus filhos (Shanok & Miller, 2007). No entanto, dos estudos que comparam grávidas adolescentes com os seus pares sem história de gravidez ou com grávidas adultas, não é visível um padrão consistentemente desajustado para as jovens grávidas, mas sim uma diversidade de padrões resultantes dos múltiplos níveis de transacção com os vários contextos de vida (Beers & Hollo 2009; Sieger & Renk, 2007).

No que respeita ao contexto familiar, os estudos concluem que as experiências de cuidados precoces (Pereira, 2001) e a qualidade dos relacionamentos actuais (Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Sieger & Renk, 2007) são importantes variáveis a considerar.

Também outras relações interpessoais parecem desempenhar um importante papel no equilíbrio emocional destas jovens, nomeadamente as estabelecidas com o parceiro romântico e, menos exploradas, com o grupo de amigos (Milan et al 2004; Sieger & Renk 2007). Outros autores referem ainda que o apoio formal – dos serviços de saúde (Shanok & Miller, 2007) e da escola (Pires, 2009) – tem demonstrado efeitos positivos no seu bem-estar.

Método

Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 405 grávidas adolescentes entre os 12 e os 19 anos ($M = 16.45$; $DP = 1.27$). As jovens eram na sua maioria caucasianas ($n = 366$,

90.4%), Católicas ($n = 247$, 61.0%) ou seguidoras de outra religião ($n = 25$, 6.2%) e pertencentes a níveis socioeconómicos (Simões, 1994) baixos ($n = 371$, 91.6% vs. $n = 29$, 7.2%, médio e $n = 2$, 0.5%, alto). Maioritariamente solteiras ($n = 230$, 56.8%), apresentaram uma escolaridade média de 8 anos ($M = 8.30$; $DP = 2.05$). A idade gestacional variou entre as 3 e as 40 semanas ($M = 23.93$; $DP = 9.44$). Para 49 (12.1%) jovens esta não foi a primeira gravidez, sendo que 19 (4.6%) tinham já realizado pelo menos uma interrupção da gravidez. Trezentas e dezasseis (78.0%) jovens não planearam a actual gravidez.

Procedimentos

O presente estudo enquadra-se num projecto mais abrangente que se encontra em curso desde 2008 na Linha de Investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde*. A recolha da amostra ocorreu em serviços de saúde das várias regiões de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores, mediante aprovação das Comissões Éticas de todas as instituições. As adolescentes foram convidadas a participar durante o seu acompanhamento obstétrico e encaminhadas para uma sessão de avaliação com um psicólogo sempre que o aceitassem. Nesta sessão foram sujeitas a uma entrevista semi-estruturada e ao preenchimento de questionários de auto-resposta. A participação de todas as jovens foi aceite mediante assinatura de um consentimento informado, igualmente assinado pelos seus representantes legais sempre que estas eram menores de 18 anos. Cumpriram critérios de inclusão para o referido estudo jovens: 1) com idade igual ou inferior a 19 anos, 2) com compreensão da língua portuguesa adequada e 3) grávidas, em qualquer momento da gravidez.

Instrumentos

Informação sociodemográfica e reprodutiva - A recolha de informação sociodemográfica e reprodutiva foi efectuada através de uma ficha de caracterização construída a partir da entrevista semi-estruturada utilizada na triagem das utentes da Consulta de Grávidas

Adolescentes da Maternidade Doutor Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

Qualidade da relação com outros significativos e satisfação com o apoio institucional - As dimensões relativas à percepção da qualidade das relações com o pai, a mãe, o pai do bebé e o grupo de amigos foram avaliadas através da pergunta “De um modo geral, como classifica, no momento actual, a sua relação com...”, numa escala de resposta de tipo Likert de oito pontos, que vai desde “Inexistente” (1) a “Extremamente boa” (8). A satisfação com as redes de apoio institucional (serviços de saúde e escola) foi avaliada através da pergunta “Até que ponto se sente satisfeita com o apoio recebido no(a)...”, numa escala de resposta tipo Likert de seis pontos, que vai de “Nada satisfeita” (0) a “Extremamente satisfeita” (5).

Estilos educativos parentais - Os estilos educativos parentais foram avaliados através do *EMBU - Egná Minnen av Barndoms Uppfostram* (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorris, & Perris, 1980), na sua versão portuguesa *Memórias de Infância* (Canavarro, 1996, 1999). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento composto por 23 itens, onde se pede aos participantes que avaliem, separadamente para o pai e a mãe, a frequência de determinados comportamentos durante a sua infância e adolescência, numa escala de tipo Likert de quatro pontos, que vai desde “Não, nunca” (1) até “Sim, a maior parte do tempo” (4). Os comportamentos maternos e paternos são avaliados retrospectivamente em três dimensões: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção. Na presente amostra, o coeficiente α de Cronbach variou de .742 (Rejeição_Pai) a .917 (Suporte Emocional_Pai). A dimensão sobreprotecção apresentou valores de .419 a .548, razão pela qual foi excluída. A dimensão *Suporte Emocional* refere-se aos comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável e aprovado na sua presença (aprovação, encorajamento, expressão verbal e física de amor/carinho). A dimensão *Rejeição* é definida pelos comportamentos que visam modificar a vontade dos filhos (privação de objectos/privilégios, aplicação directa da força).

