



Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência
Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência
de gravidez e da adaptação.
Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores.

Anabela Fernandes Araújo Pedrosa

Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação
da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

Este trabalho foi apoiado por uma bolsa de Doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/3168/2000).

Recebeu ainda apoio do Governo Regional dos Açores (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, actualmente Secretaria Regional da Saúde) e do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Unidade de I&D, integrando os projectos da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde.

Fiz um conto para me embalar

Fiz com as fadas uma aliança.
A deste conto nunca contar.
Mas como ainda sou criança
Quero a mim própria embalar.

Estavam na praia três donzelas
Como três laranjas num pomar.
Nenhuma sabia para qual delas
Cantava o príncipe do mar.

Rosas fatais, as três donzelas
A mão de espuma as desfolhou.
Nenhuma soube para qual delas
O príncipe do mar cantou.

Natália Correia

À minha mãe

Ao meu pai
(Em sua memória. À sua presença.)

Ao meu filho Pedro,
Que é luz.

Ao Cláudio

Índice

Índice de Figuras e Quadros.....	19
Agradecimentos	27
Resumo	31
Abstract.....	33
Nota Introdutória	35
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	39
1 Adolescência: Riscos e oportunidades do crescer	43
1. Adolescência e desenvolvimento: Marcadores biológicos, culturais e socioemocionais	46
1.1. Desenvolvimento físico: Implicações psicosexuais da puberdade	48
1.2. Desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo	53
1.3. Desenvolvimento moral	55
1.4. Desenvolvimento emocional e social	57
2. Tarefas desenvolvimentais da adolescência.....	59
3. Adolescência e sexualidade: Riscos e comportamentos.....	62
4. Gravidez e maternidade na adolescência: Breves dados epidemiológicos	72
2 Gravidez na Adolescência: Factores de risco e protecção.....	81
1. Gravidez na adolescência: Evolução histórica e sociocultural e perspectiva actual	81
2. Perspectiva desenvolvimental da gravidez na adolescência	83
2.1. A gravidez na adolescência enquanto sequência de decisões comportamentais	83
2.2. Adolescência e gravidez: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais	86
2.3. Perspectivas desenvolvimentais da gravidez na adolescência	88
3. Antecedentes associados à ocorrência de gravidez na adolescência	92
3.1. Factores individuais	93
3.2. Factores relacionais	96
3.3. Factores sociais.....	103

3 Tornar-se mãe na adolescência: Implicações para as trajetórias futuras e determinantes da adaptação	109
1. Gravidez e maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais	110
1.1. Implicações para a adolescente que se torna mãe.....	111
1.2. Implicações e percursos desenvolvimentais dos filhos de mães adolescentes	115
1.3. Perspectivas actuais acerca do impacto desenvolvimental da maternidade adolescente	117
2. Adaptação na gravidez e na transição para a maternidade na adolescência	118
2.1. Adaptação individual e ajustamento emocional	120
2.2. Adaptação relacional e social	125
2.3. Determinantes da adaptação de adolescentes com história de gravidez à maternidade	127
3. Comportamento materno, práticas educativas e desenvolvimento do bebé	137
 ESTUDO EMPÍRICO	 147
 4 Conceptualização, objectivos e metodologia do estudo	 151
1. Fundamentação e objectivos do estudo	151
2. Metodologia	159
2.1. Desenho do estudo	159
2.2. Participantes.....	160
2.3. Procedimentos da recolha de dados	164
2.4. Instrumentos	165
3. Tratamento estatístico dos dados	192
 5 Apresentação dos Resultados	 197
1. Caracterização do GADOL e do GC: Aspectos sociodemográficos e projecto de vida	198
1.1. Residência	198
1.2. Estado civil: Padrão relacional e alterações em função da história de gravidez	200
1.3. Religião	203
1.4. Escolaridade	203
1.4.1. Tipo de ensino frequentado	205
1.4.2. Número de reprovações.....	205
1.4.3. Abandono escolar e saída do sistema de ensino.....	206
1.5. Situação profissional	212
1.6. Projecto de vida, expectativas e satisfação pessoal	214
2. Contextos relacionais do GADOL e do GC	223

2.1. História e agregado familiar	223
2.2. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores	227
2.3. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro	232
3. Estilo de vida das adolescentes do GADOL e do GC: Saúde geral e hábitos de consumo	236
3.1. Saúde e problemas de saúde	236
3.2. Consumo de substâncias	237
4. História de saúde reprodutiva	239
4.1. Idade de ocorrência da menarca	240
4.2. Vida sexual: Início e actividade	240
4.3. Contraceção	241
4.4. Conhecimento e prevenção de IST	246
4.5. História familiar de gravidez na adolescência	248
4.6. Percepção do impacto da gravidez na adolescência em diferentes dimensões de vida	249
5. Caracterização do GADOL e do GC: Outras variáveis do contexto individual	252
5.1. Vulnerabilidade ao stress	252
5.2. Competências cognitivas – raciocínio abstracto	253
5.3. Acontecimentos de vida adversos	253
6. Caracterização do GADOL relativamente aos contextos associados à ocorrência e curso da gestação	255
6.1. Gravidez: Motivação e desejo	255
6.2. Gravidez: Ponderação da possibilidade de interromper a gestação	256
6.3. Gravidez: Razões apontadas para a sua ocorrência	257
6.4. Reacções emocionais e atitudes da adolescente e figuras significativas face à gravidez actual/mais recente	257
6.5. História obstétrica	260
6.6. Percepção das grávidas acerca do bebé: Expectativas relativamente ao comportamento e à prestação de cuidados ao recém-nascido	264
7. Caracterização do GADOL_M relativamente a contextos associados à maternidade	264
7.1. Dados relativos ao parto	265
7.2. Dados desenvolvimentais do bebé	266
7.3. Seguimento clínico e práticas contraceptivas após o parto	268
7.4. Percepção do bebé e prestação de cuidados ao recém-nascido	269
8. Caracterização dos indicadores de adaptação	271
8.1. Comparação entre GADOL e GC	272
8.2. Associações entre os indicadores de adaptação: GADOL e GC	281
8.3. Caracterização da adaptação das adolescentes com história de gravidez: Comparação entre GADOL_G e GADOL_M	283

8.4. Associação entre os indicadores de adaptação: GADOL_G e GADOL_M	291
8.5. Experiência de gravidez e adaptação	292
8.6. Experiência do papel materno e adaptação	295
8.6.4. Associações entre os indicadores de adaptação materna, variáveis e outros indicadores de adaptação pessoal e relacional	298
9. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para a ocorrência de gravidez na adolescência	301
9.1. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para o início da vida sexual	302
9.2. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para a ocorrência de gravidez	304
10. Adaptação das adolescentes com história de gravidez durante a gestação e na transição para a maternidade	307
10.1. Modelos explicativos da adaptação das grávidas adolescentes	309
10.2. Modelos explicativos da adaptação das mães adolescentes	317
6 Síntese e Discussão dos Resultados	333
6.1. Síntese e discussão	333
6.2. Implicações do estudo para a prevenção e intervenção junto das grávidas e mães adolescentes	361
6.3. Considerações finais	380
Referências Bibliográficas	389
Anexos	431

Índice de Figuras e Quadros

Figuras

Figura 1 – Determinantes dos comportamentos e intenções relativos à sexualidade em adolescentes (adaptado de Guilamo-Ramos et al., 2008; Jaccard, Dodge, & Dittus, 2002)	67
Figura 2 – Percentagem de nados vivos de mães adolescentes em 2008 (Eurostat, 2008; INE, 2009)	74
Figura 3 – Taxa de nascimentos em mulheres adolescentes por cada 100 nados vivos (ACS, 2009; INE, 2009)	74
Figura 4 – Sequência de decisões conducentes à gravidez e à maternidade na adolescência (adaptado de Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Miller et al., 2005).....	84
Figura 5 – Gravidez na adolescência: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais (adaptado de Canavarro, 2001; Dell, 2001; Drake, 1996)	87
Figura 6 – Modelo de maternidade adolescente de Schellenbach et al. (1992).....	141
Figura 7 – GADOL: Duração da relação com o companheiro - categorias (%)	202
Figura 8 – GADOL e GC: Habilitações escolares (%)	204
Figura 9 – GADOL_G e GADOL_M: Habilitações escolares (%)	204
Figura 10 – GADOL_G e GADOL_M: Ano de escolaridade em que ocorreu o abandono do sistema de ensino (%).....	208
Figura 11 – GADOL e GC: Intenção expressa de prosseguir ou não os estudos (%).....	211
Figura 12 – GADOL: Motivos para a satisfação manifestas (%)	213
Figura 13 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relacionados com a escolaridade (%).....	216
Figura 14 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à profissão (%)	217
Figura 15 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à conjugalidade (%)	218
Figura 16 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à maternidade (%)	219
Figura 17 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Composição do agregado familiar (%).....	226

Figura 18 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de álcool - Mudanças na gravidez (%)	238
Figura 19 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de tabaco - Mudanças na gravidez (%)	238
Figura 20 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de outras substâncias - Mudanças na gravidez (%)	239
Figura 21 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Métodos contraceptivos eficazes conhecidos (%)	242
Figura 22 – GADOL e GC: Utilização de métodos contraceptivos (%)	244
Figura 23 – GADOL_G: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)	250
Figura 24 – GADOL_M: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)	251
Figura 25 – GC: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)	252
Figura 26 - GADOL: Gravidez não desejada vs. desejada (%)	255
Figura 27 – GADOL: Ponderação e razões para a opção de não realizar IVG (%)	256
Figura 28 – GADOL: Reacção inicial da adolescente e percepção da reacção dos familiares próximos à notícia da gravidez (%)	258
Figura 29 – GADOL: Atitude dos familiares próximos perante a gravidez - Mudança ao longo da gestação (%)	260
Figura 30 – GADOL_G e GADOL_M: Contracepção após o parto - Expectativas e métodos usados (%)	269
Figura 31 – GADOL_M: Principal cuidadora em função da idade do bebé (%)	270

Quadros

Quadro 1 – Nados vivos de mães adolescentes, relativamente ao total de nados-vivos em 2008 (INE, 2009a)	75
Quadro 2 – GADOL e GC: Características gerais	161
Quadro 3 – GADOL_G e GADOL_M: Características gerais	163
Quadro 4 – Protocolo de avaliação: Instrumentos, objectivos, variáveis avaliadas e grupos a que foram aplicados (síntese)	167
Quadro 5 – GADOL: Estudos psicométricos da 23 QVS - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	173
Quadro 6 – GC: Estudos psicométricos da 23 QVS - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	174

Quadro 7 – GADOL: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	178
Quadro 8 – GC: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	178
Quadro 9 – GADOL e GC: Estudos psicométricos da LAV: Médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	180
Quadro 10 – GADOL: Estudos psicométricos do NPI - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	182
Quadro 11 – GADOL e GC: Estudos psicométricos da EPDS - Médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	184
Quadro 12 – GADOL: Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	186
Quadro 13 – GC: Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	186
Quadro 14 – GADOL_G: Estudos psicométricos do PRQ - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	188
Quadro 15 – GADOL_M: Estudos psicométricos da EIPC - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)	190
Quadro 16 – GADOL e GC: Ilha de residência	199
Quadro 17 – GADOL e GC: Tipo de área urbana	200
Quadro 18 - GADOL_G e GADOL_M: Duração da relação com o companheiro	201
Quadro 19 - GADOL e GC: Crença e prática religiosas	203
Quadro 20 - GADOL e GC: Tipo de ensino frequentado	205
Quadro 21 - GADOL e GC: Número de reprovações no percurso escolar	206
Quadro 22 - GADOL_G e GADOL_M: Abandono escolar e saída do sistema de ensino	207
Quadro 23 - GADOL_G e GADOL_M: Motivos para o abandono escolar e saída do sistema de ensino	209
Quadro 24 - GADOL_G e GADOL_M: Motivos para o abandono escolar por ciclo de escolaridade em que ocorreu	210
Quadro 25 - GADOL e GC: Motivos expressos para continuar ou retomar o percurso escolar	212
Quadro 26 – GADOL_G e GADOL_M: Situação profissional	213
Quadro 27 - GADOL e GC: Projectos de vida	215

Quadro 28 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Fontes de satisfação pessoal	220
Quadro 29 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Fontes de satisfação pessoal (total indicado)	221
Quadro 30 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Mudanças desejadas	221
Quadro 31 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Mudanças desejadas (total indicado)	223
Quadro 32 - GADOL e GC: Agregado familiar na infância	224
Quadro 33 - GADOL e GC: Agregado familiar actual.....	225
Quadro 34 - GADOL e GC: Número total de irmãos e de elementos no agregado familiar actual	226
Quadro 35 - GADOL e GC: Caracterização dos progenitores das adolescentes.....	227
Quadro 36 - GADOL e GC: Hábitos de consumo dos progenitores das adolescentes.....	230
Quadro 37 - GADOL e GC: Percepção dos estilos educativos parentais	231
Quadro 38 - GADOL e GC: Caracterização do companheiro das adolescentes.....	233
Quadro 39 - GADOL e GC: Hábitos de consumo dos companheiros das adolescentes	235
Quadro 40 - GADOL e GC: Hábitos de consumo das adolescentes.....	237
Quadro 41 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Métodos contraceptivos conhecidos	241
Quadro 42 - GADOL e GC: Utilização de métodos contraceptivos	245
Quadro 43 - Conhecimento e prevenção de DST: Comparação entre GADOL e GC	248
Quadro 44 – GADOL e GC: Vulnerabilidade ao stress (23 QVS).....	253
Quadro 45 - GADOL e GC: Experiência de acontecimentos adversos (LAV)	254
Quadro 46 – GADOL: Antecedentes obstétricos	261
Quadro 47 – GADOL: Dados obstétricos da gestação actual.....	262
Quadro 48 - GADOL_G: Percepção do bebé no período pré-natal.....	264
Quadro 49 - GADOL_M: Dados obstétricos do parto actual.....	265
Quadro 50 - Dados desenvolvimentais do bebé: Caracterização do GADOL_M	267
Quadro 51 - GADOL_M: Percepção do bebé após o nascimento	270
Quadro 52 – GADOL e GC: Sintomatologia depressiva (EPDS)	272
Quadro 53 – GADOL e GC: Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)	273
Quadro 54 – GADOL: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal.....	274

Quadro 55 – GC: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal.....	274
Quadro 56 - GADOL e GC: Percepção da qualidade das relações com figuras significativas	276
Quadro 57 – GADOL e GC: Satisfação com apoio social proporcionado por serviços e técnicos de saúde	279
Quadro 58 – GADOL: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional	279
Quadro 59 – GC: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional	280
Quadro 60 – GADOL: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional.....	281
Quadro 61 – GC: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional	282
Quadro 62 – GADOL_G e GADOL_M: Sintomatologia depressiva (EPDS).....	283
Quadro 63 – GADOL_G e GADOL_M: Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)	283
Quadro 64 – GADOL_G: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal	284
Quadro 65 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal	285
Quadro 66 - GADOL_G e GADOL_M: Percepção da qualidade das relações com figuras significativas	286
Quadro 67 – GADOL_G e GADOL_M: Satisfação com apoio social proporcionado por serviços e técnicos de saúde	288
Quadro 68 – GADOL_G: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional.....	289
Quadro 69 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional.....	290
Quadro 70 – GADOL_G: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional	291
Quadro 71 – GADOL_M: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional	292
Quadro 72 – GADOL_G: Descrição da avaliação de aspectos associados à experiência de gravidez	293
Quadro 73 – GADOL_G: Correlações entre as dimensões do PRQ e variáveis e indicadores de adaptação dos contextos individual e relacional	294
Quadro 74 – GADOL_M: Descrição da percepção materna no domínio parental	296
Quadro 75 – GADOL_M: Descrição do investimento materno na criança.....	296
Quadro 76 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação ao papel materno	297
Quadro 77 – GADOL_M: Correlações entre os indicadores de adaptação materna e variáveis e indicadores de adaptação dos contextos individual e relacional	299
Quadro 78 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério o início da vida sexual das adolescentes: Modelo final	303

Quadro 79 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério o início da vida sexual das adolescentes: Quadro de classificação (modelo final).....	304
Quadro 80 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final.....	305
Quadro 81 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Quadro de classificação (modelo final).....	305
Quadro 82 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a utilização de contraceção: Modelo final	306
Quadro 83 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a utilização de contraceção: Quadro de classificação (modelo final)	307
Quadro 84 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a sintomatologia depressiva (EPDS) - Modelo final.....	310
Quadro 85 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final	311
Quadro 86 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	312
Quadro 87 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	313
Quadro 88 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	314
Quadro 89 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV (WHOQOL) - Modelo final	315
Quadro 90 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Desejo de Gravidez (PRQ) - Modelo final	316
Quadro 91 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Medos em relação ao bebé (PRQ) - Modelo final.....	316
Quadro 92 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Irritabilidade (PRQ) - Modelo final	317
Quadro 93 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a sintomatologia depressiva (EPDS) - Modelo final.....	318
Quadro 94 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final	319
Quadro 95 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final	320

Quadro 96 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	321
Quadro 97 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	322
Quadro 98 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final.....	323
Quadro 99 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Aceitação do papel parental (EIPC) - Modelo final.....	324
Quadro 100 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Prazer (EIPC) - Modelo final	325
Quadro 101 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Sensibilidade e conhecimento (EIPC) - Modelo final.....	325
Quadro 102 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global (EIPC): Modelo final	326
Quadro 103 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a satisfação materna - Modelo final	327
Quadro 104 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a competência materna - Modelo final	328
Quadro 105 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a realização materna - Modelo final	328

Agradecimentos

Neste momento (a que não chamo final, mas tão apenas novo ponto de partida...) de um percurso que não se previa tão longo, nem tão pródigo em encruzilhadas e mudanças de rumo, é hora de reflectir sobre o caminho feito, e prestar justo mas certamente demasiado modesto tributo a quem contribuiu decisivamente para tornar esta tarefa uma obra possível.

Entre todos a quem devo gratidão e homenagem, duas pessoas destacam-se decisivamente. A primeira é a Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, que já antes de aceitar orientar este trabalho me honrava pela confiança, estímulo e desafios que há muitos anos, enquanto professora, orientadora de estágio, coordenadora no serviço clínico e orientadora na investigação, me vem lançando. Sem a sua atenção, cuidado, exemplo e incentivo não teria sido possível ultrapassar obstáculos e chegar aqui; será sempre credora do meu agradecimento e estima, será como sempre modelo a seguir.

No meu percurso clínico e académico tenho tido a fortuna dos bons encontros; entre os que tenho como Mestres gostaria de agradecer e destacar o papel do Professor Doutor Adriano Vaz Serra (quem primeiro despertou o gosto pela clínica e a curiosidade pela investigação, e que me tem distinguido com a sua atenção e incentivo) e do Professor Doutor Rui Mota Cardoso (exemplo maior de competência e humanidade, que generosamente partilhou comigo o seu saber, abrindo horizontes e lançando inquietações – em suma, fazendo crescer). Ao Professor Doutor José Manuel Canavarro agradeço várias oportunidades que decisivamente têm marcado o meu percurso.

Quando iniciei os trabalhos de preparação para o Doutoramento, contei desde logo com a generosidade da Professora Doutora Luísa Barros, a quem agradeço reconhecidamente por sempre se ter disponibilizado a partilhar o seu saber e recursos; apesar do rumo seguido não ter sido o inicialmente

traçado, em termos da temática abordada, manteve ao longo do tempo um interesse no meu percurso que foi motivador e responsabilizador.

Na Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra encontrei o acolhimento e ambiente propícios à concretização deste e de outros desafios. Presto homenagem ao Professor Doutor Jorge Fagulha, recentemente desaparecido, Director de Serviço de Obstetria aquando dos meus primeiros contactos com a instituição, o ter autorizado o início dos trabalhos. À Dr.^a Annete Cravo, que lhe sucedeu, ao Professor Doutor José Paulo Moura, actual Director de Serviço de Obstetria, e à Dr.^a Rosa Ramalho Alves, Directora de Serviço de Neonatologia, agradeço o estímulo, a confiança e a criação das condições necessárias para o desenvolvimento não só desta tarefa mas também da minha actividade clínica na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos (UnIP). Menção especial de agradecimento merece-me o Professor Doutor Agostinho Almeida Santos, que enquanto desempenhou funções de Director do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana e de Presidente do Conselho de Administração dos HUC se empenhou em incentivar a UnIP, tornando possível o desenvolvimento dos objectivos desta, e logo dos meus.

Às Dras. Teresa Sousa Fernandes e Teresa Bombas (Obstetras), Isabel Ventura e Rosa Henriques (Técnicas Superiores de Serviço Social), e à Equipa de Enfermagem da consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos agradeço a colaboração enriquecedora, as experiências que ajudaram este projecto a tomar forma. A elas também, bem como a todos os profissionais da Maternidade com quem tenho tido o privilégio de trabalhar, agradeço as aprendizagens múltiplas e facilitadoras que me têm proporcionado.

A toda a Equipa da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra agradeço a ajuda constante, o apoio e, sobretudo, a amizade: aos Drs. Mariana Moura Ramos, Marco Pereira, Helena Moreira, Sónia Silva, Sofia Gameiro, Bárbara Nazaré, Ana Fonseca, João Pedro Leitão, Paula Carvalho, Tiago Paredes, Carlos Carona e Raquel Pires, porque com eles foi/é muito mais fácil chegar a este (outro) início. À Doutora Carla Crespo, recém-chegada à equipa, agradeço a simpatia e incentivo, e desde já pelos desafios que certamente partilharemos no futuro.

Pela relevância que tiveram na concretização desta tarefa, devo destacar as Dras. Bárbara Nazaré e Ana Fonseca (com quem, além da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, partilhei a

concretização do projecto de investigação no qual este trabalho se insere): este trabalho é também delas. Para além de toda a colaboração ao longo da concretização, foram inextinguíveis na revisão da versão final deste documento.

O Doutor Marco Pereira deu um contributo decisivo, partilhando generosamente o seu saber em todo o percurso, sobretudo nos domínios da análise de dados; por isso, e pela amizade, o meu profundo obrigado.

A Dr.^a Raquel Pires contribuiu com preciosas colaborações na pesquisa inicial para o tema, e na revisão final da dissertação; estou-lhe reconhecida, e espero que em breve possamos inverter posições na tarefa que ela própria agora inicia.

Também pelo contributo na verificação e revisão deste trabalho, mas sobretudo pela amizade inextinguível e carinho com que me tem distinguido há muitos anos, menciono a Dr.^a Célia Margarida Oliveira que, nos bons e maus momentos, vem sendo um porto seguro de suporte e afecto.

Este trabalho não teria surgido sem o interesse e empenho do então Secretário Regional dos Assuntos Sociais, Dr. Domingos Cunha, e da Professora Doutora Piedade Lalanda, cuja vontade de fazer reverter o conhecimento científico a favor das adolescentes açorianas e dos seus filhos é digno de crédito e reconhecimento; a eles se deve o esforço inicial e a concretização das condições que permitiram o estudo, depois asseguradas pelo Dr. Miguel Correia, actual Secretário Regional da Saúde, a quem igualmente agradeço.

A recolha da amostra deste estudo não teria sido possível sem o trabalho e dedicação das Dras. Tânia Diogo (S. Miguel), Joana Codorniz (Terceira) e Ana Isabel Campos (Faial). Muito obrigada pelo cuidado e dedicação a uma tarefa árdua e morosa, que empreenderam como se fosse vossa.

Agradeço também todas as adolescentes que participaram no estudo; espero que os resultados aqui expostos, e as suas implicações, possam reverter em intervenções e projectos que constituam apoios eficazes.

À minha família e amigos, que ao longo destes anos tantas vezes privei de companhia e atenção, o meu mais profundo obrigado por me ajudarem a ser, e por nunca esmorecerem no apoio e no acreditar. Em especial, aos tios Zé e São, ao Sandro, à Maria João e Daniel, ao Tiago... isto é possível, também, porque estão sempre presentes e prontos a ajudar.

Aos meus sogros, Júlia e Orlando, obrigada por todo o apoio directo, pela paciência e carinho, por incondicionalmente nos darem e se darem tanto.

Ao Cláudio, meu marido, meu amigo e companheiro de jornada... obrigada por estar sempre, por não me permitir desistir, por não se queixar da espera e por tornar os projectos nossos.

Ao meu filho Pedro, minha luz, que no meio da tarefa chegou para dar um novo sentido a tudo e tornar o caminho mais claro... em cada gesto e em cada riso cria a força para que eu persista, sem ter em conta o tempo que é dele e tem sido tão regateado por este projecto... Por ele, tudo.

No início mencionei que duas pessoas foram (mais) imprescindíveis para o concretizar deste trabalho. A segunda, e fundamental, é a minha mãe. Exemplo de dedicação, coragem e capacidade de sacrifício em prol dos que ama, prescindiu nos últimos tempos (no fundo, como sempre fez) de tudo quanto não fosse orientar a sua ajuda para criar as melhores condições que me permitissem prosseguir. Sou-lhe mais grata do que poderia exprimir, tenho um imenso orgulho no seu modo de ser e estar, serei sempre muito pequena junto a ela. Obrigada, Mãe.

Por fim, ao meu Pai, sempre o meu maior amigo e protector... Com a minha Mãe criou o melhor e mais seguro abrigo de onde partir, e onde sempre pude e posso voltar. Não foi possível contar fisicamente com a sua presença para partilhar esta meta, mas o seu exemplo e presença são constantemente fonte de inspiração e perseverança - porque a vida termina, mas o amor não. Hoje sinto que começo a cumprir a promessa de que espero ser merecedora guardiã: estarás sempre connosco; os teus sonhos continuam a ser os nossos.

Coimbra, Dezembro de 2009

Resumo

Enquadramento. A importância das características individuais, mas também dos contextos históricos, culturais e sociais nos quais aquelas se desenvolvem e expressam, bem como a diversidade possível de percursos desenvolvimentais com que o indivíduo se depara, emerge com grande evidência quando nos debruçamos sobre o estudo da gravidez e maternidade na adolescência; alvo de grande atenção científica e política nas últimas décadas, surge-nos como uma intrincada tapeçaria onde se entrelaçam dimensões pessoais, interpessoais, socioeconómicas, éticas e mesmo religiosas. Embora as concepções deterministas sobre a fatalidade da maternidade na adolescência para o desenvolvimento posterior das mães e das crianças venham sendo postas em causa pelos resultados dos estudos enquadrados nas perspectivas ecológicas, e nomeadamente no macroparadigma da Psicopatologia do Desenvolvimento, é ainda irrefutável que a sua ocorrência pode ampliar vulnerabilidades prévias e dificultar a prossecução de trajectórias favoráveis de adaptação, para as jovens que engravidam e para os seus filhos.

Apesar dos dados disponíveis apontarem para um decréscimo significativo das taxas de nascimentos de mães adolescentes no nosso país, Portugal continua a evidenciar uma posição susceptível de melhoramento no quando da União Europeia, particularmente se considerarmos os quinze países mais desenvolvidos. A Região Autónoma dos Açores é a zona onde a gravidez durante a adolescência tem tido maior incidência, apresentando taxas que são o dobro das verificadas no continente; as potenciais consequências destes processos tornam premente o conhecimento aprofundado dos níveis e variáveis interactuantes, possibilitando uma intervenção preventiva que aja nos diferentes contextos de vulnerabilidade para o risco que se pretende atenuar.

Metodologia. O estudo é de natureza transversal. Foram recolhidos dados de 176 grávidas e mães adolescentes, e de igual número de adolescentes sem história de gravidez. Foram caracterizados os contextos individuais e relacionais das adolescentes (nomeadamente o contexto familiar na infância e no momento actual) e avaliados indicadores da adaptação pessoal (sintomatologia depressiva - medida através da EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale - e qualidade de vida – medida através da escala WHOQOL-Bref) e relacional (qualidade da

relação com figuras significativas, satisfação com o apoio social por elas proporcionado, satisfação com a relação com o bebé e percepção de competência e realização maternas). Em todo o processo de recolha e tratamento de dados foram tomadas medidas para cumprimento dos imperativos éticos subjacentes aos procedimentos de investigação.

Resultados. Dos resultados do estudo empírico destacam-se os seguintes: as adolescentes com história de gravidez (GADOL) distribuem-se pelas ilhas seguindo o número de habitantes, e diferem significativamente do grupo de controlo em diversas variáveis individuais e familiares, particularmente nas que dizem respeito ao estado civil, habilitações e abandono escolar (cuja taxa atinge os 78.4% no primeiro grupo), composição do agregado familiar e benefício por parte deste de benefícios sociais; relativamente à história de saúde reprodutiva, as GADOL iniciam mais cedo a vida sexual, tendem a utilizar menos métodos contraceptivos e a prevenir menos as doenças sexualmente transmissíveis; a história familiar de gravidez na adolescência é mais frequente no GADOL, e este grupo percebe de forma mais positiva o impacto da ocorrência de uma gestação nesta fase do ciclo de vida – apesar disso, 68.2% das adolescentes deste grupo afirmam que a sua gravidez não foi desejada; a reacção da adolescente e das figuras significativas perante a ocorrência da gravidez foi no geral muito positiva; os valores obtidos pelo GADOL são globalmente indicativos de boa adaptação individual e relacional, embora sejam consistentemente estas adolescentes que percebem menor qualidade nas relações com as figuras significativas da sua rede social, nomeadamente com a mãe – apesar disso, manifestam satisfação com o apoio social disponibilizado pela rede familiar e institucional; nos modelos preditivos da ocorrência de gravidez e maternidade adolescente, bem como nos que procuram explicar a adaptação face a esses eventos, predominam as variáveis dos contextos familiares e relacionais.

Conclusões. Globalmente, os resultados do estudo apontam para a existência de um contexto sociocultural que leva a que o papel materno, e a conjugalidade e maternidade enquanto meios de valorização e afirmação femininas, sejam prevaletentes nestas jovens; os modelos familiares, as condições socioeconómicas adversas, e o elevado abandono escolar são outros factores que concorrerão para maximizar as possibilidades de ocorrência de gravidez precoce em situações de risco, nesta população. Apesar de no geral os indicadores de adaptação serem favoráveis, no momento da avaliação, existem indícios que apontam para a deterioração gradual desses indicadores, após a transição para a maternidade. A intervenção preventiva nestes processos deve contemplar não apenas o contexto individual, mas igualmente os contextos relacionais e sociais.

Abstract

Background. The importance of individual characteristics, as well as historic, cultural and social contexts in which those develop and express it selves, along with the multiple possibilities of developmental trajectories, emerge clearly when we study the processes inherent to adolescent pregnancy and motherhood; targeted both by scientific and political fields, it appears as an intricate tapestry where personal, relational, socioeconomic, ethical and cultural dimensions interact. Although deterministic conceptions about the inevitability of deleterious consequences to the later development of adolescent mothers and their children are being challenged by a growing body of empirical research grounded in ecological perspectives, namely in the macro paradigm of Developmental Psychopathology, is nonetheless irrefutable that the occurrence of an early pregnancy may amplify previous vulnerabilities, making it more difficult for the young mother and her child to develop along a favorable path.

The latest available data points to a significant decrease in the rates of adolescent motherhood, but Portugal still holds an unfavorable position among European Union countries. The region of Azores is the one with the highest incidence of births from adolescent mothers, presenting values that double those verified in the continental territory; the possible adverse consequences of these rates make it urgent to thoroughly study the interacting levels and variables, as that knowledge is crucial to implement a preventive intervention aimed at the different vulnerability contexts.

Method. This study design is cross-sectional. The participants are 176 adolescent pregnant or mothers, with data also being collected to the same number of girls without pregnancy history. Individual and relational contexts were characterized, and indicators of individual adjustment (depressive symptoms, assessed through EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale and quality of life - WHOQOL-BREF) and relational adjustment (quality of relationships, satisfaction with social support, satisfaction with mother-infant interaction, and perception of maternal competence and fulfillment) were assessed. Through the process of data collection and analysis measures were taken to assure compliance with ethical requirements.

Results. From the body of results we highlight the following: adolescents with history of pregnancy (GADOL) are distributed across the islands following the general population numbers; they differ from the control group in

several individual and familiar variables, namely those related to marital status, academic level, early school drop-out (the rate is 78.4% in this group), family structure and benefiting from welfare funds; considering reproductive health history, GADOL initiates sexual activity at an earlier age, is less prone to use contraceptive methods or to prevent sexual transmitted infections; this group more frequently mentions a family history of adolescent pregnancy, and as a more positive perception of the impact this event may have on various contexts of life – regardless of the fact that 68.2% of the participants in this group says their pregnancy was unwanted; the reaction of the adolescent and her significant others when faced with the pregnancy is usually very positive; GADOL globally shows indicators of positive individual and relational adjustment, although they also classify the quality of their close relationships more negatively (namely with their mother); even so, they are satisfied with social support received from the familiar and institutional network; predictive models of the occurrence of pregnancy and of the adjustment facing highlight the importance of variables from the familiar and relational contexts.

Conclusions. The results of this study globally point to the existence of a sociocultural context that enhances the value of traditional feminine roles, conjugality and motherhood as means of feminine fulfillment, affirmation and social recognition; family models, adverse socioeconomic conditions and high levels of school drop-out are other factors that may maximize the probabilities of occurrence of adolescent pregnancy and motherhood, within this population, if risk situations are active. Although in general the participants reveal good adjustment indicators at the time of assessment, some results point to the gradual deterioration of those indicators. Preventive intervention in these processes should aim not only the individual level, but also relational and social contexts.

Nota Introdutória

O estudo científico do comportamento e desenvolvimento humano vem-se caracterizando nas últimas décadas pelo empenho em esclarecer as interações, complexas e dinâmicas, entre o indivíduo e os contextos internos e externos nos quais o seu desenvolvimento se processa, procurando conhecer os percursos normativos, bem como as diferenças individuais e os mecanismos subjacentes aos processos que podem conduzir à adaptação ou à inadaptação e/ou psicopatologia, nas várias fases do ciclo de vida (Cicchetti, 1990, 2006; Sameroff & Fiese, 2000). Este enquadramento, que orienta a construção do presente trabalho, enfatiza o processo subjacente ao desenvolvimento, isto é, as interações mútuas entre a pessoa e o seu contexto (entendido como os vários níveis ou sistemas, hierarquicamente integrados e interactuantes), a relevância da pessoa (com o seu repertório individual de características cognitivas, emocionais, biológicas e comportamentais), e das múltiplas dimensões de temporalidade (seja o tempo histórico ou o da família, por exemplo), que moderam as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Elder, 1998).

A importância das características individuais, mas também dos contextos históricos, culturais e sociais nos quais aquelas se desenvolvem e expressam, bem como a diversidade possível de percursos desenvolvimentais com que o indivíduo se depara, emerge com grande evidência quando nos debruçamos sobre o estudo da gravidez e maternidade na adolescência. Alvo de grande atenção científica e política nas últimas décadas, surge-nos como uma intrincada tapeçaria onde se entrelaçam dimensões pessoais, interpessoais, socioeconómicas, éticas e mesmo religiosas.

Os dados disponíveis levavam Portugal a ser, até recentemente, o país da União Europeia (UE) com a segunda mais elevada taxa de gravidez na adolescência, situando-se imediatamente abaixo do Reino Unido (Eurostat, 2005). Com o último alargamento e a entrada de novos países na UE, a posição do nosso país melhorou, mas continua a ser bastante desfavorável. A Região Autónoma dos Açores é a zona onde a gravidez durante a adolescência tem tido maior incidência. De acordo com os dados do INE (2005, 2008, 2009), em 2004 nasceram nas ilhas dos Açores cerca de 310 crianças filhas de jovens com idades inferiores a 19 anos, isto é, cerca de 10.3%. Em 2007, esse valor continuou a situar-se nos 10.12%, tendo, em 2008, descido ligeiramente para 8.85%.

Reconhecendo esta realidade desfavorável, este trabalho pretende contribuir para uma melhor caracterização dos fenómenos da gravidez e maternidade na adolescência, no nicho particular constituído pelas ilhas Açorianas. Procurará abordar os domínios psicológico, social e relacional, educacional e socioeconómico visando, neste contexto particular, identificar factores de vulnerabilidade e protecção associados quer à ocorrência de gravidez, quer aos diferentes processos de adaptação destas jovens. Os resultados e suas implicações poderão, assim o esperamos, vir a contribuir para o estabelecimento de estratégias de prevenção e intervenção adequadas para esta população específica.

A nossa formação teórica, mas particularmente a experiência clínica com grávidas e mães adolescentes, desenvolvida desde 2002 no enquadramento da equipa multidisciplinar da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e as aprendizagens acumuladas, quer enquanto Psicóloga Clínica da UnIP – Unidade de Intervenção Psicológica da instituição, quer enquanto membro da equipa da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra, fazem com que valorizemos as perspectivas ecológicas e desenvolvimentais enquanto enquadramento privilegiado para ensaiar a compreensão dos complexos processos inerentes ao desenvolvimento humano e para delinear uma intervenção preventiva e multidimensional. Assim, foi o macroparadigma da Psicopatologia do Desenvolvimento que regulou a estruturação deste trabalho, desde a revisão da literatura científica, à definição do desenho metodológico, selecção dos modelos de análise de dados e à consequente discussão dos resultados e suas implicações.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes distintas, mas complementares: Enquadramento Teórico e Estudo Empírico, cada uma constituída por três capítulos. Os três primeiros

capítulos são de revisão da literatura científica e procuram ilustrar alguns dos principais contributos teóricos e empíricos para o estudo da área que nos propusemos abordar.

O Capítulo 1, intitulado *Adolescência: Riscos e oportunidades do crescer*, tem um cariz introdutório e delimitativo, sendo dedicado à exploração dos marcadores biológicos, culturais e socioemocionais que caracterizam as diferentes dimensões do desenvolvimento e cuja integração coloca desafios específicos ao adolescente. Abordam-se ainda as implicações desses processos e tarefas desenvolvimentais para os comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos sexuais, que podem resultar, e frequentemente resultam, em gravidez precoce e transições assíncronas para a maternidade. Terminamos reflectindo sobre alguns dados epidemiológicos acerca da incidência da gravidez e maternidade adolescente - deixando de lado os países nos quais a parentalidade precoce é ainda hoje aceite como normativa, centramo-nos sobre os indicadores verificados nas sociedades industrializadas em geral e no nosso país em particular, pois é aí que estes eventos são actualmente considerados prematuros e crescentemente reconhecidos enquanto problema social, cujas implicações se fazem sentir muito além da gestação e do nascimento de uma criança.

No Capítulo 2, *Gravidez na adolescência: factores de risco e protecção*, incidimos sobre os aspectos ecológicos/contextuais que antecedem a ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida, analisando-os sob a perspectiva do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), assumido enquanto grelha compreensiva da interacção entre o indivíduo e os seus contextos.

O Capítulo 3, designado *Tornar-se mãe na adolescência: Implicações para as trajectórias futuras e determinantes da adaptação*, incide particularmente nos processos, níveis e variáveis implicados na adaptação na gravidez e transição para a maternidade na adolescência. Detemo-nos inicialmente sobre as consequências/implicações reconhecidas para o percurso posterior das jovens com história de gravidez e o dos seus filhos, para depois caracterizarmos brevemente a adaptação individual e relacional/social nestas circunstâncias, e revermos os factores contextuais que, acentuando vulnerabilidades ou promovendo recursos, influenciam as trajectórias (in)adaptativas. Finalmente, anotamos algumas considerações acerca do comportamento parental das mães adolescentes e da multiplicidade de contextos que o influenciam, notando as possíveis implicações para o percurso desenvolvimental dos seus filhos.

Os três capítulos seguintes constituem a segunda parte do trabalho, correspondente ao contributo empírico. No Capítulo 4, como a própria designação indica, descrevemos os diferentes aspectos da Conceptualização, objectivos e metodologia do estudo. Num primeiro momento, apresenta-se a fundamentação do estudo e definem-se os seus objectivos, gerais e específicos. Em seguida, descrevem-se os principais aspectos metodológicos, nomeadamente o desenho da investigação, amostra, procedimentos de recolha de dados, instrumentos de avaliação, codificação de variáveis e, genericamente, os procedimentos de análise estatística dos dados.

O Capítulo 5 é dedicado à Apresentação dos resultados, que são depois sintetizados e discutidos no sexto e último capítulo. Neste Capítulo 6, Síntese e discussão dos resultados, discutimos os resultados integrando-os com os mencionados ao longo do Enquadramento Teórico, apontamos algumas limitações do estudo empírico, procuramos evidenciar as principais implicações para uma intervenção preventiva nesta área e, finalmente, apontamos algumas sugestões relativas a pistas para investigações futuras.



**ENQUADRAMENTO
TEÓRICO**

1 |

Adolescência: Riscos e oportunidades
do crescer

1 | Adolescência: Riscos e oportunidades do crescer

O conhecimento de qualquer processo ou comportamento humano implica considerar dimensões históricas, temporais, culturais e sociais, já que nenhum decorre isolado dos contextos circundantes e, por sua vez, repercute-se neles, tornando-os imprescindíveis para conceber, estudar e intervir sobre determinadas problemáticas. Pensar o desenvolvimento humano significará, pois, situá-lo no tempo e espaço, integrá-lo no meio geográfico, sociocultural e económico, bem como ter em conta a evolução histórica das perspectivas que ensaiam a sua compreensão. Uma vez que o conceito de adolescência não é universal, nem são homogêneas as suas manifestações ou características, começamos por notar o percurso histórico da sua conceptualização e estudo científico.

A existência de um período de transição entre a infância e a idade adulta aparece há muitos séculos nos escritos filosóficos – na Grécia antiga, por exemplo, Platão e particularmente Aristóteles¹ reconhecem esta fase distinta do desenvolvimento humano, tecendo considerações acerca das práticas educativas a implementar e das experiências a proporcionar aos jovens; posteriormente, o filósofo romano Séneca descreve também a sua concepção das várias fases da vida do homem. Ao longo da Idade

¹ Platão e Aristóteles propuseram fases de desenvolvimento bem demarcadas para o ciclo de vida humano - Aristóteles, particularmente, descreveu três períodos sucessivos de 7 anos, que seriam prévios ao alcançar da maturidade adulta, e que se assemelham a sequências ainda hoje incluídas em modelos de desenvolvimento; passariam ainda cerca de vinte séculos entre estas primeiras concepções filosóficas da adolescência e o seu estudo científico (Lerner & Steinberg, 2004).

Média, os jovens eram vistos como pequenos adultos, que deveriam ser disciplinados para contrariar impulsos e desenvolver virtudes (Santrock, 2008). O Renascimento representou, nesta como em tantas outras temáticas, um regresso aos ideais e conceitos helénicos, e logo ao reconhecimento de um período de desenvolvimento específico – é no século XV que assistimos ao cunhar da palavra “adolescência”, do latim *adolescere*, que significa, mais do que crescer, estar a caminho da maturidade (Armanet, 2000; Muuss, citado em Lerner & Steinberg, 2004). A concepção moderna surge no decorrer dos séculos XVIII e XIX, como consequência dos processos de industrialização, de urbanização e da generalização dos meios de comunicação de massas - nesse momento, é importante a influência de Rousseau e Darwin, entre outros cientistas e pensadores.

Apesar deste longo passado, só no século XX a adolescência surge enquanto objecto de estudo de várias disciplinas científicas, entre as quais a Psicologia, o que vem alargar o âmbito da sua conceptualização e aumentar a atenção e o conhecimento acerca desta transição e das suas exigências e particularidades. O ano de 1904 é considerado um marco neste percurso, devido à publicação da obra na altura seminal de Granville Stanley Hall, intitulada *Adolescence: Its Psychology and its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Freud, Erickson e Piaget são também autores de referência.

Nesta fase, muito por influência do pensamento de Freud e Anna Freud (1958), a adolescência era considerada um período universal e inevitável de perturbação e crise (para Stanley Hall, era uma fase de *storm and stress*, influenciada pela expressão germânica *sturm and drang*, habitualmente traduzida por “tempestade e ímpeto”)².

Nas décadas seguintes, até à actualidade, esta área do conhecimento tem-se desenvolvido amplamente, evoluindo para um campo distinto e muito significativo da ciência desenvolvimental, e

² Esta perspectiva, que encarava a adolescência como um período de crise, perturbação e conflito, disseminou-se muito por acção dos meios de comunicação de massas – na literatura, cinema e música, sobretudo depois da 2ª Guerra Mundial, era esta a forma habitual de retratar os jovens. Mesmo na actualidade, assistimos a uma tendência para a valorização, por parte dos media, do que é excepcional (sobretudo pela negativa) em detrimento do que é mais frequente e normativo (Adams & Berzonsky, 2003), o que contribui para exacerbar situações que a evidência científica não corrobora. Existem diferenças individuais nos níveis de tensão e stress provocados pelas mudanças experimentadas na adolescência (Gullotta, 2005), mas estados de tumulto, insatisfação e inadaptação não são universais (Susman & Rogol, 2004). Como indicam Adams e Berzonsky, a investigação científica demonstra que, na maioria das situações, os eventuais conflitos são passageiros e a maior parte dos jovens adolescentes tornam-se adultos saudáveis e bem ajustados. No entanto, enquanto período potencial de maior vulnerabilidade (Adams, Bennion, Openshaw, & Bingham, 1990; Arnett, 1999), a adolescência deve ser alvo de atenção, com o objectivo de identificar factores de risco e desenvolver estratégias e políticas de prevenção/protecção que promovam a adaptação.

fomentando colaborações entre diferentes campos do saber (Lerner & Steinberg, 2004), que foram contribuindo para ultrapassar perspectivas reducionistas acerca das influências biológicas ou ambientais no desenvolvimento. Progressivamente, assistiu-se à valorização dos diferentes níveis de organização e contextos multifacetados que influenciam o desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1977; Sameroff & Fiese, 2005). A partir dos anos 80 do século XX, o estudo da adolescência passou a caracterizar-se pela valorização da diversidade e plasticidade da interação pessoa-contexto e dos percursos desenvolvimentais, bem como pela aplicação do conhecimento científico a problemáticas específicas (Bronfenbrenner & Crouter, 1983; Lerner & Steinberg, 2004), o que acarretou também a introdução de metodologias mais sofisticadas, possibilitando a análise de dados de estudos longitudinais, relevantes para a compreensão dos múltiplos níveis considerados (Cummings, Davies, & Campbell, 2002). Este foco nos contextos subjacentes aos processos típicos da adolescência implica maior interdisciplinaridade e atenção à diversidade, necessárias para identificar e delinear os múltiplos níveis de influência no comportamento e desenvolvimento (Caspi, Lynam, Moffitt, & Silva, 1993; Schulenberg, Maggs, & Hurrelmann, 1999).