Sintomatologia depressiva - A sintomatologia depressiva foi avaliada através do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), na sua versão portuguesa *Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh* (Figueiredo, 2001). Trata-se de um questionário de auto-resposta com 10 itens numa escala de resposta tipo Likert, de quatro pontos, que aborda a intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores ao seu preenchimento. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de sintomatologia, sendo o ponto de corte para a significância clínica da mesma igual a 9. Na presente amostra, este instrumento apresentou um coeficiente α de Cronbach de .816.

Análise estatística

Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão) para todas as variáveis avaliadas. A selecção das variáveis relacionais a inserir nos modelos explicativos da sintomatologia depressiva – assim como das variáveis sociodemográficas/reprodutivas a controlar nessa análise - foi feita através de análises de Correlação de Pearson e Teste t. As variáveis assim seleccionadas foram, de seguida, introduzidas em modelos de regressão múltipla hierárquica. Todas as análises foram realizadas no software SPSS, v. 17.

Resultados

Prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa

Apesar de, em média, as adolescentes da nossa amostra não se encontrarem deprimidas ($M = 6.98$; $DP = 3.66$), para 34% ($n = 138$) delas os sintomas atingiram a significância clínica.

Variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relacionais e sintomatologia depressiva

A sintomatologia depressiva reportada pelas jovens da nossa amostra não variou em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas ou reprodutivas avaliadas. Revelou, no entanto, associações significativas: 1) positivas com a *Rejeição* paterna ($r = .323$, $p < .001$) e materna ($r = .302$, $p < .001$); 2) negativas com o *Suporte Emocional* paterno ($r = -.140$, $p = .009$), com a qualidade da relação actual com a mãe ($r = -.189$, $p < .001$), com o pai ($r = -.134$, $p = .008$),

com o pai do bebé ($r = -.140, p = .005$) e com os amigos ($r = -.186, p < .001$). O *Suporte Emocional* materno e a satisfação com o apoio institucional não revelaram associações com os níveis de sintomatologia depressiva apresentados.

Modelo explicativo da sintomatologia depressiva

A contribuição das variáveis avaliadas para os níveis de sintomatologia depressiva foi explorada através de modelos de regressão múltipla hierárquica (Quadro 1). No modelo final ($F(4, 334) = 15.160, p < .001$), as grávidas adolescentes que se revelaram de risco para níveis mais elevados de sintomatologia depressiva foram aquelas que percepcionaram maiores níveis de *Rejeição* paterna na infância e cujas relações actuais com a mãe, o pai do bebé e os amigos eram classificadas como de pior qualidade.

Quadro 1. Regressão múltipla hierárquica: sintomatologia depressiva

Variáveis	Bloco1: V. relacionais passadas			Bloco2: V. relacionais presentes			Modelo final ^a		
	β	EP	t	β	EP	t	β	EP	t
(n = 339)	$\Delta R^2 = .12$ $F(3, 320) = 14.66^{***}$			$\Delta R^2 = .05$ $F(4, 316) = 4.65^{***}$			$F(4, 334) = 15.160^{***}$		
SupEm_pai	-.03	.05	-0.57	.04	.05	0.66			
Rejeição_pai	.25	.13	3.21 ^{***}	.25	.13	3.31 ^{***}	.28	.09	5.21 ^{***}
Rejeição_mãe	.11	.14	1.56	.06	.14	0.76			
QualRel_mãe				-.10	.24	-1.68 [*]	-.10	.19	-1.76 [*]
QualRel_pai				-.04	.13	-.74			
QualRel_paibebé				-.11	.16	-2.12 ^{**}	-.11	.16	-2.14 [*]
QualRel_amigos				-.13	.15	-2.47 ^{**}	-.14	.15	-2.76 ^{**}

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ^aAjustado para incluir apenas os preditores significativos.

Discussão

O presente estudo teve como principais objectivos averiguar a existência de sintomas depressivos clinicamente significativos numa amostra de grávidas adolescentes e analisar o poder explicativo de variáveis relacionais na sintomatologia apresentada. Os resultados obtidos contribuem para aumentar o conhecimento específico sobre o ajustamento emocional durante a gravidez na adolescência. Sobressaem especificidades que devem ser tidas em conta na planificação de intervenções dirigidas à prevenção e tratamento de sintomatologia depressiva nesta população.

Prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa

Em média as participantes do nosso estudo não se revelaram deprimidas. Estes resultados corroboram conclusões prévias acerca da inexistência de perturbação emocional nas adolescentes grávidas (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007). No entanto, de acordo com o sugerido por outros estudos (Black et al., 2002; Holgate et al., 2006), mais de um terço das participantes reportaram níveis clinicamente significativos de sintomatologia.