A evolução no estudo científico da adolescência leva alguns autores a defender que o campo de saberes relacionados com o desenvolvimento nesta fase do ciclo de vida se situa numa posição privilegiada para se tornar um exemplo de como as ciências desenvolvimentais podem beneficiar os profissionais no terreno e os responsáveis pelas políticas de intervenção, contribuindo para uma evolução social positiva (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Lerner, Fisher, & Weinberg, 2000; Lerner & Steinberg, 2004) – o trabalho conceptual e empírico rigoroso e de excelência, desenvolvido numa perspectiva colaborativa, deve contribuir não só para a comunidade científica, mas também para a sociedade em geral; a colaboração entre investigadores, clínicos e decisores políticos deve, no entender dos autores, constituir-se como uma grelha organizadora e estruturante para esse trabalho.

Para Lerner e Steinberg (2004), os adolescentes representam, em qualquer momento da história, o futuro das sociedades em que estão inseridos, constituindo o grupo geracional que deve ser preparado para assumir as responsabilidades individuais, familiares e sociais, fundamentais para manter e melhorar a vida das comunidades humanas. Ainda de acordo com os autores, os investigadores têm um importante papel a desempenhar, pois o conhecimento científico produzido pode, quando aplicado, contribuir para promover e advogar um desenvolvimento saudável e positivo dos jovens. Simultaneamente, devem ser

vistos como intervenientes activos no seu ambiente, tomando decisões e escolhendo comportamentos determinados e determinantes dos seus contextos de vida (Chassen, 1999).

1. Adolescência e desenvolvimento: Marcadores biológicos, culturais e socioemocionais

Partir de um conceito de adolescência é um ponto importante para poder operacionalizar este período do ciclo de vida, marcado por mudanças muito significativas em múltiplos domínios (Pereira, 2001). Enquanto etapa do desenvolvimento, é frequente a tentativa de definição baseada em critérios temporais de maturação física, psicológica e social – a adolescência será o estágio de desenvolvimento que se segue à infância, iniciando-se na altura em que se desencadeiam as mudanças consequentes à puberdade e terminando com a entrada na vida adulta, isto é, numa fase em que o jovem adquire direitos, responsabilidades e reconhecimento por parte das várias instâncias familiares e sociais (Adams, 2005; American Psychological Association [APA], 2002; Gullotta, Adams, & Markstrom, 1999), fazendo a transição para um estado de maior autonomia e de auto-regulação (Lerner & Galambos, 1998; Pereira, 2001). Esta caracterização, segundo Damon (2004), não é consensual no estabelecer de pontos concretos de início e término mas, tal como este autor, consideramos que pode constituir um bom ponto de partida na tentativa de delimitação do conceito.

A Organização Mundial de Saúde [OMS], segundo os critérios estabelecidos em 1974, numa reunião que abordou os temas da gravidez e interrupção da gravidez na adolescência (World Health Organization [WHO], 1975), caracteriza a adolescência como uma fase, mas sobretudo como um processo dinâmico, ao longo do qual o indivíduo enfrenta mudanças extensas e rápidas ao nível bioquímico, fisiológico, anatómico, cognitivo e emocional, que não sucedem noutras fases do ciclo de vida. Essas mudanças dependem dos contextos sociais e culturais em que se situam os indivíduos, existindo uma enorme variabilidade não só em termos de grupos populacionais ou étnicos, mas também entre jovens com percursos e condições semelhantes. Apesar de não impor limites etários específicos à fase da adolescência, por se considerar que esta designação corresponde a uma classificação social que varia tanto na sua composição como nas suas implicações, reconhece este período como o compreendido aproximadamente entre os 10 e os 19 anos – seria a fase em que o indivíduo evoluiria da emergência dos

caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, os seus processos psicológicos e formas de identificação típicas da infância assumiriam um modelo adulto e passaria de uma total dependência económica para uma relativa autonomia (WHO, 1965, 1975).

Apesar de abranger aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, esta definição da OMS aponta a adolescência como uma etapa de preparação para a vida adulta (WHO, 2004), pressupondo a existência de um consenso relativamente às definições de “infância” e “adulter”. Não só estes conceitos não são universais, como também não existe consenso em termos legais e jurídicos – em relação à idade adulta, por exemplo, variam de país para país os marcos temporais associados a factores como atingir a maioridade, conseguir autorização para conduzir, ver reconhecido o consentimento para ter relações sexuais ou para casar, entre outras distinções.

Como se depreende, ao procurar delimitar o conceito de adolescência confrontamo-nos com uma diversidade de perspectivas e concepções que, desde logo, indiciam a impraticabilidade de uma definição única. A adolescência emerge como um “caleidoscópio de experiências” (Adams, 2005, p. 4), sendo estas muito diferentes dependendo da zona do mundo ou da região do próprio país na qual ocorrem – cada grupo populacional tem características históricas, económicas, religiosas e políticas que influenciam o percurso desenvolvimental dos adolescentes. Mesmo nas sociedades ocidentais actuais, a adolescência não é um fenómeno homogéneo (Pirotta & Pirotta, 2005), o que nos leva a considerar a coexistência de várias adolescências, influenciadas pelos eventos biofisiológicos, mas construídas em função de factores psicossociais e culturais. Dentro de um enquadramento geral, as fronteiras variam de acordo com os contextos individuais, familiares, sociais e culturais que consideramos, pois todos influenciam o modo e o ritmo com que a adolescência se processa em cada jovem (Barnett, 2008; Steinberg & Belsky, 1991).

Mais consensuais são as perspectivas que encaram esta transição como um processo de busca e construção da identidade, de atribuição de sentido e de procura de si mesmo e do seu lugar nos vários contextos de vida (Adams, 2005). Ao longo da adolescência, os jovens ensaiam a estruturação da sua independência psicológica e emocional, confrontam os desafios da sexualidade emergente e consideram as suas oportunidades e possíveis papéis a desempenhar no futuro, num processo nem sempre linear e com múltiplas possibilidades de percursos (United Nations Children’s Fund, 2002).

As transformações físicas, cognitivas, familiares, sociais e emocionais que constituem os marcadores distintivos desta etapa do desenvolvimento são profundas e afectam-se mutuamente (Adams & Berzonsky, 2003; Lerner & Galambos, 1998). Em seguida, referiremos brevemente estas mudanças normativas da adolescência.

1.1. Desenvolvimento físico: Implicações psicosexuais da puberdade

Da reflexão anterior acerca das conceptualizações da adolescência depreendemos que, apesar de muitas vezes aparecerem como sinónimos, adolescência e puberdade não são conceitos sobreponíveis: enquanto a primeira pode ser vista como um processo psicossociológico que reflecte os contextos culturais em que se desenrola (Adams, 2005; Pereira, 2001), a puberdade é um fenómeno que se distingue por uma série de mudanças biofisiológicas conducentes à maturidade sexual e reprodutiva do indivíduo, implicando igualmente modificações psicológicas, emocionais e sociais que a tornam “uma das mais profundas transições do ciclo de vida” (Susman & Rogol, 2004, p. 15). As modificações biológicas típicas da puberdade são universais - porém, o tempo em que se desencadeiam e ocorrem, tal como o significado social e individual que assumem, variam ao longo da história, através das culturas e em função de alterações ambientais.

Os processos pubertais, que habitualmente ocorrem ao longo de um período de cinco a seis anos na maioria dos adolescentes (Brooks-Gunn & Reiter, 1990; Petersen, 1987), envolvem extensas mudanças físicas e fisiológicas³, influenciadas pela interacção de factores genéticos, hormonais, socioeconómicos e nutricionais (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2003). Entre essas mudanças contam-se: 1) aceleração, seguida de desaceleração do crescimento ósseo e ganho de peso, 2) aumento e redistribuição da massa gorda e tecido muscular no organismo, 3) desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório, com consequente aumento da força e resistência física, 4) aparecimento dos caracteres sexuais secundários e maturação do sistema reprodutivo (estes incluem mudanças nos órgãos sexuais e seios, o aparecimento de pelos púbicos, faciais e corporais, e a transformação da voz, sobretudo nos rapazes), e 5) mudanças no sistema endócrino, com consequências nos níveis hormonais que desencadeiam e regulam outros eventos

³ Para uma revisão extensa dos mecanismos fisiológicos e endócrinos envolvidos nas transformações pubertais, cf. Gaspar (1999) e Susman e Rogol (2004).

da puberdade (aumento da produção de testosterona nos rapazes e de estrogénios nas raparigas, por exemplo) (Goy & McEwen, 1980; Grumbach & Styne, 1998; Steinberg & Belsky, 1991).

Enquanto internamente o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários (estrutura e função do sistema e órgãos reprodutivos) conduz à maturação da capacidade reprodutiva, externamente os caracteres sexuais secundários (desenvolvimento mamário, aparecimento de pêlos, crescimento acelerado, mudança da estrutura corporal, modificações da derme, entre outros) transformam a imagem do adolescente, obrigando a uma revisão da imagem corporal, aspecto central no processo de formação da identidade pessoal (Gaspar, 1999; Pereira, 2001).

As modificações fisiológicas e estruturais do corpo na adolescência traduzem-se em mudanças morfológicas que distinguem o género e são susceptíveis de ser percebidas e avaliadas pelo adolescente, e pelos outros (Gaspar, 1999; Steinberg & Belsky, 1991). A adaptação ao corpo em mudança habitualmente acarreta desafios importantes para os adolescentes, sendo modulada pelos contextos em que ocorre: para abordar o significado psicossocial do desenvolvimento físico na adolescência, é importante considerar que as alterações biológicas nesta fase do ciclo de vida se inserem num contexto de transformações que decorrem a outros níveis (individual, familiar, social, ...), sendo que estas modificações se influenciam mutuamente (Lerner, 1987; Lerner & Jovanovic, 1990). Apesar das múltiplas influências, a família continua a ser muito importante para a compreensão do ajustamento perante as várias alterações da puberdade: segundo Adams (2005), quando os adultos dão abertamente informação acerca das modificações esperadas, fomentando expectativas positivas, os jovens tendem a experienciar maior conforto e a perceberem de modo igualmente mais positivo as suas experiências.

Caspi e Moffitt (1991), entre outros autores, consideram a puberdade uma transição crítica, que exige a reorganização ou construção de estratégias de coping adaptativas; para outros autores, as exigências colocadas pelas transformações hormonais e físicas tornariam a puberdade uma fase de vulnerabilidade aumentada perante acontecimentos indutores de stress (Susman, Dorn, Inoff-Germain, Nottelmann, & Chrousos, 1997). Os estudos que se debruçam sobre a associação entre a puberdade e o desenvolvimento psicológico e a adaptação recorrem essencialmente a dois conceitos: o estatuto pubertal (que se refere a grau de maturidade física, através de indicadores como desenvolvimento do aparelho reprodutivo e caracteres sexuais secundários, e níveis hormonais), e o timing da puberdade (estado de desenvolvimento pubertal dos jovens face aos outros da mesma idade). Na breve revisão de estudos que

em seguida apresentamos privilegiamos, dado o tema central da dissertação, os que se relacionam com a vivência e adaptação feminina à puberdade.

O estatuto pubertal tem sido frequentemente relacionado com o estado emocional e os comportamentos manifestados pelos adolescentes. Embora os estudos acerca da possível influência dos níveis de secreção hormonal nas emoções e comportamentos sejam ainda escassos com amostras do sexo feminino (Susman & Rogol, 2004), outros têm incidido no papel exercido pelo grau de desenvolvimento físico no ajustamento das jovens – coloca-se a hipótese de que, quanto maior esse grau, maiores as modificações esperadas em termos de papéis sociais, acarretando crescentes pressões por parte da família e do grupo de pares; cresceriam também as expectativas acerca de comportamentos maduros por parte do meio social. Em 1993, um estudo de Flannery, Rowe e Gulley conclui que um maior grau de desenvolvimento físico contribui significativamente para prever comportamentos delinquentes em raparigas; no mesmo sentido vão as conclusões de Ge, Brody, Conger, Simmons e Murry (2002), que o encontram associado a comportamentos de oposição e desafio. Tal poderá ocorrer na medida em que maior desenvolvimento físico pode representar para as jovens facilidade acrescida para contactar e ser aceite por grupos de pares mais velhos e com comportamentos desviantes (Susman & Rogol, 2004).

As modificações biofisiológicas aparecem relacionadas com sintomatologia depressiva e emoções negativas, tanto em raparigas como em rapazes (Angold, Costello, & Worthman, 1998; Ge et al., 2002). Porém, outros estudos são inconsistentes no que diz respeito à associação entre desenvolvimento pubertal e psicopatologia - segundo Susman e Rogol (2004), são necessários mais estudos longitudinais que, recorrendo a índices recentes e operacionalizáveis para avaliação do estatuto pubertal, permitam esclarecer o sentido e magnitude destas possíveis associações.

Muito mais numerosos são os estudos que focam as relações entre timing da puberdade e implicações para o ajustamento dos adolescentes. O espaço temporal em que se activam e desencadeiam as modificações próprias desta fase regista variações significativas (em função, como vimos, de factores genéticos, ambientais, nutricionais e socioeconómicos), com diferente impacto no desenvolvimento psicológico e social dos jovens (Adams, 2005). O timing em que se iniciam e evidenciam os sinais de maturação física parece ser preditor da saúde mental do adolescente e dos estilos de vida relacionados com a saúde na idade adulta (Susman & Rogol, 2004). Num estudo de Stattin e Magnusson, publicado em 1990, os resultados mostram que, ao atingir a idade adulta, as jovens que mais cedo haviam manifestado

sinais de maturidade física tinham, quando comparadas com as de amadurecimento físico mais tardio, maior probabilidade de interagir com pares com comportamento desviante, ter filhos mais precocemente, ter maior número de filhos e de interrupções de gravidez, apresentar menor estatuto socioeconómico e menores habilitações académicas. Mais recentemente, vários trabalhos chegam também a conclusões que apontam no sentido da maior vulnerabilidade das jovens cujo desenvolvimento pubertário é precoce (Graber, 2007; Graber, Brooks-Gunn, & Warren, 2006; Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007): aparentemente, a maturação física, quando precoce, surge num período de imaturidade cognitiva e social, que pode acarretar o envolvimento em comportamentos de risco sem que a jovem consiga ponderar os efeitos a longo prazo destes no seu desenvolvimento global (Santrock, 2008).

Nas raparigas, o aparecimento da menarca, ou primeiro período menstrual, constitui um marco desenvolvimental significativo⁴ (Pereira, 2001; Steinberg & Belsky, 1991), ocorrendo habitualmente na segunda metade do período pubertário. A primeira menstruação constitui, segundo Gaspar (1999), o final de um processo que envolve uma regulação hormonal muito complexa. Porém, tal não significa que a maturidade reprodutiva tenha sido alcançada – a ovulação regular e a plena capacidade reprodutiva podem demorar alguns anos a ser atingidas (Corbett, Meyer, & Holland, 1987), apesar de existir alguma probabilidade de a jovem engravidar em qualquer momento após a menarca. O impacto da menarca depende das circunstâncias em que ocorre; a partir de um estudo com adolescentes iniciais (entre os 12 e os 15 anos) Ruble e Brooks-Gunn (1982) concluem que o impacto não é, habitualmente, negativo, e depende da adequada preparação prévia da jovem e do timing em que ocorre, ou seja, será mais negativo se a adolescente não tiver recebido informação, se a tiver recebido a partir de uma fonte negativa ou se experimentar precocemente este processo.

A investigação científica tem tentado esclarecer as associações entre factores socioculturais e ambientais e o timing da puberdade, nomeadamente o seu início mais precoce, que vem sendo registado nas últimas décadas nalguns países. Graham (2005) constata que os adolescentes dos países desenvolvidos, provenientes de áreas urbanas, atingem a puberdade mais cedo que os seus pares, provenientes de zonas rurais ou de países em vias de desenvolvimento. Existem também evidências de

⁴ Considerada uma experiência particular, que garante à adolescente o acesso ao estatuto biológico e social de mulher (Rodríguez-Tomé, 1989), a menarca é vista como um acontecimento cujo impacto e significado depende do contexto em que ocorre. A adaptação à puberdade será facilitada quando as adolescentes dispõem de informação acerca das mudanças que podem esperar e formam atitudes positivas acerca delas (Malpique, 1986).

que experiências precoces, particularmente com carácter adverso ou traumático, se ligam a um início dos processos pubertais em idades mais jovens (Santrock, 2008) - entre elas, contam-se a ausência do pai na infância, baixo estatuto socioeconómico, conflitos familiares e maus-tratos infantis (Bogaert, 2005; Ellis, 2004), o que leva os investigadores a colocar a hipótese de que altos níveis de conflito e de stress nestes contextos sociais explicam o despoletar precoce da puberdade (Ellis, 2004).

O desenvolvimento físico é acompanhado e simultaneamente desencadeia modificações a nível psicológico: desde logo, assistimos a um acréscimo da atenção dada ao corpo e ao desenvolvimento e mudança da imagem corporal (Nishina, Ammon, Bellmore, & Graham, 2006), frequentemente no sentido de maior preocupação e ansiedade, sobretudo no sexo feminino (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). A construção que cada adolescente vai fazendo a propósito da visão do seu corpo e do significado que dá às novas vivências que a maturação física e sexual lhe permite, tem implicações na sua adaptação – Gillen, Lefkowitz e Shearer referem, num estudo de 2006, resultados indicativos de que as raparigas que avaliam de forma positiva a sua imagem corporal e sentem satisfação com a sua aparência física têm menor probabilidade de se envolver em comportamentos de risco do que aquelas com percepção mais desfavorável desta dimensão.

Note-se, porém, que o impacto exercido pelo desenvolvimento físico e mudanças na satisfação manifestada pelo(a) adolescente com o seu corpo deve ser avaliado considerando o contexto em que ocorre, nomeadamente a reacção dos outros a essas mudanças. A avaliação dos atributos físicos e características pessoais dependerão da aprendizagem pessoal da jovem, das consequências das mudanças e da observação de outros significativos, entre outros factores (Nazaré, 2007). Enquadrando estas mudanças e a sua influência na adaptação numa perspectiva mais global de ciclo de vida (life span), que convocam mecanismos circulares e de interacção (Lerner, 1998), podemos considerar que as mudanças físicas serão simultaneamente um produtor e um produto das interacções entre a adolescente e o seu meio: “alterações biológicas neste período da vida ocorrem no contexto de mudanças ocorridas noutros níveis de análise (psicológico, grupal, familiar, comunitário, ...), [sendo que] ... modificações num dado nível são influenciadas e influenciam as modificações no outro” (Gaspar, 1999, p. 28).

Nesta perspectiva se compreende também que vários autores se oponham à consideração de que as mudanças biológicas exerçam influência dominante ao longo da adolescência (Susman & Rogol, 2004) – considerando o desenvolvimento e adaptação ao longo do ciclo de vida, verifica-se que as transições da

adolescência não são particularmente dramáticas ou decisivas; cada fase de desenvolvimento trará, tal como a adolescência, tarefas e desafios específicos, perante os quais a maioria dos indivíduos conseguirá desenvolver respostas adaptativas. Logo, o impacto da puberdade só poderá ser avaliado considerando a interação dos contextos biológico, cognitivo e socioemocional (Brooks-Gunn, 1991; Steinberg & Morris, 2001).

1.2. Desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo

As mudanças físicas na adolescência registam-se também, segundo dados recentes da Neurologia e Neuropsicologia, ao nível do crescimento e desenvolvimento cerebral (Giedd et al, 2006): embora a investigação neste campo esteja ainda nos seus primórdios, sabe-se hoje que a estrutura cerebral do adolescente é diferente da verificada na infância, continuando o cérebro a crescer ao longo desta fase de vida. O processo pubertário conduz também a modificações nos níveis dos neurotransmissores – um exemplo é o aumento da dopamina, quer no córtex pré-frontal quer no sistema límbico dos adolescentes, que tem sido associado a um aumento de comportamentos de risco, nomeadamente à utilização de substâncias aditivas; estruturas cerebrais como o corpo caloso, o córtex pré-frontal e a amígdala também sofrem alterações na adolescência (para uma revisão, cf. Giedd, 2004; Santrock, 2008). De interesse especial para a investigação é o esclarecimento das associações entre as experiências sociais e ambientais e o desenvolvimento cerebral. Dados recentes revelam que experiências enriquecedoras do ponto de vista emocional e social podem ajudar a produzir novas células cerebrais (Mora, Segovia, & Del Arco, 2007). Por sua vez, a investigação acerca da plasticidade mantida pelo cérebro na adolescência, bem como o reconhecimento de que as áreas do córtex frontal continuam a progredir neste período de vida, implicam que a educação e a aprendizagem são instrumentos importantes para o desenvolvimento global (Lenroot & Giedd, 2007).

Esta referência breve às estruturas biológicas do cérebro pretende enquadrar as mudanças no funcionamento cognitivo que habitualmente caracterizam a adolescência. A teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget concebe os adolescentes como construtores activos do seu mundo, organizando a informação e estabelecendo prioridades e conexões entre as suas experiências, na tentativa de melhor conhecer e compreender o ambiente que os rodeia; postula ainda que cada fase do desenvolvimento

cognitivo implica formas distintas e mais complexas de olhar para o meio e dar-lhe significado (Piaget, 1960, 1969).

A adolescência é marcada pela aquisição gradual do pensamento formal, caracterizado por maior capacidade de abstracção. Assim, o pensamento adolescente já não se limita às experiências actuais e concretas, mas antes tem a capacidade de ponderar possibilidades hipotéticas e proposições abstractas, o que lhe garante maior flexibilidade e capacidade perspectiva e especulativa (Piaget, 1972). Outra evidência da maior abstracção possível no pensamento adolescente é a emergência da metacognição, isto é, da capacidade de pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, de distinguir diferentes perspectivas, de descentração e de reconhecimento da coexistência de interesses, ideias e modos de ver o mundo distintos – o que torna possível relações de amizade mais profundas, marcadas por maior intimidade e proximidade emocional (Pereira, 2001).

Porém, assiste-se também a um peso crescente da consciência de si, traduzido nas crenças do adolescente de que é único e alvo da atenção de todos – este tipo de pensamento egocêntrico comporta, segundo Elkind (1985), duas componentes: a audiência imaginária (que envolve os aspectos do pensamento e comportamento que, segundo a percepção do adolescente, o colocam no centro das atenções dos outros) e a narrativa ou mito pessoal (na medida em que comporta os aspectos que, segundo o adolescente, o tornam único, podem contribuir para a percepção de que ninguém compreende as suas aspirações e estado emocional, e neste sentido, segundo o estudo de 2006 de Aalsma, Lapsley e Flannery, podem constituir factores de risco para problemas emocionais e para o ajustamento do indivíduo).

Ao mesmo tempo que o adolescente desenvolve o pensamento idealista e abstracto, aumentam igualmente as possibilidades de pensamento lógico, ou seja, a capacidade de identificar problemas e testar soluções de forma sistemática e, logo, acresce a competência de resolução de problemas e de tomada de decisão.

As modificações na estrutura e capacidade cognitiva têm implicações a vários níveis, nomeadamente no que toca à tomada de decisão: a capacidade de recordar as decisões anteriores e as respectivas consequências, e de adaptar as decisões posteriores em função dessas consequências são aptidões que os adolescentes vão desenvolvendo ao longo do tempo (Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001).

Porém, dispor de competências de tomada de decisão não significa que o adolescente consiga sempre utilizá-las do modo mais ponderado e favorável a longo prazo: na adolescência, as decisões parecem estar fortemente associadas a características de personalidade e à auto-regulação emocional pelo que, por vezes, podem ser marcadas por impulsividade e imaturidade.

Estas aquisições vão sendo conseguidas ao longo da adolescência e são influenciadas pelas experiências de aprendizagem e pelo meio social e cultural que rodeia os jovens⁵ (del Rio & Alvarez, 2007). A escolarização, mas também a família, os pares, a comunidade e a tecnologia actual influenciam o crescimento intelectual e o modo como o pensamento se estrutura (Daniels, 2007).

1.3. Desenvolvimento moral

O desenvolvimento de novas aptidões cognitivas implica também mudanças em termos do raciocínio acerca de valores e crenças. O desenvolvimento moral implica pensamentos, comportamentos e sentimentos acerca do que está certo ou errado, incluindo a dimensão intrapessoal (o conjunto de valores básicos e consciência de si, que regula o comportamento quando não estão envolvidas interações sociais), e interpessoal (que se foca nas atitudes que devem ser assumidas na relação com os outros, e regula as interações sociais e a resolução de conflitos) (Gibbs, 2003). Na adolescência, adquirem-se competências para deixar de considerar apenas os aspectos concretos de uma decisão (onde as escolhas são feitas de acordo com as possíveis perdas e ganhos materiais), passando a ser possível ter em conta diferentes perspectivas que podem ser organizadas e hierarquizadas, ou seja, assiste-se ao emergir de uma moralidade interpessoal, marcada pela perspectiva de quem vive em sociedade (Lourenço, 1992; Pereira, 2001).

Lawrence Kohlberg (1976, 1986) propõe um modelo de desenvolvimento moral com pontos comuns aos modelos piagetinos do desenvolvimento cognitivo. Este modelo preconiza três níveis

⁵ A perspectiva de Piaget não é isenta de críticas - as principais destacam a diversidade individual na aquisição das competências de pensamento formal (que podem estar ausentes, ou pouco desenvolvidas, mesmo em adultos) e a influência dos aspectos culturais e sociais no desenvolvimento, de modo mais marcante do que o preconizado pelo autor suíço. A teoria do desenvolvimento cognitivo de Lev Vygotsky, que nas últimas décadas tem recebido atenção crescente, valoriza as influências socioculturais sobre o desenvolvimento, sendo consonante com as perspectivas recentes que defendem a necessidade de avaliar os vários contextos implicados na aprendizagem (Rogoff et al., 2007).

qualitativamente diferentes e hierarquicamente organizados de raciocínio moral, cada um composto por dois estádios progressivamente mais complexos⁶.

Numa posição algo crítica do modelo de Kohlberg, a teoria da aprendizagem social, representada por Albert Bandura (1991, 2002a), considera que o desenvolvimento moral ocorre a partir da interacção de factores cognitivos e sociais, particularmente os que envolvem processos de auto-regulação (auto-controlo): no desenvolvimento de um “ser moral”, os indivíduos adoptam padrões para os comportamentos certos e errados, que lhes servem de orientação para a sua própria conduta, ou seja, monitorizam o seu comportamento e as circunstâncias em que ocorre, contrastam-no com os padrões estabelecidos e regulam as suas acções em função das possíveis consequências que antecipam para si. Na perspectiva de Bandura (2002b), a chave para a compreensão do desenvolvimento moral é a auto-regulação, e não o raciocínio abstracto. Porém, o foco nos determinantes situacionais do raciocínio e comportamento moral era também reconhecido por Kohlberg, quando enfatizava que a decisão moral estaria dependente da interpretação dos aspectos morais e factuais do contexto em que deveria ser tomada (Kohlberg & Gilligan, 1972).

Segundo Kohlberg (1976, 1986), as orientações morais do indivíduo progridem e são construídas como consequência do seu desenvolvimento cognitivo e da exposição a experiências sociais. A interacção com os pares, também valorizada por Piaget, é de importância crítica para essa construção – segundo Rubin, Bukowski e Parker (2006), ao contrário dos adultos, que habitualmente impõem regras e orientações para o comportamento, as trocas mútuas com o grupo de pares proporcionam, com maior frequência, o assumir de diferentes pontos de vista, gerando regulações de forma democrática e partilhada.

A interacção familiar é outra dimensão valorizada por Kohlberg (1976) e enfatizada por vários estudos recentes (Eisenberg & Morris, 2004; Walker & Taylor, 1991): quando os pais proporcionam suporte, promovem a discussão aberta e tolerante acerca de um conjunto de valores e escolhas, e

⁶ O modelo de Kohlberg comporta três níveis de raciocínio moral: pré-convencional (a internalização de valores morais está ausente; o raciocínio moral é controlado por reforços e punições externas), convencional (existe alguma interiorização de valores, que são habitualmente os propostos ou impostos por outros, tais como os pais ou professores) e pós-convencional (sendo o nível superior de desenvolvimento moral, os valores e padrões morais são internos, dependendo do julgamento pessoal e não dos padrões de outros: o indivíduo reconhece alternativas, explora opções e decide com base no seu código pessoal de conduta). A fase da adolescência caracterizar-se-ia pelo crescente recurso a processos típicos do raciocínio convencional (que inclui os estádios 3 e 4 – os indivíduos interiorizam as normas e valores sociais, procurando a conformidade com o que é socialmente aceite).

modelam adequadamente determinados comportamentos e o processo de decisão que a eles conduz, estarão a facilitar o desenvolvimento de níveis mais avançados de raciocínio moral.

1.4. Desenvolvimento emocional e social

As mesmas competências cognitivas que na adolescência permitem o pensamento mais abstracto e lógico, e que conduzem a níveis mais complexos de tomadas de decisão, estão também subjacentes a uma percepção mais profunda de si mesmo. A descrição que o adolescente faz de si mesmo é habitualmente marcada por maior abstracção na definição de traços psicológicos e sociais, e o seu auto-conceito torna-se mais complexo e diferenciado, reflectindo avaliações em domínios específicos, como a escola ou as interacções sociais. Outra dimensão que implica uma avaliação global de si mesmo enquanto pessoa, e que exerce influência na adaptação do adolescente aos seus meios de vida é a auto-estima (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). A imagem corporal parece contribuir significativamente para a auto-estima nesta fase (Harter, 2006); os contextos sociais, como a família, a escola e o grupo de pares, também contribuem para o seu desenvolvimento (Dusek & McIntyre, 2003; Harter, 2006). Estilos educativos parentais caracterizados por expressão de afecto e limites claros quanto ao que pode ou não ser admitido parecem contribuir para uma boa auto-estima nos jovens - apesar da aprovação no grupo de amigos se correlacionar com a percepção de valor pessoal, a aprovação por parte dos progenitores parece exercer um efeito mais duradouro, continuando a fazer-se sentir até à idade adulta (Harter, 1999).

As alterações hormonais experienciadas desde o início do processo pubertário associam-se às emoções vivenciadas nesta fase de vida que, apesar de não serem tão violentas como algumas correntes teóricas propunham, são, contudo, frequentemente marcadas por alguma labilidade e intensidade (Rosenblum & Lewis, 2003; Steinberg & Levine, 1997). Porém, as experiências sociais parecem exercer um impacto mais profundo no desenvolvimento emocional na adolescência (Susman & Rogol, 2004), nomeadamente as transições de escola ou nível de ensino, o emergir das relações românticas e as primeiras experiências sexuais. A competência para gerir o seu estado emocional e para lidar com situações indutoras de stress ou com emoções negativas revela-se crítica para o ajustamento do adolescente, tendo repercussões no seu sucesso académico (Gumora & Arsenio, 2002) e na qualidade das relações estabelecidas (Saarni, 1999). As relações de namoro podem, segundo Mena Matos e Costa

(1996), constituir-se como um contexto que contribui, a par de outros, para a elaboração ou reelaboração de um sentido interno de segurança pessoal, que se revela fundamental para o desempenho autónomo de papéis diferenciados, nos vários contextos de vida do indivíduo.

O alargamento das relações sociais do adolescente e as mudanças na ecologia dessas relações e na natureza das amizades estabelecidas caracterizam também o desenvolvimento nesta fase do ciclo de vida. Na adolescência, a rede de contactos sociais multiplica-se, em número e em diversidade, tornando-se mais heterogénea. Ao mesmo tempo, cresce a intimidade e a intensidade da amizade com um grupo restrito de pares, proporcionando experiências que permitem o desenvolvimento de novas estratégias de regulação do comportamento interpessoal e da segurança pessoal percebida (Mena Matos & Costa, 2003; Santrock, 2008).

Uma crescente orientação para o grupo de pares acompanha o movimento do adolescente no sentido de maior autonomia e independência. A identificação com os pares permite o estabelecer de modelos para a formação de padrões de valores morais e julgamentos sociais (Adams, 2005), bem como proporcionar experiências de aprovação e reforço (ao invés, ser rejeitado ou ignorado pelos pares pode conduzir a emoções negativas e comportamentos desajustados). O grupo constitui uma fonte de influência normativa (Pereira, 2001), sendo habitualmente forte a conformidade com a pressão exercida no sentido da adopção dos comportamentos e padrões dos pares (cujos resultados negativos surgem quando essa pressão é exercida no sentido de experiências potencialmente danosas, como o consumo de álcool ou drogas). Ao longo da adolescência, assiste-se habitualmente a um decréscimo desta conformidade, surgindo maior tolerância em relação às opções individuais. Segundo Adams (2005), no final da adolescência o grupo de pares subdivide-se frequentemente em casais, tornando-se o campo privilegiado para desenvolver a capacidade de intimidade, as relações diádicas e as primeiras experiências sexuais. O isolamento social, neste período, associa-se a problemas como solidão, depressão, défice de aptidões sociais e mau ajustamento geral (Bokowski, Brendgen, & Vitaro, 2007).

O maior protagonismo da relação com os pares não implica, porém, um decréscimo da importância das relações familiares no desenvolvimento social do indivíduo, que continuam a ser fonte primordial de influência, suporte e orientação. O movimento em relação aos pares resulta da transformação progressiva da relação com os pais, e não da sua substituição enquanto figuras proporcionadoras de segurança pessoal. Como notam vários autores (cf. Mena Matos & Costa, 1996), o

processo de crescimento psicológico em direcção à autonomia será optimizado se decorrer num contexto de proximidade emocional à família, pois quanto mais seguro o adolescente se sentir no seu seio, maior capacidade terá para se envolver de forma confiante na construção de uma identidade autónoma e para integrar as experiências emocionais que ocorrem neste e noutros contextos. Ou seja, tanto a família como o grupo de pares são referências para o desenvolvimento da identidade (Steinberg & Silk, 2002), sendo que, na investigação, a qualidade da relação com os pais surge como o preditor mais consistente da saúde mental e bem-estar geral dos adolescentes (Resnick et al., 1997).

2. Tarefas desenvolvimentais da adolescência

As mudanças a diferentes níveis que se desenrolam ao longo da adolescência, e a necessária integração dos vários marcadores que caracterizam este período, mencionados brevemente nos pontos anteriores, colocam desafios que se traduzem na necessidade de novas formas de adaptação (Kirchler, Palmonari, & Pombeni, 1995), isto é, no desenvolvimento de respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que até aí não integravam o repertório comportamental dos adolescentes.

De acordo com a perspectiva desenvolvimental, que sustentamos, a adolescência é um período que, à semelhança de outros do ciclo de vida, se caracteriza pela necessidade de reorganização e de resolução de tarefas específicas⁷, derivadas da mencionada necessidade de integrar as dimensões biológica, cultural e socioemocional, o que possibilitará o acesso a níveis mais complexos de funcionamento (Canavarro, 2001). Entre as tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, contam-se a exploração e construção da identidade, a formação da identidade sexual, a elaboração de um projecto de carreira, maior autonomia em relação à família de origem e o esboçar de relações afectivas e de intimidade (Strough, Berg, & Sansone, 1996).

⁷ Havighurst (citado em Nurmi, 2004), numa conceptualização de tarefa desenvolvimental ainda hoje aceite, caracteriza-a como uma tarefa que surge num determinado momento de vida do indivíduo, cuja superação com sucesso conduz à adaptação e sucesso noutras posteriores; pelo contrário, o fracasso na sua superação pode conduzir a perturbação do indivíduo, desaprovação social e dificuldade em tarefas subsequentes. Ainda segundo o autor, as tarefas desenvolvimentais reflectiriam a maturação física, pressões culturais, expectativas sociais, bem como valores individuais, o que as tornaria diversas de cultura para cultura e mesmo entre diferentes grupos numa mesma sociedade.

A noção de construção e formação da identidade, central para a conceptualização e compreensão do desenvolvimento na adolescência, foi fortemente influenciada pela perspectiva de Erik Erikson (1968, 1980), que propõe uma sequência de estádios de desenvolvimento psicossocial, cada um deles constituindo um momento de crise, ou seja, uma fase que confronta os indivíduos com tarefas desenvolvimentais específicas às quais é necessário dar resposta – cada crise seria um possível ponto de viragem no desenvolvimento, no sentido da adaptação ou da patologia (Santrock, 2008). Na adolescência, segundo o autor, os jovens deparam-se com a necessidade de saber quem são e como querem conduzir a sua vida, pelo que a tarefa mais relevante com que se confrontam é a resolução da crise de identidade, que pode ser conseguida através de um período de exploração activa de papéis, que lhes permita definir-se enquanto indivíduos. Nesta exploração, os adolescentes experienciariam uma moratória psicológica, ou seja, uma fase em que, ainda livres de responsabilidades, teriam a oportunidade de se envolver num processo de auto-descoberta, que culminaria na definição de um sentido de si através de um conjunto de compromissos individual e socialmente aceitáveis, nos domínios dos valores e papéis sociais, carreira profissional, crenças religiosas, identidade e orientação sexual, intimidade e parentalidade (Harter, 1993). Quando a crise de identidade não fosse bem resolvida, o adolescente permaneceria num estado permanente de procura, inquietação e alienação (Erikson, 1980).

Perspectivas mais recentes do desenvolvimento da identidade concebem-no como um processo mais gradual e menos turbulento do que o implícito na concepção de momentos críticos defendida por Erikson, cujo início e término não se circunscrevem ao período da adolescência (Baumeister, 1991; Kroger, 2007). Porém, é nesta fase do ciclo de vida que, devido ao desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional, o indivíduo tem pela primeira vez a capacidade de integrar e seleccionar papéis e identidades, assim construindo um rumo para a maturidade (Marcia & Carpendale, 2004).

A aquisição de um sentido pessoal de identidade que, apesar de flexível e sujeito a mudanças, marca, para vários autores, o final da adolescência e o início da vida adulta, é imprescindível para a superação de uma tarefa desenvolvimental que inicialmente também se coloca nesta fase do ciclo de vida: o estabelecer de relações íntimas com os outros, caracterizadas pela auto-revelação e partilha de pensamentos e sentimentos privados. Num estudo recente com estudantes universitários, Montgomery (2005) concluiu que um sentido de identidade bem desenvolvido se associava a níveis mais elevados de intimidade, quer no sexo masculino quer no feminino.

Os contextos sociais do adolescente influenciam o desenvolvimento da identidade. Desde logo, os pais são figuras relevantes nesta construção: estudos que visam a associação entre estilos educativos parentais e o desenvolvimento da identidade concluem que pais que valorizam e encorajam a participação dos adolescentes nas tomadas de decisão da família favorecem essa construção, enquanto pais excessivamente controladores e que não promovem a expressão de opiniões e sentimentos por parte dos jovens desencorajam a exploração necessária para a aquisição de um sentido de si coerente e gratificante. Por sua vez, progenitores permissivos, que não orientam e não enquadram as decisões e escolhas dos filhos, dificultam igualmente o desenvolvimento da identidade (Goossens, citado em Santrock, 2008).

As influências culturais e socioeconómicas também desempenham um papel crítico neste âmbito, conduzindo nomeadamente ao questionar da universalidade da adolescência enquanto período de exploração e formação da identidade (Pereira, 2001) - para jovens de meios carenciados e desfavorecidos, por exemplo, o período moratório de experimentação seria posto em causa por necessidades mais prementes, conducentes a um assumir mais precoce de papéis expectáveis no adulto, como a actividade profissional ou a conjugalidade.

Embora actualmente sejam ténues as distinções apontadas por Erikson (1968), que indicava uma maior orientação masculina para as questões vocacionais e profissionais, enquanto o sexo feminino apresentaria sobretudo aspirações na área social, nomeadamente no que diz respeito à família e parentalidade, os processos pelos quais o adolescente confronta as tarefas desenvolvimentais normativas desta fase parecem ainda ser afectados pelo género sexual a que pertence (Hyde, 2005). Num estudo longitudinal publicado em 1996, Josselson observou que as relações estabelecidas ao longo da vida constituem uma dimensão fundamental da identidade feminina, sendo os vários papéis desempenhados fonte de gratificação e promotores de desenvolvimento pessoal - entre estes papéis, o de mãe parecia destacar-se, sendo apontado pelas mulheres que tinham filhos como o mais central, bem como a principal fonte de realização. No mesmo sentido vão os resultados dos estudos de Lalanda (2002, 2003, 2004).

A definição da identidade sexual integra e acompanha os percursos de construção da identidade, constituindo também uma tarefa desenvolvimental decisiva na adolescência. Este processo complexo e multifacetado envolve aprender a lidar com as emoções e sensações físicas envolvidas na atracção e resposta sexual, liga-se ao já mencionado desenvolvimento de novas formas de intimidade e implica a aquisição de aptidões para regular o comportamento sexual, fazer opções e evitar consequências

indesejadas (Brown & Brown, 2006; Graber & Brooks-Gunn, 2002; Graber, Brooks-Gunn, & Warren, 2006). A identidade sexual surge enquadrada por factores físicos, sociais e culturais, e envolve não só a orientação sexual do adolescente, mas igualmente as suas actividades, interesses e outras áreas do comportamento (Crockett, Raffaelli, & Moilanen, 2003).

3. Adolescência e sexualidade: Riscos e comportamentos

A descoberta e a progressão dos comportamentos sexuais são vistas como uma dimensão normativa do desenvolvimento na adolescência (Diamond, 2006), contribuindo para ampliar o conhecimento de si mesmo, do seu corpo e do outro, bem como para o estabelecer de relações de intimidade e confiança. Porém, todos os aspectos positivos da sexualidade adolescente não neutralizam os factores negativos a ela associados, que podem implicar ameaças para a saúde física e psicológica dos jovens (Pereira, Morais, & Matos, 2008).

A emergência da sexualidade e a sua integração na identidade pessoal acrescentam os desafios que se colocam ao adolescente, sendo as respostas com que os enfrentam influenciadas pelos contextos social, cultural e religioso nos quais o desenvolvimento ocorre (Crockett et al., 2003). Estão bem documentadas as diferenças na evolução dos comportamentos e práticas sexuais dos jovens, sobretudo desde a segunda metade do século XX até à actualidade (para uma revisão, cf. Alan Guttmacher Institute, 1994), nomeadamente uma tendência para iniciar mais precocemente a actividade sexual, para a qual parecem contribuir a maior disponibilidade e facilidade de acesso a métodos contraceptivos, mudanças nos valores e atitudes relativos à sexualidade, à família e às relações afectivas, e também uma forte erotização de aspectos sociais, associados a maior permissividade relativamente aos conteúdos e representação das práticas sexuais nos meios de comunicação e produtos culturais (Canavarro & Pereira, 2001; Collins, 2005; Stevens-Simon & Kaplan, 1998).

Os padrões de actividade sexual dos adolescentes diferem consoante a região geográfica em que habitam, sendo que, nos países desenvolvidos, a maioria dos jovens entre os 15 e os 19 anos inicia essa actividade fora do enquadramento de uma relação conjugal (Santrock, 2008).

O início mais precoce da relação sexual propriamente dita surge associado ao incremento dos riscos com que o adolescente se confronta, nomeadamente o surgir de uma gravidez ou contrair VIH/SIDA ou outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); num estudo de 2007, Buston, Williamson e Hart concluem que, quando esse início ocorre antes dos 16 anos, é maior a probabilidade de os adolescentes não utilizarem, ou utilizarem ineficazmente, métodos contraceptivos e de prevenção de ISTs. Estes riscos são particularmente relevantes no sexo feminino: Buhrmester (citado em Santrock, 2008) apresenta em 2001 dados de um estudo longitudinal, segundo os quais adolescentes do sexo feminino cujo envolvimento sexual começa no início da adolescência denotam posteriormente pior auto-estima, maiores índices de sintomatologia depressiva, mais actividade e promiscuidade sexual, bem como maior insucesso escolar. Por sua vez, Panchaud, Singh, Feivelson e Darroch (2000) afirmam que, comparativamente aos homens e a mulheres mais velhas, as adolescentes têm maior risco fisiológico de contrair ISTs. No seu estudo acerca da incidência e prevalência de algumas ISTs mais comuns (sífilis, gonorreia e clamídia) nos jovens de 16 países desenvolvidos, as mesmas autoras concluem que este grupo é desproporcionalmente afectado, quando contrastadas as taxas de infecção com as da população mais velha, o que é atribuído ao facto de esta população ter maior probabilidade de, sendo solteira, ter múltiplos parceiros e de ter relações sexuais desprotegidas, para além de poder ter mais dificuldade em aceder a cuidados médicos com garantia de confidencialidade.

Dados internacionais acerca da infecção por VIH apontam também as mulheres em idade fértil como um grupo onde a incidência é particularmente elevada, tanto em países industrializados como em vias de desenvolvimento (Canavarro, Pereira, Morgado, & Barahona, 2004; Pereira, 2008; United Nations Joint Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2009) - globalmente, estima-se que 45% das novas infecções por VIH ocorra em pessoas entre os 15 e os 24 anos, sobretudo através de transmissão sexual (UNAIDS, 2009).