Estes dados salientam, por um lado, que a gravidez na adolescência não deve ser perspectivada como um fenómeno universalmente adverso, mas que, por outro, é necessário atender à variabilidade intragrupo do ajustamento dela decorrente, programando acções de prevenção e intervenção focalizadas e desenvolvimentalmente adaptadas a esta população.

Variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relacionais e sintomatologia depressiva

Ao contrário do verificado por Milan et al. (2004), o risco para o desajustamento emocional nas jovens da nossa amostra não surgiu associado às circunstâncias socioeconómicas – nem de outras variáveis sociodemográficas - prévias à gravidez. Também as variáveis reprodutivas avaliadas não revelaram qualquer associação com o mesmo, ao contrário do que seria de supor, por exemplo, para a variável planeamento de gravidez. No entanto, e de acordo com os estudos previamente revistos (e.g. Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007), os aspectos

relacionais revelaram associações significativas com a sintomatologia das jovens da nossa amostra, sugerindo a importância da qualidade das relações de apoio informal para o ajustamento emocional durante a gravidez na adolescência. Já no que respeita ao apoio formal proporcionado pela escola e pelos serviços de saúde, os nossos resultados não apoiam as associações detectadas pelos estudos de Shanok e Miller (2007) e Pires (2009).

Modelo explicativo da sintomatologia depressiva

Ao explorarmos modelos explicativos da sintomatologia depressiva apresentada pelas participantes do nosso estudo, foi-nos possível concluir acerca do importante papel assumido por variáveis relacionais, tanto passadas como presentes. Relativamente às primeiras, a saliência do poder explicativo da dimensão *Rejeição* paterna constitui um resultado inovador, ao não corroborar a maior importância atribuída noutros estudos à figura materna (e.g. Pereira, 2001). Apesar de ainda não ser um aspecto muito estudado, Rodrigues et al. (2004) referem que a maternidade é um momento que, por excelência, implica a revisão das relações com os pais, sendo uma oportunidade para a modificação dos modelos internos dinâmicos elaborados na sequência das interações na infância. Seria de especial importância considerar, a este nível, o papel das práticas educativas paternas em intervenções dirigidas à promoção de transições de maior qualidade para a parentalidade na adolescência.

De acordo com o largo corpo de literatura que corrobora a importância da qualidade das relações com as figuras de suporte para uma transição bem-sucedida para a parentalidade na adolescência (e.g. Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007), na nossa amostra níveis mais elevados de sintomatologia depressiva foram explicados por menor qualidade das relações actuais com outros significativos. No nosso estudo, além dos resultados coerentes com as bem documentadas influências da mãe da jovem e do pai do bebé (Figueiredo et al., 2006; Shanok & Miller, 2007), emergiu ainda a este nível a influência dos amigos, chamando a atenção para a importância desenvolvimental que este contexto pode ter na transição para a parentalidade.

Destes resultados decorre a necessidade de intervenções que englobem as várias ecologias de vida das jovens grávidas, num esforço integrado de promoção da qualidade das interações estabelecidas nos seus contextos relacionais actuais.

Limitações e implicações para a investigação futura

Apesar das importantes implicações destes resultados para o delinear de algumas linhas de acção em resposta às necessidades emergentes de promoção da saúde na transição para a parentalidade adolescente, a natureza transversal desta investigação deve ser tida em conta na sua generalização. Este desenho constitui-se, em nosso entender, como a principal limitação do presente trabalho. A avaliação longitudinal das relações entre as variáveis aqui apresentadas seria de toda a utilidade no esclarecimento da sua complexidade. Algumas das questões de investigação que derivam destes resultados beneficiariam igualmente de uma abordagem longitudinal. Entre elas encontra-se o esclarecimento da estabilidade temporal destes níveis de ajustamento emocional, bem como da sua associação com uma transição para a parentalidade de qualidade ou, pelo contrário, caracterizada por expectativas idealizadas e subestimadas acerca das exigências da mesma, com as respectivas consequências desenvolvimentais que tal poderia comportar para a adolescente e para o seu filho.

Referências Bibliográficas

Beers, L. A. S., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: a review of teen parenting. *Current Problems in Adolescent and Pediatric Health Care*, 39, 216-233. doi:10.1016/j.cppeds.2009.09.001.

Black, M. M., Papas, M. A, Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J, B. & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 16–26. doi:10.1016/j.cppeds.2009.09.001.

Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2(53), 152–166.

Eurostat (2010). Estatísticas Demográficas. Comissão Europeia, Eurostat.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97–125.

Holgate, H., Evans, R., Yuen, F. (2006). Introduction. In H. Holgate, R. Evans, & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood: Global perspectives, issues and interventions* (pp. 1-6). London: Routledge.

Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C. & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(72), 328–340.

Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra.

Pires, R.S.A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 643–665.

Shanok, A. & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 199–210. doi:10.1007/s00737-007-0194-8.

Sieger, K. & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567–581. doi:10.1007/s10964-007-9182-6.

Simões, M. M. R. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.