Em Portugal, dados consistentes e periodicamente actualizados acerca de diversos aspectos da saúde dos jovens têm resultado, desde 1996, do estudo colaborativo da OMS designado Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), que, no nosso país, tem sido coordenado por Margarida Gaspar de Matos (Gaspar et al., 2006; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2000, 2003; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005). Em 2006 (Matos et al., 2008), integraram a amostra do estudo 4877 adolescentes (49.6% de rapazes e 50.4% de raparigas), que frequentavam o ensino oficial nas várias regiões do Continente, nos 6º (média de idades: 11.87), 8º (média de idades: 14.16) e 10º (média de idades: 16.01) anos de escolaridade

e que, pela sua distribuição e características, constituíam uma amostra representativa da população. Neste grupo, a maioria dos respondentes indicou ainda não ter iniciado a actividade sexual (81.2%). Os que o fizeram indicaram maioritariamente tê-la iniciado aos 14 anos ou mais (63.7%, sendo 82% nas raparigas e 51.3% nos rapazes), embora 16.5% (23.3% dos rapazes e 5.7% das raparigas) diga tê-lo feito com 11 anos ou menos, e 19.7% (24.8% dos rapazes e 12.3% das raparigas) com 12 a 13 anos. Dos que indicam já ter iniciado o relacionamento sexual, 84.1% afirmam ter usado métodos contraceptivos na última relação, sendo a utilização de preservativo indicada em 81.3% (esta percentagem aumentou de 71.7% desde o estudo anterior, datado de 2002, segundo Matos et al., 2008). Cerca de 14.1% dos jovens indicou ter mantido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, sendo esta percentagem superior nos rapazes (16.5%, contra 10.6% nas raparigas). Os rapazes referem mais frequentemente que iniciam a vida sexual porque querem ter essa experiência, enquanto as raparigas associam esse início à existência de uma relação de namoro e a sentimentos de paixão entre o casal (Matos et al., 2008; Pereira et al., 2008).

Estes dados são congruentes com os resultantes de um outro estudo, da responsabilidade da Associação de Planeamento Familiar (APF) e do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, intitulado *A Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e Fontes* (Ferreira & Vilar, 2008). A amostra foi constituída por 2621 alunos de ambos os sexos com idades entre os 15 e os 19 anos, a estudar em 63 escolas secundárias de vários pontos do país, inquiridos entre Novembro de 2007 e Março de 2008. De entre as muitas conclusões resultantes da análise de dados, saliente-se que cerca de 42% dos inquiridos se dizia sexualmente activo, sendo as idades mais frequentes para o início da vida sexual os 14 anos para os rapazes e os 15 para as raparigas. A utilização de preservativo na última relação sexual era referida por 74% dos participantes. Embora, de forma geral, as respostas indiquem que o nível de informação e educação sexual dos jovens é satisfatório, verificou-se que nalguns temas, como a infecção por outras ISTs que não o VIH/SIDA, o período fértil e a gravidez ou a utilização correcta de alguns métodos contraceptivos (por exemplo, a pílula ou a pílula de emergência), os conhecimentos parecem ser insuficientes (Ferreira & Vilar, 2008). Nesta amostra, entre os jovens sexualmente activos, houve 16 (2.4%) raparigas que engravidaram e 11 (2.6%) rapazes cujas parceiras ficaram grávidas - a informação disponível indica que sete gestações resultaram em nascimento, sete em aborto espontâneo e dez em interrupção voluntária da gravidez (IVG).

São vários os modelos teóricos que procuram ajudar a compreender as tomadas de decisão que conduzem ao envolvimento dos adolescentes em situações de risco (para uma revisão, cf. Rolison & Scherman, 2002). Alguns desses modelos partem do pressuposto segundo o qual determinados traços de personalidade predisporiam os jovens a envolver-se em comportamentos de risco (Furby & Beyth-Marom, 1992); porém, a investigação não tem sido suficientemente conclusiva, apontando para esta dimensão como factor de influência, mas não como determinante causal (Millstein & Igra, 1995). Outra característica individual alvo de diversos estudos é o locus de controlo⁸: Crisp e Barber, em 1995, relatam que, num grupo de adolescentes com consumo habitual de drogas, aqueles com locus de controlo externo apresentavam mais frequentemente crenças de invulnerabilidade perante situações de risco, nomeadamente no que toca à possibilidade de infecção por VIH; num outro estudo, McIntyre, Saudargas e Howard (1991) concluem que ter um locus de controlo externo era um bom preditor, embora não o único, da ocorrência de gravidez na adolescência.

Outras perspectivas analisam a influência de marcadores biológicos, como factores genéticos, endócrinos e outros associados às mudanças pubertais, para explicar as tomadas de decisão perante potenciais riscos (Udry, 1990). As conclusões apontam, geralmente, no sentido de os rapazes se envolverem com mais facilidade em situações que podem implicar riscos físicos, enquanto as raparigas assumiriam comportamentos de transgressão e quebra de regras – porém, uma vez mais, os resultados não são consensuais.

Numa perspectiva desenvolvimental, alguns autores defendem que correr riscos será uma estratégia de confronto utilizada para lidar com as tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, como a exploração e construção de autonomia (Millstein & Igra, 1995). Esta visão leva à necessidade, que tem recebido atenção na literatura científica nos últimos anos, de distinguir os diversos comportamentos

⁸ O conceito de locus de controlo tem um papel fundamental na teoria da aprendizagem social de Rotter (1990). O seu aparecimento em numerosos estudos experimentais e a sua utilização em contextos diferentes são reveladores da importância que o conceito assumiu na compreensão do comportamento humano (Barros, 1996; Pedrosa, 2003). O locus de controlo é externo quando o indivíduo acredita que não controla os acontecimentos ou que os resultados não são dependentes do seu comportamento, pelo que tende a considerá-los resultantes de factores alheios a si mesmo. Quando o indivíduo entende o acontecimento como contingente ao seu comportamento ou aos seus atributos relativamente permanentes, quando se tem a convicção de que se controla a situação ou o reforço, avaliando-o como resultante das suas próprias acções, fala-se de locus de controlo interno (Pedrosa, 2003). Rotter (1990) refere que o indivíduo com um locus de controlo interno possui uma forte convicção de que pode controlar o seu próprio destino, sendo provável que esteja mais atento aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu comportamento futuro, que procure melhorar as suas condições ambientais, que atribua maior valor às competências ou reforços de realização e se sinta mais interessado pelas suas próprias capacidades, e se que mostre mais resistente às tentativas subtis de o influenciar.

de risco na adolescência. Enquanto certos comportamentos podem implicar algum perigo, mas não são mais do que experiências construtivas, que servem, entre outras funções, para experienciar dimensões de vida, construir a identidade, ganhar aceitação dos pares e autonomia dos pais, fazendo assim parte do desenvolvimento normativo (Baumrind, 1991; Simões & Matos, 2008), outros podem comprometer a saúde e a adaptação dos adolescentes, sendo por isso vistos como indesejáveis.

De acordo com Baumrind (1987), são considerados comportamentos de risco com potencial destrutivo todos aqueles que têm como consequência o isolamento e a alienação do jovem relativamente ao seu grupo social, levando-o a sentimentos de rejeição e incompreensão - a extensão e a gravidade desses comportamentos são também um critério para a avaliação da sua perigosidade (Igra & Irwin, 1996; Santrock, 2008). Assim, determinados comportamentos podem implicar risco pelo timing da sua ocorrência, como é o caso do início precoce da actividade sexual, e outros pela gravidade das suas consequências, como o consumo de drogas ou o envolvimento em actos delinquentes (Simões & Matos, 2008).

O enquadramento teórico para compreender os comportamentos relacionados com a saúde, entre os quais as tomadas de decisão perante situações de provável risco, como os comportamentos sexuais, tem sido fundado por modelos teóricos como a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1975, 1986), a teoria da acção racional (Ajzen & Fishbein, 1980, 1981), as teorias de auto-regulação (Kanfer, citado em Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus, Gonzalez, & Bouris, 2008), a teoria da cultura subjectiva (Triandis, 1989) e várias reformulações das teorias de crenças de saúde (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1988). Num esforço para conjugar os principais constructos de cada uma destas abordagens, em 1991, o National Institute for Mental Health promoveu uma reunião entre Bandura, Fishbein, Triadis, Becker e Kanfer que, ao longo de uma semana, discutiram os fundamentos teóricos e, embora sem um consenso total acerca de conceptualizações específicas ou prioridades causais, chegaram a um enquadramento geral acerca das principais categorias de variáveis e da sua acção e influência na explicação dos comportamentos relativos à saúde (Fishbein et al., 2001; Guilamo-Ramos et al., 2008).

As variáveis fundamentais deste enquadramento organizam-se em duas sequências, sendo que a primeira se centra em determinantes proximais do comportamento e a segunda em factores que influenciam directamente a tomada de decisão (Guilamo-Ramos et al., 2008). As interacções entre os vários factores ilustram-se na Figura 1.

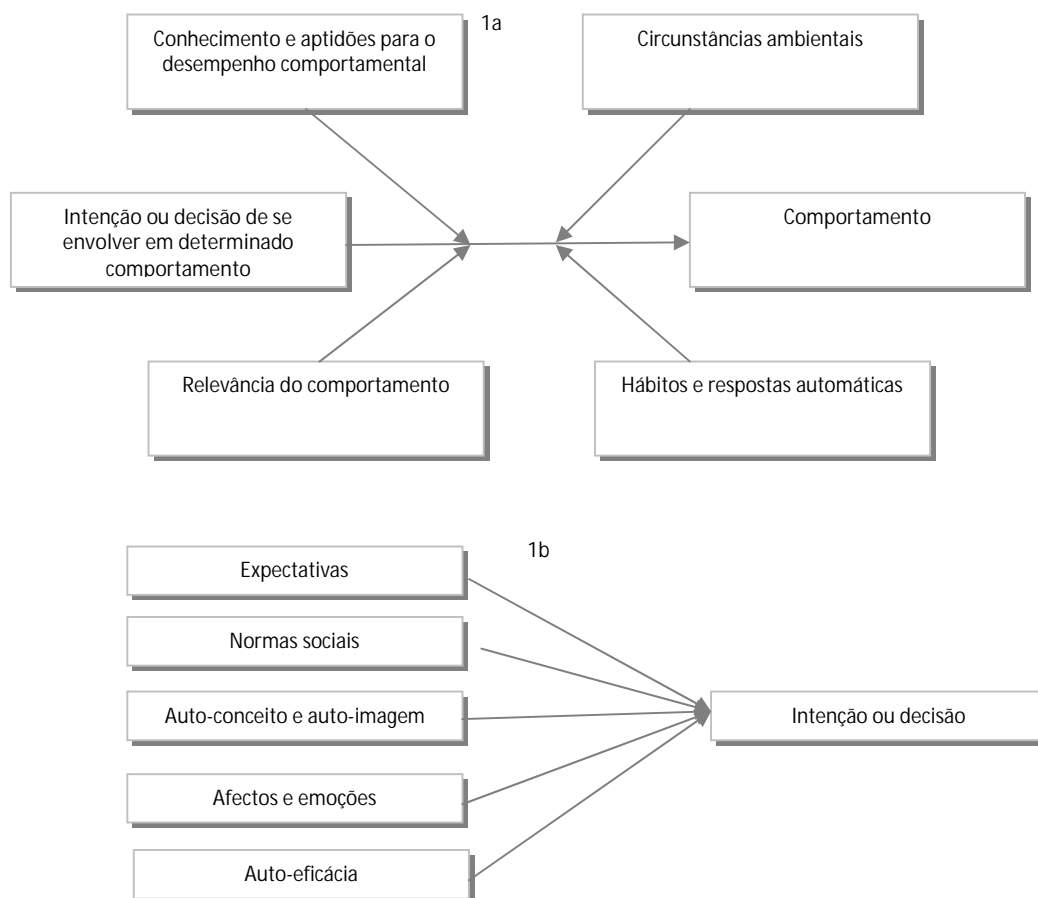


Figura 1 – Determinantes dos comportamentos e intenções relativos à sexualidade em adolescentes (adaptado de Guilamo-Ramos et al., 2008; Jaccard, Dodge, & Dittus, 2002)

De acordo com a sequência ilustrada, o primeiro determinante do comportamento é a intenção de o realizar, pois essa intenção é habitualmente um bom preditor das acções futuras (Buhi & Goodson, 2007). Porém, nem sempre a intenção ou decisão inicial se traduz em comportamento (Webb & Sheeran, 2006), o que pode ser explicado pela acção das outras dimensões representadas na Figura 1 (1a): envolver-se na prática de um determinado comportamento implicará que estejam presentes os conhecimentos e competências necessários para o levar a cabo, que as circunstâncias ambientais sejam mais facilitadoras do que inibidoras e que a acção seja avaliada como importante pelo indivíduo (no

modelo de crenças de saúde, estas dimensões constituiriam sinais para concretizar determinada acção). Por último, nesta primeira sequência, considera-se o peso dos comportamentos habituais e das respostas anteriormente desenvolvidas, que podem também afectar o desempenho. Todas estas dimensões interagem entre si, pelo que a tomada de decisão relativamente ao envolvimento em determinada acção será mais provável se todas forem favoráveis a essa concretização (Guilamo-Ramos et al., 2008).

Ainda na Figura 1, a sequência 1b representa dimensões susceptíveis de influenciar a intenção e a decisão de efectivar um comportamento: expectativas (que se referem aos custos e benefícios percebidos para determinada acção), normas sociais (reflectem a percepção de aprovação ou desaprovação do comportamento por parte de figuras significativas, bem como a percepção acerca do facto de o grupo de pares estar ou não a praticar o dito), auto-conceito e auto-imagem (interferem com a decisão, na medida em que influenciam a imagem que o adolescente pretende que os outros tenham dele mesmo e o modo como avalia que o comportamento interferirá nessa imagem), afecto e emoções (uma resposta emocional positiva face ao comportamento torna-o mais provável) e auto-eficácia (os indivíduos envolvem-se com maior probabilidade em comportamentos em que julgam poder ter um desempenho bem sucedido).

Em suma, de acordo com Guilamo-Ramos et al. (2008), um adolescente tomará a decisão de concretizar determinado comportamento, como seja iniciar a sua vida sexual ou ter relações sexuais desprotegidas, considerando as vantagens e desvantagens de o efectuar, as pressões sociais actantes, nomeadamente a aprovação/desaprovação que acarretará, a sua competência para ser bem-sucedido e a imagem que projectará caso o execute; terá ainda em conta os aspectos emocionais e afectivos implicados na acção. Perante cada decisão, podem interagir todas ou apenas algumas destas dimensões, ou seja, alguns comportamentos são sobretudo determinados por aspectos emocionais, enquanto noutros pesa particularmente a pressão dos pares ou grupo de amigos.

Este modelo, que sintetiza cinco das principais teorias explicativas do comportamento humano, pode constituir uma base para o estudo dos comportamentos sexuais de risco na adolescência. Foi empiricamente testado por Guilamo-Ramos e colaboradores (Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus, Bouris, Holloway et al., 2007; Guilamo-Ramos et al., 2008), tendo os autores concluído que pode dar uma contribuição válida para a compreensão das tomadas de decisão subjacentes a esses comportamentos e, logo, para a delineação de estratégias preventivas.

Porém, este enquadramento centra-se apenas nas variáveis proximais, ou seja, que mais directamente podem exercer impacto nas tomadas de decisão. Dimensões como contextos culturais e socioeconómicos, predisposições genéticas, dinâmicas familiares, entre outras, de natureza mais distal, não são consideradas. Consideramos que outras teorias, como o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), que teremos oportunidade de explorar noutro ponto deste trabalho, dão um contributo relevante, na medida em que identificam factores que, directa ou indirectamente (através do impacto que podem exercer nas variáveis proximais, cuja acção é igualmente alvo de atenção), contribuem para uma compreensão mais global dos comportamentos em geral e dos processos complexos subjacentes ao assumir de comportamentos de risco por parte dos adolescentes em particular.

Apesar de, no próximo capítulo, nos determos especificamente nos factores que influenciam as decisões implicadas nos processos que podem conduzir à gravidez e à maternidade adolescente, importa neste momento mencionar, numa perspectiva mais global das decisões acerca de comportamentos sexuais, que a disponibilidade e a possibilidade de partilha de informação correcta e adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Kirby & Miller, 2002). A informação disponível e assimilada pelos adolescentes, bem como as suas crenças e atitudes podem, como vimos, ser determinantes para as suas tomadas de decisão relativamente aos comportamentos sexuais que adoptam e, logo, aos riscos que se dispõem a correr.

Considerando novamente o estudo HSBC (Matos et al., 2008), as fontes preferenciais para os adolescentes portugueses são, por ordem decrescente, os amigos, colegas, pais e professores. A internet tem crescido como fonte de informação, em detrimento dos livros e da televisão, e a Escola afigura-se, pelo tempo que ocupa na vida dos jovens e pelos recursos disponíveis, como um meio privilegiado para a concretização de estratégias de educação sexual, tanto mais que muitos pais referem não ter conhecimentos suficientes e precisarem de ajuda na abordagem desta temática (Albert, 2007; Matos et al., 2008). Por sua vez, o estudo coordenado por Ferreira e Vilar (2008) aponta como fontes preferenciais de informação acerca da sexualidade os amigos (70% diz recorrer a eles), seguindo-se as mães (40%), os professores (30%), os pais (30%) e os profissionais de saúde (15 a 18%).

Os riscos e problemas potencialmente associados à sexualidade adolescente associam-se a outros factores contextuais, como o nível socioeconómico (NSE), estilos e práticas educativas parentais, características do grupo de pares e contexto escolar (Aronowitz, Rennels, & Todd, 2006; para uma revisão, cf. Simões & Matos, 2008). Silver e Bauman (2006) indicam que a percentagem de adolescentes sexualmente activos varia consoante o local e as condições socioeconómicas, sendo habitualmente mais elevada naqueles que habitam zonas urbanas desfavorecidas. Também Miller, Benson e Galbraith (2001) e Singh, Darroch e Frost (2001) indicam a residência em zonas carenciadas como um factor de risco para um início mais precoce da vida sexual e para a ocorrência de gravidez na adolescência.

As influências familiares e do grupo de pares na adopção e manutenção dos comportamentos sexuais dos adolescentes também têm sido alvo de interesse crescente (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007). No estudo já citado de Miller et al. (2001), a proximidade emocional entre jovens e progenitores, adequada supervisão parental das actividades e comportamentos do adolescente, bem como os valores dos pais, quando críticos acerca da sexualidade não protegida na adolescência, surgem como factores protectores, associando-se a um decréscimo no risco de gravidez adolescente. Por sua vez, menor supervisão e acompanhamento parentais associam-se a um início mais precoce da actividade sexual, maior número de parceiros e menor probabilidade de uso de contraceptivos (Wight, Williamson, & Henderson, 2006). Estes resultados são corroborados por outros estudos, como os de Huebner e Howell (2003) e de Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman e Fong (2003).

Num estudo realizado com 72 adolescentes portugueses, distribuídos de modo semelhante por ambos os sexos, Dias et al. (2007) concluem que a influência exercida pelos pais nas escolhas subjacentes ao comportamento sexual dos filhos depende da qualidade da relação entre eles – o envolvimento e o suporte parental influenciam positivamente esse comportamento, bem como a comunicação positiva sobre sexualidade. Por sua vez, a percepção, por parte dos adolescentes, de menor supervisão parental associa-se à adopção de maior número de comportamentos de risco em geral e de comportamentos sexuais de risco em particular (início precoce de actividade sexual e relações sexuais desprotegidas).

O grupo de pares é também apontado como influência relevante pelos participantes do estudo (Dias et al., 2007) e tanto pode funcionar como factor de protecção (na medida em que constitui fonte de suporte e partilha de informações e vivências), como acentuar a vulnerabilidade (a percepção da actividade sexual dos pares, bem como a existência de comportamentos sexuais de risco no grupo de

amigos pode contribuir para incentivar e validar a adesão a essas práticas). Kirby (2001) afirma que a influência do grupo de pares é importante para as opções dos adolescentes relativamente ao comportamento sexual e à utilização de métodos contraceptivos: quando a ligação aos amigos é forte, é provável que os jovens procurem seguir as expectativas do grupo, adoptando atitudes e comportamentos aceites e vistos como desejáveis pelo mesmo (ainda que esses comportamentos sejam negativos e comportem riscos para a saúde e para o desenvolvimento).

Outro factor a ter em conta parece ser a percepção da idade em que os pares terão iniciado as relações sexuais, pois adolescentes que têm a percepção de que aqueles já iniciaram a vida sexual e o fizeram cedo, têm maior probabilidade de referir que já tiveram relações sexuais e as tiveram também em idades precoces (Whitaker & Miller, 2000; para uma revisão acerca da influência das normas dos pares na adopção de comportamentos de risco, cf. Buhi & Goodson, 2007). A importância desta dimensão é corroborada, no nosso país, pelos resultados comparativos do estudo HBSC de 2002 e de 2006, segundo os quais se verifica que a idade com que os jovens pensam que os pares iniciaram a vida sexual aumentou, sendo esse facto acompanhado pelo aumento geral da idade de início das relações sexuais (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005; Matos et al., 2008).

O contexto escolar aparece fortemente associado à adopção ou não de comportamentos de risco para a saúde - este aspecto será também analisado mais extensamente nos capítulos seguintes. De forma geral, os dados da investigação apontam para uma influência negativa do insucesso escolar, da fraca ligação à escola e do abandono do sistema de ensino na associação a pares desviantes, incidência de perturbações emocionais (nomeadamente depressão), comportamento delinquente, consumo de substâncias e iniciação sexual precoce (Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & Marsh, 2007; Cubbin, Santelli, Brindis, & Braverman, 2005; Luthar & D'Avanzo, 1999; Simões & Matos, 2008).

As categorias de problemas que habitualmente afectam os adolescentes (consumo de álcool e outras substâncias, delinquência, dificuldades escolares e comportamentos sexuais de risco) surgem frequentemente associados (Dryfoos, 1990; Dryfoos & Barkin, 2006) e estão interrelacionados (Mason, Hitchings, & Spoth, 2007). A título de exemplo, refiram-se dados da investigação que associam o consumo de substâncias com insucesso e abandono escolar, delinquência e início precoce da actividade sexual; este, por sua vez, relaciona-se com o consumo de tabaco e álcool, experimentação e utilização de drogas e problemas no contexto escolar, como inadaptação, baixo desempenho e abandono (Nation & Heflinger,

2006; Thompson, Ho, & Kingree, 2007). Muitos adolescentes que exibem comportamentos de risco apresentam perfis multiproblemáticos, envolvendo-se em duas ou mais das categorias identificadas, sendo considerados jovens de alto risco. Em 1990, Dryfoos estimava que 10% dos adolescentes americanos se enquadrassem nessa categoria; num estudo recente, esse valor parece ter aumentado para cerca de 20% (Dryfoos & Barkin, 2006).

Em Portugal, comparando os dados obtidos no HBSC em 2002 e em 2006, parece existir uma tendência para a diminuição dos comportamentos de risco entre os adolescentes portugueses (Dias et al., 2005; Matos et al., 2008), com um ligeiro aumento da idade de início da vida sexual e maior percentagem de jovens que afirma utilizar métodos contraceptivos. Porém, os mesmos estudos indicam que, ao nível das crenças e atitudes relativas ao VIH/SIDA, aumentaram as atitudes negativas face a pessoas infectadas. Outros trabalhos denotam que, apesar de no geral os jovens se revelarem informados acerca dos comportamentos e atitudes preventivas na esfera sexual, nomeadamente no que concerne à prevenção de uma gravidez indesejada e de ISTs, têm dificuldades em traduzir esse conhecimento em comportamentos saudáveis (Reis & Matos, citado em Matos et al., 2008).

No nosso, como na generalidade dos países ocidentais, a gravidez na adolescência é vista como um dos principais riscos que podem decorrer dos comportamentos sexuais na adolescência. No ponto seguinte, exploramos brevemente alguns dados sobre a incidência e a evolução deste fenómeno.

4. Gravidez e maternidade na adolescência: Breves dados epidemiológicos

A gravidez e maternidade/parentalidade na adolescência constituem um assunto complexo nas sociedades desenvolvidas contemporâneas. Apesar de os registos estatísticos na UE e nos Estados Unidos da América (EUA) sugerirem um decréscimo no número de mães adolescentes, a taxa de nascimentos em adolescentes é elevada e mais elevado ainda é o número de gestações ocorridas em adolescentes (Holgate, Evans, & Yuen, 2006). Um estudo internacional publicado pela OMS (WHO, 2004) aponta para uma grande divergência nas taxas de gravidez e de maternidade adolescente, nas várias regiões do mundo. Para a maior parte dos países, estão unicamente disponíveis dados comparáveis relativamente às

taxas de nascimentos em mães com idades entre os 15 e os 19 anos, e apenas em alguns são igualmente conhecidas as taxas de gravidez e de interrupção da gravidez nesta faixa etária.

As taxas mais elevadas de nascimentos em mães adolescentes ocorrem na África Subsariana e em alguns países da Ásia e da América Latina. Nos países desenvolvidos, as taxas mais altas encontram-se nos EUA, onde se estima que, em cada ano, um milhão de adolescentes engravide (Manlove et al., 2002), apesar de se registar, nos últimos 25 anos, tal como nos restantes países industrializados, uma tendência consistente de diminuição dos nascimentos em mães adolescentes⁹ e da taxa de aborto entre as adolescentes (Singh & Darroch, 2000).

A diminuição de gestações e nascimentos em mães adolescentes acompanha o declínio, que se observa desde a terceira década do século XX, dos índices de fecundidade e natalidade na população em geral (United Nations Statistics Division, 2008). Explicações específicas para a diminuição da taxa de nascimentos de mães adolescentes poderão ser encontradas em factores como maior escolarização, aumento da idade de entrada na conjugalidade, maior investimento e disponibilidade de informação na área da educação sexual e acesso mais facilitado a métodos contraceptivos, aumento do conhecimento dos riscos associados a ISTs e maior recurso ao aborto (Canavarro & Pereira, 2001; Lalanda, 2006; Miller, Bayley, Christensen, Leavitt, & Coyl, 2003; Pereira, 2001; Piccinino & Mosher, 1998).

Durante largos anos, os dados disponíveis levaram Portugal a ser o país da UE com a segunda taxa mais elevada de nascimentos em mães na adolescência, situando-se imediatamente abaixo do Reino Unido (Eurostat, 2004, 2008). Com o último alargamento e a entrada de novos países na UE, a posição do nosso país melhorou (cf. Figura 2).

⁹ No Reino Unido, apesar dos fortes investimentos dirigidos à prevenção da gravidez na adolescência e à diminuição, até 2010, desta taxa para cerca de metade dos valores então registados (46.6‰), verificou-se uma subida de 2% no número de gestações em mulheres adolescentes entre 2006 e 2007, continuando o país a registar os valores mais elevados da Europa Ocidental (41.7‰). É também no Reino Unido que se verificam as taxas mais elevadas de IVG na adolescência – cerca de 4.2‰ em mulheres com menos de 16 anos e 18.9‰ entre os 16 e os 18 anos (Family Planning Association, 2009a, 2009b).

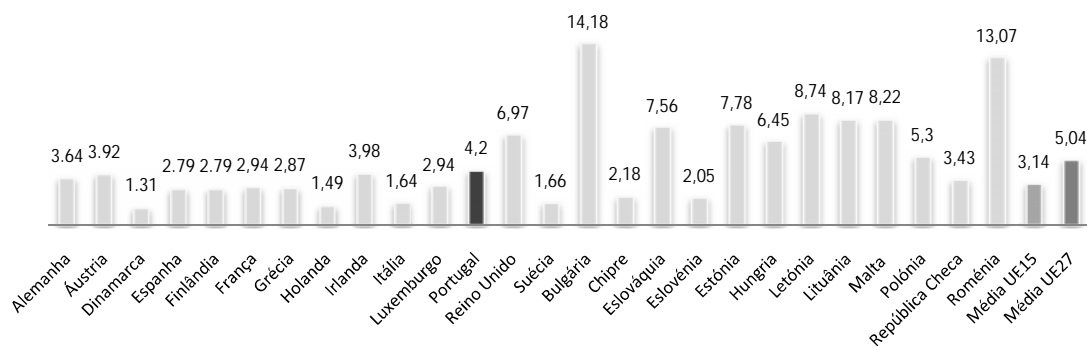


Figura 2 – Percentagem de nados vivos de mães adolescentes em 2008 (Eurostat, 2008; INE, 2009)

Em Portugal, depois de, entre 1970 e 1980, se ter verificado um aumento progressivo na percentagem de mães com idade inferior a 19 anos, atingindo-se o valor de 11,3% em 1980, os números dos nascimentos em mulheres adolescentes têm vindo a decrescer lentamente, mantendo-se porém demasiado elevados, o que conduziu a que a diminuição deste indicador fosse incluída nas metas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2007), sendo o objectivo global atingir o valor de 5% para a taxa de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (por 100 nados vivos). Esta meta foi conseguida ainda em 2008, como se pode observar na Figura 3, que traduz também a diminuição das taxas registadas em Portugal Continental nos últimos anos.



Figura 3 – Taxa de nascimentos em mulheres adolescentes por cada 100 nados vivos (ACS, 2009; INE, 2009)

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009a), em 2008, em Portugal Continental, foram mães 4132 jovens com menos de 19 anos, isto é, menos 1132 do que o número verificado em 2004. Apesar da evolução favorável deste indicador, a gravidez e a maternidade na adolescência no nosso país continuam a ser bastante mais elevadas do que os melhores resultados registados a nível europeu (cf. Figura 2), pelo que devem continuar a constituir uma preocupação social premente, como explanaremos no próximo capítulo. Por este motivo, ao longo dos últimos anos, e particularmente desde o ano de 1984, têm sido tomadas uma série de medidas legislativas que, pelo seu âmbito de acção (promoção do planeamento familiar; educação para a saúde; educação sexual nas escolas; acesso gratuito a consultas de planeamento familiar e contraceptivos, incluindo desde 2001 os contraceptivos de emergência), visam combater esta situação.

No nosso país, a Região Autónoma dos Açores é aquela onde os nascimentos em mulheres adolescentes têm tido maior incidência. De acordo com os dados do INE disponíveis (2005, 2008, 2009a), em 2004 nasceram nas ilhas dos Açores cerca de 310 crianças filhas de jovens com idades inferiores a 19 anos, isto é, cerca de 10.3% dos nascimentos corresponderam a gravidezes que ocorreram na adolescência. Em 2007, esse valor continuou a situar-se nos 10.12%, tendo descido em 2008 para 8.95%, o que representa um pouco mais que o dobro da taxa nacional e é ainda superior ao registado nas outras regiões do país (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Nados vivos de mães adolescentes, relativamente ao total de nados-vivos em 2008 (INE, 2009a)

Área de Residência	Total de nados vivos	Idade da mãe	
		Menos de 15	15 – 19
Portugal	104594	77	4474
Portugal Continental	99057	74	4058
Regiões Autónomas	5535	3	416
Norte	34631	23	1358
Centro	20156	13	705
Lisboa e Vale do Tejo	32770	32	1429
Alentejo	6558	3	339
Algarve	4942	3	227
R. A. da Madeira	2836	0	168
R. A. dos Açores	2699	3	248

Refiram-se ainda os dados do INE segundo os quais a Região Autónoma dos Açores se manteve como a zona do país com fecundidade mais elevada desde a última década do século XX, sendo também aquela em que se verifica que as mulheres são mães mais cedo: a idade média de nascimento do primeiro filho na região é de 25.9 anos, enquanto a média nacional se situa nos 28.2 anos (Carrilho & Patrício, 2008; INE, 2009a). Para além disso, segundo Lalande (2006), e considerando os dados mais recentes do INE (2009a), é também nesta região que se assinala a taxa de nupcialidade mais elevada (5.4%) e a média mais baixa de idade ao primeiro casamento, quer nos homens (27 anos), quer nas mulheres (25 anos).

Tal como na maioria dos países, também em Portugal dependemos, até muito recentemente, dos valores aferidos para o número de nascimentos em mulheres adolescentes, em conjunto com outros indicadores como a taxa de fecundidade¹⁰ e o índice sintético de fecundidade¹¹ em adolescentes, para estimar as proporções do fenómeno da gravidez na adolescência, ou seja, é possível aceder ao número de jovens que se tornam mães antes dos 20 anos, mas não ao total das que engravidam antes dessa idade. Em 2007, na sequência da entrada em vigor da portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho e ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril (que alterou o artigo 142.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, e alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 Julho), a IVG passou a não ser punível se realizada, por opção da mulher, até às 10 semanas de idade gestacional.

Esta medida vem possibilitar um conhecimento mais exacto dos números da gravidez na adolescência¹², o que é fundamental para compreender o padrão de fertilidade dessa população, para prevenir os riscos associados à realização da interrupção da gravidez e para planear os serviços, nomeadamente os relacionados com a educação sexual, planeamento familiar e actividades de saúde materno-infantil (Episcience, 2007). No entanto, a experiência internacional documenta que as características da ocorrência da interrupção da gravidez são de difícil conhecimento, tanto em países onde ela é permitida por lei, como naqueles onde não o é (Tavares, 2007).

¹⁰ Taxa de fecundidade (INE, 1994): Número de nados vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efectivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 mulheres em idade fértil).

¹¹ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil) (INE, 2003).

¹² Em Portugal, as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efectuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142 do Código Penal, são de declaração obrigatória à Direcção-Geral da Saúde, através do formulário de registo da interrupção da gravidez que deve ser preenchido por todas as instituições de saúde que as realizam.

Entre Julho e Dezembro de 2007, de um total de 6287 interrupções da gravidez, cerca de 662 (10.5%) foram solicitadas por mulheres com idade até aos 19 anos, sendo que 0.4% corresponderam a situações de adolescentes com menos de 15 anos (Episcience, 2007). No ano de 2008, os dados relativos aos 12 meses indicam valores próximos destes, sendo as taxas referidas respectivamente de 11.5% e 0.5%. A faixa etária abaixo dos 20 anos apresenta, nestes primeiros dois anos de vigência das novas condições da Lei da Interrupção da Gravidez, a segunda taxa mais baixa de IVG, logo após as mulheres com mais de 40 anos.

O número de interrupções, conjugado com os indicadores relativos aos nascimentos de mães adolescentes, permite concluir que, apesar da evolução positiva verificada nos últimos anos, a gravidez e a maternidade precoce continuam a constituir um risco desenvolvimental e social, atingindo em Portugal, e particularmente na Região Autónoma dos Açores, dimensões preocupantes. Assim, urge conhecer com maior profundidade os factores associados à incidência e à prevalência do problema, para planear as melhores e mais adequadas formas de prevenção e intervenção. Os dois capítulos seguintes procurarão contribuir para sintetizar o estado da arte relativamente aos processos de ocorrência da gestação e da adaptação à gravidez e maternidade na adolescência, bem como às implicações que deles derivam.

2 |

Gravidez na Adolescência:
Factores de risco e protecção

2 | Gravidez na Adolescência: Factores de risco e protecção

1. Gravidez na adolescência: Evolução histórica e sociocultural e perspectiva actual

A gravidez na adolescência não é um fenómeno novo nem recente. Tal como ainda hoje ocorre em vastas regiões da África, Ásia e Médio Oriente, na Europa, até ao final do século XVIII, o casamento em idades precoces era comum. Desde essa altura, nos séculos XVIII e XIX, com a alteração de padrões sociais e culturais, a idade do primeiro casamento aumentou, mas a moral vigente desaprovava as relações sexuais fora do enquadramento conjugal, pelo que, a ocorrer, a concepção na adolescência era habitualmente seguida por um casamento forçado pela família, sem o qual a reputação da jovem ficaria irremediavelmente comprometida.

Ao longo do século XX, a gravidez na adolescência adquiriu, sobretudo nos últimos cinquenta anos, o estatuto de problema social e de saúde pública nas sociedades desenvolvidas, particularmente nos países ocidentais¹³, a cuja realidade nos reportamos. Para tal, contribuíram transformações sociais como a industrialização e o desenvolvimento económico, as mudanças nos papéis de género tradicionais e a

¹³ A taxa de nascimentos em mães adolescentes e também de abortos entre mulheres com menos de 20 anos, em países asiáticos desenvolvidos como o Japão, a Coreia do Sul ou Singapura, contam-se entre as mais baixas do planeta (Alan Guttmacher Institute, 1998a; Singh & Darroch, 2000), o que na investigação aparece associado a uma ainda forte influência de valores tradicionais e culturais, particularmente os que definem o papel das mulheres e determinam os padrões a partir dos quais são avaliadas socialmente (Cherry, 2001).

consequente modificação das estruturas familiares. A maior participação da mulher na vida laboral e social e o aumento da sua escolarização fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além dos tradicionais de esposa e de mãe.

As mudanças políticas e sociais, e consequentes alterações no modo de vida da população geral, também contribuem para alterações que, ocorrendo ao longo da adolescência, influenciam este curso de eventos (WHO, 2004): temos, por um lado, a diminuição da idade da menarca, que nos países ocidentais apresenta uma clara tendência secular, vindo a diminuir cerca de 2-3 meses por década desde o século XIX (Bongaarts & Cohen, 1998) e, por outro, a extensão dos anos de escolarização e o facto de esta vir sendo cada vez mais encarada como um importante factor de valorização social e individual para ambos os sexos, tendo-se generalizado gradualmente a prevalência de jovens que frequentam o sistema de ensino, muitos deles atingindo pelo menos o nível secundário (mais de 9 anos de escolaridade).

Em conjunto, os aspectos referidos contribuíram para prolongar o período da adolescência. Em simultâneo, o mencionado adiar da conjugalidade, bem como uma atitude menos repressiva face às relações sexuais fora desse enquadramento, influenciaram a diminuição da idade de início da vida sexual, o aumento da sexualidade pré-marital e, consequentemente, levaram a um maior risco de ocorrência de gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001; Miller, Sage, & Winward, 2005).

Apesar de, como referido no final do capítulo anterior, se vir registando nos países ocidentais e também em Portugal uma tendência para a diminuição progressiva das taxas de gravidez em adolescentes, e de nascimentos em mães adolescentes, este é ainda um problema incontornável na actualidade, devido às implicações sociais de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida, muitas vezes relacionada com situações de precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Imamura et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001). Assistimos a um investimento crescente no seu estudo, quer pela comunidade científica, quer pelas instituições de saúde, de ensino e governamentais (Justo, 2000), espelho da preocupação social e política envolvente (Holgate et al., 2006).

2. Perspectiva desenvolvimental da gravidez na adolescência

2.1. A gravidez na adolescência enquanto sequência de decisões comportamentais

A gravidez e a maternidade adolescente podem ser concebidas enquanto processos sequenciais, ao longo dos quais se encadeiam decisões mais ou menos conscientes acerca dos comportamentos a adoptar em cada ponto de viragem (Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005). Essas decisões, representadas na Figura 4, poderão culminar na parentalidade precoce, cujos potenciais custos para a(os) adolescente(s), o(s) seu(s) filho(s) e a sociedade (que, com frequência, necessita de assegurar ou contribuir para a sua subsistência) podem ser muito elevados (Maynard, 1996, 1997). Esta cadeia de comportamentos é útil para ajudar a identificar momentos críticos para a prevenção e intervenção e, desde logo, aponta para a heterogeneidade das adolescentes que engravidam¹⁴ e que não se enquadram num perfil único, bem como para a multiplicidade de percursos que podem anteceder a transição para a maternidade na adolescência, e posteriormente suceder-lhe.

Tal como a Figura 4 ilustra, os determinantes mais próximos da ocorrência de gravidez são manter relações sexuais desprotegidas ou utilizar métodos contraceptivos de forma ineficaz. Revimos, no Capítulo 1, alguns estudos sobre os factores associados à decisão de início ou de adiamento da actividade sexual. Verificando-se a gestação, a adolescente confronta-se com a opção de a interromper ou prosseguir e, neste último caso, enfrentará igualmente a decisão de cuidar e educar a criança ou entregá-la para adopção. Frequentemente, estas escolhas são partilhadas e influenciadas por outros significativos, como o pai da criança ou os próprios progenitores da jovem. Os determinantes das várias opções, tomadas em sequência pelas adolescentes que engravidam, que surgem como mais relevantes são os valores e as atitudes pessoais e sociais acerca da IVG, maternidade e adopção (Miller et al., 2003), a pressão exercida por figuras significativas (Namerow, Kalmuss, & Cushman, 1993) e a possibilidade de aceder a serviços de apoio médico, aconselhamento psicológico e social (Bachrach, 1986; Miller et al., 2005).

¹⁴ Esta heterogeneidade pode ser claramente exemplificada se considerarmos as situações em que a gravidez é ou não planeada. No primeiro caso, o processo decisional conduzirá automaticamente ao último momento, o da maternidade/parentalidade na adolescência; no segundo, porém, é provável que a actividade sexual, após iniciada, tenha decorrido sem utilização, ou com uso ineficaz, de contracepção, e que sejam ponderadas as várias possibilidades que se colocam quanto ao prosseguir ou não da gestação (o que desde logo apontará para percursos distintos).

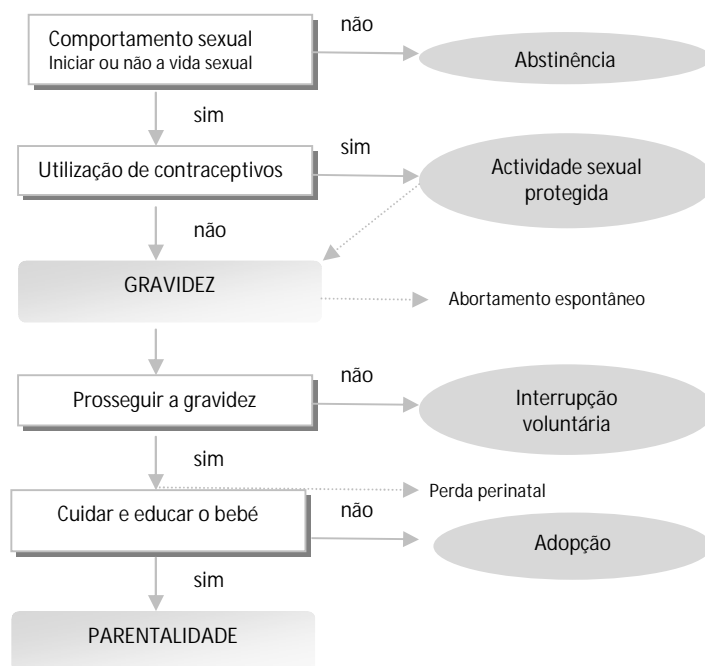


Figura 4 – Sequência de decisões conducentes à gravidez e à maternidade na adolescência (adaptado de Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Miller et al., 2005)

Ainda no seguimento dos dados estatísticos e epidemiológicos apresentados no final do capítulo anterior, verifica-se que, no nosso país, a opção pela IVG em estabelecimentos de saúde credenciados para o efeito, por mulheres com idade inferior a 19 anos, é de cerca de 12% (valores de 2008) do total de intervenções. São ainda escassos os estudos que abordam a problemática da tomada de decisão reprodutiva, e os que o fazem, sendo no geral anteriores a 2007, utilizavam estimativas e extrapolações pouco precisas, já que o acesso aos números reais era dificultado pela ilicitude legal do acto, sendo necessário ponderar as respostas das mulheres inquiridas, sem possibilidade de confronto com outras fontes de informação (com eventual excepção de alguns dados de registo hospitalar)¹⁵.

¹⁵ Em 2006, foi apresentado um estudo levado a cabo pela APF, em que, num universo de 2000 mulheres inquiridas, 14.5% admitiam ter feito um aborto nalgum momento da sua vida, subindo a percentagem para 20% quando se consideravam apenas as que já tinham engravidado. A partir dos resultados obtidos, a APF estimava em cerca de 18000 os abortos que ocorreriam por ano, no país, sendo mais de metade em mulheres com menos de 25 anos. Porém, os dados da DGS de 2007 e 2008 apontam o grupo etário dos 25 aos 35 anos como aquele que tem mais peso nas estatísticas da IVG em Portugal.

Num estudo de Donovan (1995), as adolescentes que decidem interromper a gestação referem sobretudo os seguintes argumentos: receio de rejeição social, possível interferência negativa da maternidade nos seus projectos de vida (nomeadamente académicos) e falta de condições económicas. O estudo indica ainda uma associação clara entre o NSE e a decisão de abortar: quanto mais elevado o NSE, maior a probabilidade de que a gravidez da adolescente não prossiga por escolha da jovem.

Relativamente à decisão de entregar o bebé para adopção, esta parece ser tomada por uma minoria das jovens que engravidam (Dworkin et al., citado em Farber, 2003), estimando-se que apenas cerca de 4% o façam (Donnelly & Voydanoff, 1996). Ainda de acordo com este último estudo, as adolescentes que decidem pela adopção têm geralmente uma idade muito jovem, têm uma percepção positiva da adopção e são provenientes de famílias de NSE mais favorecido, em que o desempenho académico e profissional são valorizados. Adolescentes que têm, elas próprias, experiência de adopção têm maior probabilidade fazer essa opção (Namerow et al., 1993).

As adolescentes que decidem prosseguir a gestação e pretendem cuidar do bebé pertencem, no geral, a agregados familiares mais carenciados, mas em que as atitudes acerca da parentalidade são mais valorizadas, sendo a adopção vista de modo mais negativo (Miller et al., 2003). As suas aspirações académicas e profissionais tendem a ser baixas e a maternidade em idades jovens é habitualmente aceite e mesmo valorizada pelo seu grupo social (Davies et al., 2003). A gravidez pode ser vista como uma porta de entrada na vida adulta, permitindo obter benefícios quando outras oportunidades parecem inacessíveis (Frost & Oslak, 1999). A este propósito, num estudo de 1999, Vilar e Gaspar concluíam que, para muitas jovens, a gravidez em adolescentes constituía um fenómeno de “ancoragem social” (p. 87), ou seja, uma forma de criar vínculos sociais. Porém, convém frisar que a investigação internacional é consistente ao apontar o facto de que na sua maioria as gestações em adolescentes são consideradas pelas próprias não desejadas e não planeadas (Bryant, 2006; East, Khoo, & Reyes, 2006; Mersky & Reynolds, 2007; Salazar, Santelli, Crosby, & DiClemente, 2009). No entanto, e ainda de acordo com Vilar e Gaspar, uma gravidez não desejada pode, mesmo assim, ser assimilada pela adolescente e integrada nos vários contextos sociais em que se move, encontrando-se alguma resistência inicial, habitualmente dissipada no momento do nascimento: “ser mãe é (ou acaba por ser, em muitos casos), para a adolescente uma âncora que permite criar ou reforçar vínculos sociais à sua família, ao pai do bebé e, principalmente, ao seu filho. Mesmo que os outros vínculos se quebrem, a rapariga parece não andar agora à deriva: o seu filho confere-lhe uma

razão de viver” (p. 90). Porém, como os próprios autores apontam, é importante conhecer até que ponto são duradouras estas tentativas de ancoragem e quais as suas consequências e implicações para os percursos futuros das jovens e dos seus filhos, nomeadamente em termos das oportunidades, condições e qualidade de vida (QdV) futuras. Voltaremos a este tema no capítulo seguinte.

2.2. Adolescência e gravidez: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais

A perspectiva desenvolvimental tem vindo a assinalar que, para a adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio altamente exigente, uma vez que faz convergir tarefas oriundas de diferentes fases desenvolvimentais – adolescência e maternidade – de outra maneira não coincidentes no tempo e, em larga medida, antagónicas (cf. Figura 5; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001a; Soares & Jongenelen, 2001).

A adolescente que engravida e se decide pela maternidade necessita de desempenhar determinadas tarefas e papéis, mesmo sem que esteja ainda preparada do ponto de vista cognitivo, emocional, social e desenvolvimental para tal (Figueiredo, 2001a). Estas adolescentes têm de lidar concomitantemente com as tarefas desenvolvimentais da adolescência, referidas no capítulo anterior, e com os acontecimentos indutores de stress associados à gravidez e à maternidade (Dell, 2001; Drake, 1996; Soares et al., 2001), que colocam, por sua vez, tarefas desenvolvimentais específicas (para uma descrição detalhada, cf. Canavarro, 2001; Woollett & Parr, 1997). Além do mais, tal situação ocorre num período em que os recursos pessoais da adolescente para lidar com o stress estão em pleno desenvolvimento (Passino et al., 1993) – de acordo com Drake (1996), o confronto e a resolução deste conjunto antagónico de tarefas desenvolvimentais será tão mais difícil quanto mais jovem for.

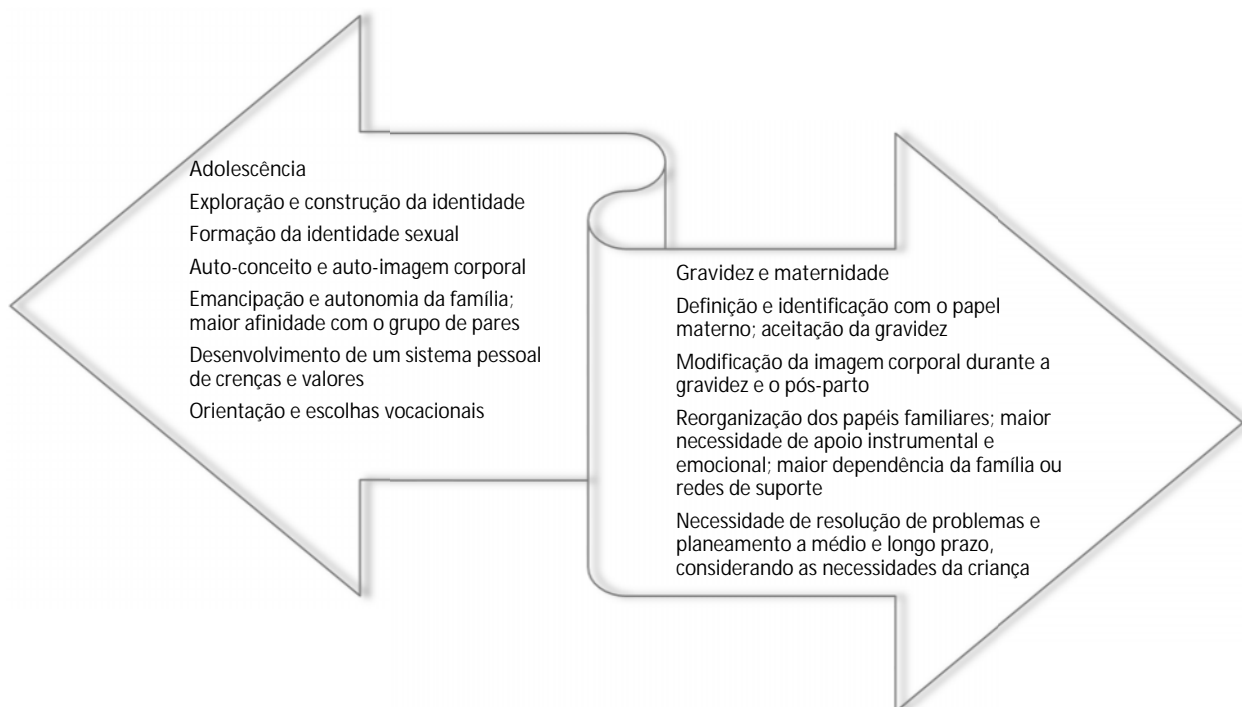


Figura 5 – Gravidez na adolescência: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais (adaptado de Canavarro, 2001; Dell, 2001; Drake, 1996)

Os problemas desenvolvimentais associados à confluência da gravidez e da maternidade com o período da adolescência passam pela assincronidade das tarefas envolvidas em ambos os momentos, transformados num só para estas jovens.

Começando pela identidade sexual, têm de lidar conjuntamente com as mudanças corporais e sexuais pubertárias relativas ao seu corpo sexuado de adolescentes e com as mudanças corporais decorrentes da gravidez, integrando-as numa identidade corporal adaptada (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001a).

Por outro lado, as características cognitivas das adolescentes são, como vimos no capítulo anterior, em grande parte antagónicas às exigências que os períodos da gravidez e maternidade impõem - referimo-nos ao pensamento egocêntrico característico da adolescência, concreto e mais centrado no presente. Este pensamento dificulta uma resposta bem adaptada à maternidade por parte destas jovens,

por exemplo, no que toca à capacidade de se descentrarem de si mesmas para compreenderem o seu bebé enquanto realidade separada e distinta, com necessidades próprias que podem ser diferentes das suas, e ao planeamento e antecipação do seu futuro e do bebé, de forma a poderem delinear a acção e antecipar consequências (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001a).

Ao nível relacional, a progressiva autonomia relativamente aos pais e o maior investimento nas relações com os pares, típicas e necessárias ao processo de emancipação da adolescente, são dificultados por uma gravidez nesta fase do ciclo de vida. Ao mesmo tempo que este acontecimento precipita a autonomia da jovem devido ao aumento das suas responsabilidades, aumenta também a sua dependência relativamente aos pais ou outras figuras, pela necessidade de apoio a vários níveis, limitando as suas possibilidades de exploração e interferindo nas decisões relacionadas com a escola e a carreira, as relações amorosas e, em suma, na formação da sua identidade (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001).

Como resultado desta transição desenvolvimental assíncrona, estas grávidas encontram-se expostas a um maior stress, que pode ser potencialmente prejudicial quer para o seu bem-estar, quer eventualmente para o do próprio filho. Trata-se, então, de um período que exige grandes reorganizações internas e relacionais, cujo resultado desenvolvimental pode ser diverso (Soares et al., 2001).

2.3. Perspectivas desenvolvimentais da gravidez na adolescência

As perspectivas teóricas que procuram abordar estes fenómenos complexos têm evoluído de modelos defensores de uma causalidade linear para modelos multifactoriais que contemplam as interacções entre factores e a influência de mecanismos mediadores na sua acção (Canavarro, 1999; Figueiredo, 2001b). Assim, nas teorias e modelos actuais do desenvolvimento, no seio dos quais a Psicopatologia do Desenvolvimento tem sido uma concepção privilegiada, a gravidez adolescente é perspectivada como multideterminada e com resultados desenvolvimentais muito diversos (Canavarro &

Pereira, 2001), obedecendo aos princípios da equifinalidade e multifinalidade da Teoria Geral dos Sistemas¹⁶ (Von Bertalanffy, 1978).

A investigação neste domínio tem-se preocupado em esclarecer quais os factores que, em cada etapa, influenciam a tomada de decisão e determinam o percurso seguido (Furstenberg, 1976; Hardy & Zabin, 1991). A atenção ao fenómeno da gravidez nesta fase do ciclo de vida tem originado contributos de áreas diversas de domínios como a Psicologia, Sociologia ou Medicina. O volume crescente de evidências científicas tornou premente um esforço de síntese e integração dos vários contributos, acompanhando o reconhecimento destes processos como realidades multissistémicas que exigem diferentes níveis de análise.

Embora as perspectivas baseadas em modelos derivados das teorias cognitivas e de processamento da informação (tal como as que conceptualizam o comportamento sexual enquanto processo de sucessivas tomadas de decisão) ofereçam um contributo relevante e susceptível de ser empiricamente validado (Keith, McCreary, Collins, Smith, & Bernstein, 1991; Urberg, 1982; White, 1984), parecem-nos insuficientes para integrar os múltiplos factores e diferentes níveis de análise envolvidos na compreensão dos determinantes da ocorrência de gravidez na adolescência e da adaptação à gravidez e à maternidade nessa fase do ciclo de vida, e das interacções mútuas que entre eles se verificam.

Consideramos que as conceptualizações ancoradas no campo da Psicopatologia do Desenvolvimento, nomeadamente o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1977, 1979, 1986, 1989, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), oferecem um enquadramento teórico mais propício ao estudo e análise das determinantes da adaptação, quer perante transições normativas, quer perante as não normativas (como a ocorrência de gravidez na adolescência), na medida em que ponderam a importância de um vasto conjunto de variáveis individuais, intra-familiares e relacionais, bem como de sistemas ambientais, enquanto influências que afectam o desenvolvimento

¹⁶ Von Bertalanffy defende, na Teoria Geral dos Sistemas, a possibilidade de dois sistemas com inícios diferentes poderem ter um final semelhante após determinada evolução (equifinalidade), bem como a possibilidade de sistemas com inícios semelhantes evoluírem para diferentes princípios de funcionamento (multifinalidade). Transpondo estes conceitos para a Psicopatologia do Desenvolvimento, verificamos a diversidade de trajectórias de vida passíveis de conduzir a um mesmo resultado desenvolvimental, bem como a diversidade de trajectórias que podem resultar de um início comum. Tais princípios podem então ser perfeitamente aplicados à gravidez na adolescência, sendo a tendência actual do conhecimento considerá-la resultado comum de diversas trajectórias, bem como início de um percurso desenvolvimental que pode resultar em diferentes princípios de funcionamento.

humano, e preconizam ainda que os processos actuantes nos vários sistemas e subsistemas sociais são interdependentes, interagindo mutuamente para determinar resultantes (Levy-Schiff, 1994; Oliveira, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2005).

O modelo bioecológico envolve quatro componentes principais (pessoa-processo-contexto-tempo), bem como as interações dinâmicas entre eles (Bronfenbrenner & Morris, 1998). A dimensão processo assume um papel crucial, pois refere-se a formas particulares de interacção entre o organismo e o ambiente (processos proximais), que actuam ao longo do tempo e são postulados pelos autores como o mecanismo primário na construção do desenvolvimento, entendido enquanto estabilidade e mudança nas características biopsicossociais dos seres humanos ao longo do ciclo de vida e através das gerações. Contudo, a influência parece variar amplamente em função da pessoa em desenvolvimento, dos contextos ambientais, mais imediatos ou mais remotos, e do período de tempo em que estes processos proximais têm lugar. O modelo conceptualiza o espaço ecológico do indivíduo enquanto diferentes sistemas actuando em níveis distintos, cada um incorporado nos seguintes (Corcoran, 1999): o microsistema comporta o padrão de actividades, papéis e relações interpessoais da pessoa em desenvolvimento; o mesossistema refere-se aos contextos nos quais a pessoa interage ou, por outras palavras, agrupa as interrelações entre numerosos microsistemas; o exossistema compreende os contextos sociais com os quais a pessoa não interage directamente, mas que influenciam o seu desenvolvimento; o macrosistema diz respeito aos contextos culturais e ao conjunto de valores e crenças que actuam sobre os níveis anteriores; e o cronossistema refere-se às transições e circunstâncias histórico-sociais que se desenrolam no curso da vida da pessoa.

São vários os contextos em que podem actuar factores que antecedem e se sucedem à gravidez na adolescência, influenciando decisivamente a sua ocorrência e a adaptação à maternidade dela resultante; o modelo bioecológico salienta ainda aquele que, em nosso entender, é um dos seus aspectos mais relevantes, e que se prende com a ênfase colocada no conhecimento dos processos cognitivos, socioemocionais, biológicos, relacionais e histórico-culturais subjacentes aos percursos desenvolvimentais adaptativos e maladaptativos (Cummings, Davies & Campbell, 2000), fundamental para permitir o delinear de intervenções direccionadas para a prevenção da emergência de dificuldades ou, ao menos, actuar em momentos críticos do desenvolvimento, possibilitando a alteração de trajectórias num sentido mais positivo ou de menor perturbação e dano.

Segundo Figueiredo (2001a), os sucessivos enquadramentos conceptuais da maternidade na adolescência referem-se principalmente a dois aspectos: à compreensão dos seus antecedentes (factores de risco) e à verificação das suas consequências (impacto desenvolvimental). Neste âmbito, a investigação dos antecedentes e, mais tarde, dos resultados desenvolvimentais de uma gravidez adolescente, começou por valorizar os aspectos sociodemográficos, e apenas num momento mais recente se debruçou sobre a importância da componente psicológica neste fenómeno (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Com a prevalência actual dos modelos multifactoriais do desenvolvimento, tem vindo a ser dada importância não só aos factores de risco e à interacção entre eles, mas também à presença de factores protectores que interagem com os anteriores (Figueiredo, 2001a).

No entanto, se os factores de risco têm sido essencialmente estudados no âmbito das circunstâncias que aumentam a possibilidade de uma gravidez adolescente, os factores protectores têm sido analisados e realçados essencialmente no que toca às consequências da maternidade na adolescência. A investigação, ao apresentar resultados inconsistentes sobre a etiologia da gravidez na adolescência e sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial destas jovens e dos seus filhos, demonstra precisamente a diversidade e heterogeneidade dos percursos conducentes à gravidez adolescente, bem como dos seus resultados desenvolvimentais (Canavarro & Pereira, 2001), apontando para a importância de assumir uma abordagem ecológica e relacional no estudo dos riscos associados à ocorrência de gravidez na adolescência, bem como das condições protectoras que frequentemente caracterizam as adolescentes sem história de gestação precoce (Corcoran, 1999; Corcoran, Franklin, & Bennett, 2000; Pereira, Canavarro, Cardoso, & Mendonça, 2005).

Em seguida, vamos deter-nos sobre os antecedentes da gravidez na adolescência, considerando factores de risco e de protecção em diferentes níveis de funcionamento. Posteriormente, exploraremos as implicações da decisão de prosseguir a gestação e enfrentar a transição para a maternidade numa idade actualmente considerada precoce, analisando criticamente as possíveis consequências para a adaptação da jovem mãe e do seu filho.

3. Antecedentes associados à ocorrência de gravidez na adolescência

Como temos vindo a destacar, são numerosos e diversos os factores que influenciam os percursos desenvolvimentais dos indivíduos e ajudam a compreender como são determinadas as suas escolhas e comportamentos. A investigação na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado esclarecer as condições associadas à origem deste processo, encontrando múltiplos factores de risco evidentes nos contextos individuais, relacionais e sociais das jovens que engravidam. Porém, algumas jovens, confrontadas com as mesmas condições, desafiam as expectativas, não engravidam e constroem percursos bem sucedidos (East et al., 2006). Esta capacidade, conhecida como resiliência, refere-se ao processo através do qual se pode conseguir uma adaptação positiva mesmo ante o confronto com situações adversas (Luthar, & Cicchetti, 2000), sendo o seu conhecimento também muito relevante, pois permite identificar características que podem ser fomentadas e desenvolvidas, numa perspectiva que se vem revelando pertinente na prevenção de problemas como a gravidez adolescente (Lerner et al., 2005; Pittman, 1998).

Numa revisão sistemática abrangendo 25 países da UE, Imamura et al. (2007) procuraram identificar factores de risco associados à gravidez adolescente, identificando como factores mais consistentes o baixo NSE, a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional. Numa revisão de estudos realizados nos EUA, Luster e Haddow (2005) sintetizam as conclusões retiradas, que indicam que as adolescentes que engravidam têm maior probabilidade do que os seus pares de ser provenientes de contextos familiares e sociais desfavorecidos, ter experienciado maior número de acontecimentos adversos (como, por exemplo, situações de abuso sexual) e dispor de menor número de recursos internos (aptidões educacionais e formação académica) e externos (menor supervisão e suporte parental, opções educacionais e profissionais pouco motivadoras).

A maior parte dos estudos conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais dá conta do mesmo panorama: apesar de transversal aos vários sectores da sociedade (Carlos et al., 2007; Justo, 2000), a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural, nomeadamente no que toca a situações de pobreza, baixos níveis educacionais, exclusão do sistema de ensino e do emprego (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2006; Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004, 2005) e ambientes familiares caracterizados por stress, pressão e conflitos, apresentando deste modo maior

disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998) e condições desenvolvimentais adversas na sua história de vida (Figueiredo et al., 2004). São, sobretudo, jovens que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social.

Para uma revisão mais clara sobre os factores antecedentes que aumentam ou diminuem o risco de gravidez na adolescência, optámos por agrupá-los em três grandes categorias, abrangendo aspectos individuais, relacionais e sociais. Reconhecemos, como Miller et al. (2003, 2005), que os factores proximais mais relevantes para a ocorrência de gravidez na adolescência são o início da vida sexual e o envolvimento em relações sexuais sem utilização eficaz de contraceptivos, sendo conseqüentemente importante esclarecer como interagem os factores de risco e protecção que confluem para determinar estes comportamentos. Sem termos a pretensão de examinar exaustivamente as centenas de variáveis com possibilidade de influenciar estes processos (a este propósito, cf. Kirby & Ryan, 2004, para uma revisão compreensiva), procuraremos destacar algumas que se têm mostrado boas discriminadoras entre os grupos de adolescentes com e sem história de gravidez.

Salvaguardamos, porém, a heterogeneidade e diversidade dos percursos passíveis de conduzir a uma gravidez na adolescência, bem como o facto de esta dever ser encarada como um processo resultante dos múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida da jovem e, conseqüentemente, da interacção entre factores de diversa ordem (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001a; Miller et al., 2005; Soares et al., 2001).

3.1. Factores individuais

Ao nível das múltiplas circunstâncias que podem favorecer a ocorrência de uma gravidez precoce, a investigação empírica tem revelado o contributo de factores biológicos, psicológicos e desenvolvimentais (Jongenelen, 1998; Pires, 2009a).

A investigação acerca das variáveis biológicas tem salientado o papel da genética e hereditariedade, da influência dos níveis hormonais sobre o comportamento sexual e o do timing de ocorrência do desenvolvimento pubertal (para um revisão destes dois últimos pontos, cf. Capítulo 1, ponto 1.1.).

A investigação tem fornecido dados que apontam para a acção de factores hereditários no que concerne à idade da menarca e ao início do desenvolvimento pubertal. Mott, Fondell, Hu, Kowaleski-Jones e Menaghan (1996) e Newcomer e Ury (1984), entre outros autores, encontraram correlações entre a idade de menarca de mães, filhas e irmãs. Os factores genéticos também parecem explicar parte da variância quando se consideram modelos explicativos da idade no momento da primeira relação sexual (Rodgers, Rowe, & Buster, 1999) – porém, devem ser consideradas as interações que estabelecem com outros factores ambientais (Miller et al., 2004).

Recordamos que, em termos biológicos, a maturidade sexual (puberdade e fecundidade) contribui para a precocidade da actividade sexual, implicando um alargamento do período de tempo em que a gravidez na adolescência é susceptível de acontecer e constituindo-se, por isso mesmo, como um factor de risco consensualmente apresentado na literatura (Figueiredo, 2001a; Holgate & Evans, 2006; Morgan, Chapar, & Fisher, 1995). No entanto, importa considerar os contributos dos aspectos culturais, sociais, emocionais e relacionais, que interagem igualmente na determinação da decisão de iniciar a actividade sexual (Creatas & Elsheikh, 2002; Dormire & Yarandi, 2001), bem como na de utilizar ou não métodos contraceptivos. A falta de conhecimento acerca de vários aspectos da sexualidade, o uso esporádico de contracepção ou a opção por métodos pouco eficazes (Holden et al., citado em Figueiredo et al., 2006; Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, & Macdowall, 1996) aparecem, como não poderia deixar de ser, associados a risco aumentado de gravidez na adolescência.

Continuando no que podemos designar, de acordo com a terminologia do modelo bioecológico, por microsistema ou variáveis individuais, a investigação tem vindo a demonstrar a importância de certas características psicológicas no que toca ao aumento do risco para uma vivência precoce da gravidez. A imaturidade cognitiva, típica da adolescência, não favorece a utilização de contracepção nem o planeamento do relacionamento sexual, contribuindo ainda para expectativas irrealistas acerca da tarefa de cuidar de um bebé. Características como a preponderância do pensamento concreto, a impulsividade, a dificuldade de abstracção para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais, contribuem para este aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2000a, 2001a).

Por outro lado, embora os resultados não sejam consensuais (Corcoran et al., 2000; Pereira, 2001), factores de ordem socioemocional – como sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima

(Lourenço, 1996; Robbins, Kaplan, & Martin, 1985) – bem como outros aspectos de personalidade – como o locus de controlo externo (Morgan et al., 1995) e a instabilidade emocional (Abrahamse, Morrison & Waite, 1988; Soares et al., 2001), aparecem associados à gravidez na adolescência. Neste âmbito, é ainda de referir que a gravidez nesta fase do ciclo de vida aparece muitas vezes associada a comportamentos problemáticos como o abuso de álcool e drogas (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Kirby, 2001).

O sistema de crenças, valores pessoais e expectativas da adolescente também promove ou modera o risco de ocorrência de gravidez (Miller et al., 2005). Sentimentos negativos ou de desaprovação acerca da parentalidade na adolescência, ou mesmo do estabelecer de relações sexuais pré-maritais, podem diminuir a probabilidade de ocorrência de gravidez (Bruckner, Martin, & Bearman, 2004; East et al., 2006), enquanto que sentimentos favoráveis a esses eventos podem aumentar essa probabilidade (Kirby & Ryan, 2004).

A escolarização, quer concebida enquanto variável individual restrita (na medida em que afecta o funcionamento e a capacidade intelectual das jovens), quer enquanto contexto de interacção da adolescente, assume-se como relevante para o aumento ou diminuição do risco de gravidez (Corcoran et al., 2000). Adolescentes com forte orientação para o prosseguir do percurso académico, que experimentam sucesso e boa integração no sistema escolar, têm menor probabilidade de ser sexualmente activas e, caso o sejam, têm maior probabilidade de usar contracepção e de abortar, no caso de gravidez em idades precoces, do que aquelas que possuem baixas expectativas e interesse relativamente à escolaridade e que manifestam maior insatisfação em relação ao meio escolar (Fergusson & Woodward, 2000; Manlove, 1998; Manlove, Ryan, & Franzetta, 2006). O envolvimento em actividades extra-curriculares de formação, lazer ou de voluntariado social surgem em vários estudos como dissuasores do envolvimento em relações sexuais não protegidas (Kirby, 2001).

Também as adolescentes que participam em actividades religiosas, que se descrevem como crentes ou que têm forte afiliação com instituições religiosas têm menor probabilidade de iniciar precocemente a sua vida sexual e mesmo de terem relações sexuais fora do enquadramento marital (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), o que diminui a possibilidade de ocorrência de gravidez nessa fase de vida. Ao invés, adolescentes que mantêm relações sexuais, segundo o mesmo autor, participam com menor assiduidade em actividades de cariz religioso.

Com elevada frequência, as adolescentes que engravidam vivem condições adversas ao longo da sua trajetória desenvolvimental, que também podem ser encaradas como de risco para a vivência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida. Estudos da última década mostram que a vivência de situações traumáticas na infância e na adolescência, particularmente experiências de abuso sexual, se ligam a risco acrescido de gravidez precoce (Miller et al., 2001), seja por potenciarem um início antecipado da actividade sexual (Browning & Laumann, 1997; Miller, Monson, & Norton, 1995; Small & Luster, 1994) ou por se associarem a um uso menos consistente de contracepção eficaz (Manlove, Franzetta, Ryan & Moore, 2006; Roosa, Tein, Reinholtz, & Angelini, 1997).

Segundo vários autores, o risco para a gravidez na adolescência cresce de forma significativa à medida que aumenta o número de condições adversas ocorridas durante a infância (Luster & Haddow, 2005; Luster & Small, 1997). Quanto a outros acontecimentos adversos citados na literatura, surgem com frequência mencionadas situações como a transgeracionalidade da gravidez na adolescência (Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 1998, 2003; Pereira et al., 2005; Pires, 2009a), a ausência do pai no agregado familiar na infância (Ellis et al., 2003), instabilidade, inadequação ou ausência de supervisão familiar (Holden, Nelson, Velasquez, & Ritchie, 1993; Pereira et al., 2005), institucionalização (Figueiredo, 2001a), divórcio ou separação parental e separação em relação a um ou ambos os progenitores (Figueiredo et al., 2006). Muitos destes factores situam-se já na esfera relacional, que exploramos em seguida.

3.2. Factores relacionais

Vários estudos, na tentativa de esclarecer as razões pelas quais as adolescentes engravidam, indicam como factores de risco ou protecção um conjunto de condições relacionadas com os seus contextos de existência, no que respeita quer aos sistemas mais imediatos (a família e as relações familiares, o grupo de pares e as relações amorosas), quer ao contexto mais lato, ou seja, a comunidade e o meio social em que estão inseridas. Em seguida, são revistos alguns dos contributos destes sistemas para a problemática em causa.

3.2.1. Contexto familiar

As influências familiares na ocorrência de gravidez na adolescência incluem a já mencionada transmissão hereditária de características individuais com potencial relevância para estes processos, especificidades contextuais e estruturais das famílias, bem como interações e práticas educativas parentais (Miller et al., 2004).

A maioria dos estudos na área da gravidez na adolescência centra-se principalmente nas características sociodemográficas e estruturais das famílias. Estes estudos suportam a visão de que a gravidez na adolescência é mais incidente em famílias numerosas, com problemas socioeconómicos (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Garrett & Tidwell, 1999; Pereira, 2001), com progenitores detentores de um baixo nível educacional (Pereira et al., 2005; Pires, 2009a) e, muitas vezes, monoparentais (Coley & Chase-Lansdale, 1998).

Considerando os aspectos estruturais da família de origem, Pereira (2001) verifica a existência de uma maior percentagem de adolescentes sem história de gravidez que vive com a família intacta, comparativamente com as adolescentes que engravidam. Estes resultados parecem sugerir que viver numa família nuclear intacta é um factor de protecção para a ocorrência da gravidez na adolescência (Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000; Miller et al., 2001). Pelo contrário, dados da investigação revelam que pais solteiros ou divorciados têm geralmente atitudes mais permissivas face à sexualidade (Thornton & Camburn, citado em Miller et al., 2004) e proporcionam menor supervisão aos adolescentes (aspecto que analisaremos mais detalhadamente em seguida).

Outros estudos apontam para a influência no sentido de maior probabilidade de ocorrência de gravidez na adolescência de um ambiente familiar caracterizado por stress, pressão, conflitos e maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), presença de abuso físico, sexual e emocional (Garrett & Tidwell, 1999) e baixa qualidade da relação entre pais e filhas (Canavarro & Pereira, 2001). A existência de modelos de maternidade adolescente na família, por parte da mãe (Campa & Eckenrode, 2006; Jongenelen, 2003; Pereira et al., 2005) ou de irmãs (East, Felice, & Morgan, 1993; Records, 1993) é outra das variáveis que aparecem como potenciando um maior risco de gravidez precoce, o que sugere a existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência. Ter irmãos mais velhos que já iniciaram a vida sexual ou irmãs que engravidaram na adolescência, particularmente se a sua

posição na fratria for anterior, são também factores que se associam a maior risco de gravidez precoce (East & Kiernan, 2001).

Pereira (2001), ao comparar dois grupos de adolescentes, com e sem história de gravidez, conclui que as jovens grávidas percebem menor apoio emocional do pai e menor sobreprotecção por parte do pai e da mãe do que as jovens sem história de gravidez, sugerindo que a percepção de menor suporte emocional por parte da família pode conduzir a que as jovens procurem outras fontes de segurança afectiva, nomeadamente nas relações românticas. Resultados de um estudo recente (Pires, 2009a), que compara também dois grupos de adolescentes – um constituído por grávidas e outro por raparigas sem história de gravidez - revelaram um maior risco de ocorrência de gravidez em função do menor suporte emocional percebido nas práticas educativas parentais, particularmente por parte da mãe. Estes dados são consoantes com os encontrados na revisão de estudos publicados ao longo de vinte anos, efectuada em 2001 por Miller e colaboradores: surgem como praticamente consensuais conclusões que apontam a proximidade emocional entre pais e filhos, práticas parentais caracterizadas por afecto e suporte, e relações de vinculação segura aos pais, como estando associadas à redução do risco de ocorrência de gravidez precoce, na medida em que potenciam nos jovens o adiar da idade de início da actividade sexual, o relacionamento íntimo com menor número de parceiros e a utilização mais consistente de contracepção (Jaccard, Dittus, & Gordon, 1996, 1998; Jaccard, Dittus, & Litardo, 1999).

A supervisão parental surge igualmente como factor de protecção nesta problemática (Miller et al., 2001). Porém, devemos ter em conta que a influência do controlo parental não é unívoca, mas sim multidimensional, o que explica os contributos de estudos que o associam com resultados desenvolvimentais tidos como negativos, como o aumento do risco de gravidez na adolescência, quando se assume como coercivo ou é visto pelos jovens como excessivo (Crosby, DiClemente, Wingood, Lang, & Harrington, 2003; Dorius & Barber, 1998; Gray & Steinberg, 1999). Figueiredo (2001b), ao fazer uma revisão de diversos estudos neste âmbito, assinala o carácter de risco das seguintes circunstâncias: falta de estrutura, de coesão, de apoio e/ou instabilidade familiar, bem como falta ou excesso de supervisão parental.

No entanto, de modo geral, a supervisão e a monitorização por parte dos progenitores associam-se a menor risco de problemas desenvolvimentais (Crosby et al., 2002; Miller et al., 2005), diminuindo o risco de gravidez adolescente quer directa, quer indirectamente (já que diminui também a probabilidade

de consumo de álcool e outras substâncias, bem como a ligação a pares com comportamentos desviantes). O estudo de Scaramella, Conger, Simons e Whitbeck (1998) sugere ainda que as relações familiares influenciam indirectamente a probabilidade de gravidez na adolescência, pelo seu impacto em factores de risco e de protecção intervenientes noutros contextos, como a escola e o grupo de pares.

Menos consistentes são os resultados de estudos que consideram os padrões comunicacionais entre pais e filhos adolescentes, não se evidenciando efeitos directos entre esta variável e o risco de gravidez precoce (cf. Miller et al., 2001). Uma questão pertinente é equacionada, a este respeito, por Jaccard, Dittus e Litardo, em 1999, e prende-se com a ordem temporal em que se exerce a influência da comunicação entre pais e filhos: será esta que determina o comportamento dos adolescentes ou este é preponderante para o modo como a comunicação se processa? Uma vez mais, é necessário equacionar as interacções recíprocas no sistema familiar.

Uma outra componente a introduzir é o conjunto de valores e atitudes dos pais face à sexualidade e parentalidade adolescentes. Trabalhos como os de Jaccard et al. (1999), Luster e Haddow (2005), Miller et al. (1997), Miller et al. (1999) indicam que esta dimensão, influenciando e actuando conjuntamente com a comunicação entre pais e filhos, tem impacto nas decisões sexuais e reprodutivas dos adolescentes, sendo que os filhos de progenitores que desaprovam o relacionamento sexual precoce ou pré-marital e expressam reprovação perante a gravidez e parentalidade precoces podem contribuir para inibir ou adiar o comportamento sexual daqueles.

Estudos recentes (cf. Miller et al., 2004) debruçam-se sobre os mecanismos mediadores que ajudam a explicar a influência das relações entre pais e filhos (particularmente, a proximidade emocional e a supervisão parental) na diminuição ou no aumento do risco de ocorrência de gravidez precoce. Entre outras, estas dimensões do relacionamento familiar parecem exercer impacto na atitude dos adolescentes perante a sexualidade, na experiência de perturbação emocional (nomeadamente depressão), no controlo de impulsos, no envolvimento e satisfação com projectos académicos, no exercício de actividades pró-sociais, ou na associação a pares com comportamento desviante e no uso de substâncias ilícitas – por sua vez, todos estes mecanismos surgem associados às decisões reprodutivas dos adolescentes (Miller, 1998; Miller, Norton, Fan, & Christopherson, 1998).

O envolvimento parental pode ainda exercer impacto indirecto na protecção de situações de risco reprodutivo e desenvolvimental, na medida em que contribui, segundo Ramirez-Valles, Zimmerman e Newcomb (1998), para transmitir valores aos jovens e para lhes proporcionar oportunidades de desenvolvimento de aptidões sociais, aumentando a percepção de auto-estima e auto-eficácia.

O panorama traçado por estes estudos remete-nos para uma dinâmica familiar que, através de diferentes mecanismos, pode criar vulnerabilidades para uma gravidez adolescente ou potenciar o desenvolvimento de competências que diminuem o risco do seu surgimento.

3.2.2. Contextos extra-familiares

Grupo de pares

Embora, tradicionalmente, a investigação acerca da influência dos pares e do seu impacto nas decisões reprodutivas dos adolescentes se centrasse sobretudo na pressão exercida pelo grupo, revisões mais recentes, como a de Brown e Theobald (1999), apontam para a excessiva simplificação que essa abordagem acarreta, ao conceptualizarmos as interações que se estabelecem neste contexto. Os adolescentes parecem não ceder apenas à pressão do grupo para a conformidade, mas antes seleccionar o seu grupo de amigos com base na semelhança de atitudes, crenças e expectativas (Miller et al., 2005). Bearman e Brückner (1999) referem ainda a importância do apoio prestado pelo grupo de pares, que frequentemente influencia positivamente as decisões reprodutivas, contribuindo para escolhas responsáveis e seguras.

A influência do grupo de pares nas escolhas reprodutivas e na decisão de enveredar ou não por comportamentos de risco como os que potenciam a ocorrência de gravidez na adolescência faz-se sentir, segundo Miller et al. (2004), através de vários mecanismos. O mais reconhecido, pela atenção recebida na investigação, é a pressão do grupo (peer pressure) que, no entanto, parece exercer-se mais entre grupos de conhecidos do que entre amigos com maior grau de conhecimento e intimidade (Bearman & Brückner, 1999). Um outro mecanismo – a modelação de comportamentos por parte dos pares – tem sido menos mencionado na literatura científica, já que o seu estudo, por se referir a dimensões íntimas como seja o

comportamento sexual, é mais difícil de ser concretizado. Miller et al. (2005) referem os estudos já citados acerca do impacto da actividade sexual ou ocorrência de gravidez na adolescência de irmãs mais velhas para corroborar esta perspectiva, enquanto outros trabalhos citam o potencial vicariante dos meios de comunicação social, como a televisão ou a internet (Chandra et al., 2008). Ainda neste âmbito, mencionamos duas ocorrências recentes, que a comunicação social divulgou e que são actualmente alvo de estudo por parte dos profissionais desta área: em Março de 2008, a imprensa internacional fez eco de um “pacto” concretizado por 17 adolescentes com idade inferior a 16 anos de uma escola secundária de Gloucester, nos EUA, que confessaram ter decidido engravidar simultaneamente, para criarem os seus filhos juntas; em Outubro de 2009, a estação de televisão CBS divulgou uma notícia, depois reproduzida também pelos media internacionais, dando conta que 115 das 800 alunas da escola secundária Paul Robeson, em Chicago, estariam grávidas ou já seriam mães nessa data (“Uma em cada oito alunas”, 2009). Estes fenómenos, apesar de relativamente escassos e isolados, merecem atenção e estudo.

Um outro tipo de influência dos pares pode fazer-se sentir através do estabelecer de normas, ou seja, de padrões de comportamentos e expectativas que os adolescentes devem exibir para se sentirem aceites pelos amigos. Como mencionado no Capítulo 1 (cf. pontos 1.1 e 1.4), a percepção acerca da actividade sexual dos pares, bem como atitudes positivas destes face ao iniciar e manter de relações sexuais, associa-se ao início mais precoce da actividade sexual; em contraponto, pertencer a um grupo com elevado desempenho académico e expectativas altas relativamente à continuidade do percurso escolar surge como inibidor do risco de ocorrência de gravidez (Bearman & Brückner, 1999; Kasen, Cohen, & Brook, 1998). Por último, Miller et al. (2005) referem a pertença ao grupo como possível facilitador do surgimento de oportunidades para iniciar e manter relacionamentos românticos e/ou sexuais.

As relações com os pares aparecem também associadas a maior risco de ocorrência de gravidez adolescente quando existe afiliação a pares desviantes, mais frequente quando os laços com os progenitores são de baixa qualidade (Luster, 1998; Scaramella et al., 1998) ou se forem sentidas dificuldades interpessoais, se o número de amigos é reduzido e a intimidade que sentem ter com eles é fraca ou, ainda, se existe insatisfação com as relações de amizade por parte das adolescentes (Pereira et al., 2005). Segundo Canavarro e Pereira (2001), estas circunstâncias podem levar à visão da gravidez na adolescência como forma de aceder ao grupo dos adultos, onde algumas das jovens que engravidam parecem sentir-se mais à vontade.

Relações com o par amoroso

Além da maior precocidade com que começam a namorar e do (geralmente) maior número de parceiros sexuais das adolescentes que engravidam, o tipo de relacionamento com o namorado parece também ser um factor importante para a ocorrência de gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001). Os resultados de Pereira (2001) e Pereira e colaboradores (2005) sugerem que a gravidez tende a ocorrer, na sua maioria, no contexto de uma relação exclusiva, sendo que, antes da gravidez, parece existir um relacionamento de longa duração. No entanto, Figueiredo (2001a) refere que, quanto mais esporádico é o relacionamento sexual, mais elevado é o risco de que a gravidez venha a ocorrer, uma vez que, quando esse relacionamento é regular, o uso eficaz de contraceptivos parece ser mais frequente.

São múltiplas as evidências na literatura científica que indicam que, se o parceiro sexual da adolescente (namorado/companheiro) manifesta desejo de que uma gravidez ocorra, a probabilidade de tal acontecer aumenta substancialmente (Crosby et al., 2002; Salazar et al., 2009; Stevens-Simon, Sheeder, & Harter, 2005). Também as jovens com parceiros com idade substancialmente superior (Kirby, 2002; Raneri & Wiemann, 2007) e/ou que mantêm relações de longa duração com estes (Gillmore, Lewis, Lohr, Spencer, & White, 1997; Koniak-Griffin, Lesser, Uman, & Nyamathi, 2003) têm maior probabilidade de engravidar precocemente.

Um estudo realizado em 1998 ao abrigo do Programa Juventude para a Europa (Geraldine et al., 1998) apontava os pais dos filhos das adolescentes que engravidavam no sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália e Grécia) como tendo, em mais de 50% das situações, profissões de baixa qualificação, sendo os estudantes minoritários. As maiores disparidades de idade verificavam-se entre os parceiros e as jovens com 12 e 13 anos, chegando as diferenças de idade a atingir os 16 anos. Verificaram ainda que, à medida que aumentava a idade das adolescentes, diminuía o intervalo etário entre elas e os companheiros, sendo o pai do bebé 5 a 6 anos mais velho no grupo etário dos 15 aos 17 anos, e 4 ou 5 anos mais velho, em média, para as de 18 e 19 anos.

Os dados mais relevantes que surgem, apesar da escassez de investigação sobre os aspectos cognitivos das relações com os parceiros, referem a maior tendência das grávidas adolescentes para idealizar o relacionamento amoroso, não equacionando o amor e a intimidade com os riscos reprodutivos,

(Canavarro & Pereira, 2001; Garrett & Tidewell, 1999), o que parece fazer destes aspectos condições de risco para uma actividade sexual pouco ponderada e para uma possível gravidez.

3.3. Factores sociais

Ao nível dos factores relativos ao contexto mais alargado, onde os contextos individual e relacional se inserem, convém assinalar a importância das condições sociais e económicas que podem inibir ou encorajar um conjunto de comportamentos por parte dos adolescentes. Este enquadramento mais geral não se limita à disponibilidade de informação e educação sexual ou ao acesso a serviços de saúde reprodutiva, mas engloba todo um conjunto de condições sociais, económicas e educacionais que proporcionam ou retiram ao adolescente oportunidades para concretizar as suas aspirações relativas em termos de realização pessoal e profissional.

A etnia surge nos estudos internacionais como um factor relevante no risco para a gravidez na adolescência (Hardy & Zabin, 2001; Ventura, Abma, Mosher, & Henshaw, 2008; Ventura, Mosher, Curtin, Abma, & Henshaw, 1999). Estas diferenças salientam a importância das normas culturais específicas que podem reger cada etnia ou grupo cultural, afectando a aceitabilidade da actividade sexual na adolescência, da actividade sexual pré-conjugal e da própria gravidez durante este período (Garrett & Tidewell, 1999) e levando a que se constituam como ambientes mais permissivos deste fenómeno aumentando, assim, a probabilidade da sua ocorrência. East (1998a), num estudo com adolescentes pertencentes a diferentes etnias, concluiu que as jovens de origem latina/hispânica aspiravam a mais precoce e rapidamente experienciarem a conjugalidade e a maternidade, mais do que o registado noutros grupos étnicos. Por sua vez, Sanchez-Flores (2003) apontava as normas culturais e religiosas típicas dos povos latinos como bastante restritivas e mesmo condenatórias da actividade sexual pré-marital feminina, mas bastante permissivas ou omissas relativamente aos rapazes, o que, segundo o autor, contribuiria para a não utilização ou para a utilização inconsistente de contracepção: as jovens de origem latina, ao tenderem a não admitir o início e a manutenção da actividade sexual, assumiriam não necessitar de contracepção, o que as colocaria em maior risco para gravidez e ISTs.

Porém, é igualmente relevante reconhecer que os aspectos culturais, atitudes e valores próprios de um grupo étnico ou com afinidades sociais interactivam dentro de contextos que são, eles próprios, com frequência, propiciadores ou inibidores da ocorrência de gravidez em idades precoces (Maynard, 1997).

O contexto socioeconómico, definido a partir das condições habitacionais, rendimento do agregado familiar, habilitações literárias dos elementos da família, entre outros aspectos, afecta o desenvolvimento dos adolescentes de ambos os géneros (Luster & Haddow, 2005). A taxa de desemprego, tal como a escassez de oportunidades de emprego, surgem consistentemente como preditores de gravidez e parentalidade na adolescência (Miller et al., 2005).

A investigação indica que as condições sociais e demográficas menos favoráveis se associam geralmente à gravidez na adolescência (Figueiredo et al., 2005). O estatuto socioeconómico baixo é uma das variáveis antecedentes da gravidez na adolescência especialmente importante, razão pela qual alguns autores (por exemplo, Furstenberg & Brooks-Gunn, 1986; Harris, 1998; Harris & Allgood, 2009) referem a pobreza como o melhor preditor deste fenómeno. Famílias economicamente mais desfavorecidas descuram, muitas vezes, as funções educativas e afectivas, possivelmente por estarem mais concentradas num esforço constante de sobrevivência. Muitas vezes, as jovens estão entregues a si próprias e à convivência com pares anti-sociais, bem como a um ambiente comunitário mais empobrecido, com menor valorização da escola e maior pressão para a entrada no mundo do trabalho (Allen & Mitchell, 1998; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998). Compreende-se assim que estas jovens atribuam baixos custos a uma gravidez precoce, devido não só ao baixo leque de oportunidades de vida alternativas que conseguem descortinar, como também ao impacto que estes factores têm nas suas motivações. Em jovens com baixas aspirações académicas e com percepção de escassas oportunidades profissionais, a parentalidade adolescente pode oferecer um propósito imediato que se constitui por ausência de outros projectos alternativos de vida.

Noutros países, os resultados da investigação vêm demonstrando que engravidar precocemente pode ser uma forma de lidar com situações economicamente desfavorecidas, na medida em que facilita o acesso a benefícios sociais (Daguerre & Nativel, 2006; Farber, 2009; Hayes, 1987). Em Portugal, o acesso, por parte das adolescentes que engravidam e das suas famílias, a benefícios como o Rendimento Social de Inserção ou o Abono de Família Pré-Natal é relativamente recente, pelo que não é ainda do nosso

conhecimento a existência de estudos que permitam retirar conclusões acerca da associação entre tais apoios e a motivação ou intencionalidade de engravidar precocemente.

Mencionamos ainda, nesta breve análise dos factores de risco para a gravidez adolescente, todo o conjunto de circunstâncias que se relacionam com as atitudes e valores da sociedade em relação ao comportamento sexual dos jovens.

Estes aspectos atravessam gerações, tendo influenciado de diferentes formas este fenómeno ao longo do tempo e continuando, na actualidade, a fazer parte das condições a ele associadas. Há cerca de duas décadas, Marecek (1987) notava que o papel culturalmente atribuído à mulher na actividade sexual constituía uma das condições mais associadas à não utilização de contraceptivos, referindo, entre outras, as crenças culturais de que não deveria ser a mulher a tomar a iniciativa do contacto sexual e de que esta não deveria mostrar experiência nem um papel activo nesse contacto, o que dificultaria largamente a tomada de iniciativa das jovens para a contracepção. Em muitas sociedades, este é, ainda hoje, um factor relevante para a ocorrência de gravidez não desejada (WHO, 2004).

Actualmente, vivemos num contexto social em que a actividade sexual pré-conjugal é uma realidade aceite, em que se assiste a uma maior disponibilidade da contracepção, à dissociação entre sexualidade e reprodução, e em que o papel da mulher na actividade sexual está longe do de outros tempos (Miller et al., 2005; Pereira, 2001). Estudos mais actuais apontam, então, outros aspectos sociais actualmente influentes, como o desconhecimento dos jovens em geral a respeito da reprodução humana e do correcto uso de contraceptivos (Figueiredo, 2001a) ou ainda a dissociação entre amor/intimidade e actividade sexual (Garrett & Tidwell, 1999), o que atribui à sociedade alguma responsabilidade no risco para as situações de gravidez precoce, em termos de políticas de educação sexual, mas também de normas e valores face à sexualidade.

Assim, concordamos com autores como Gordon (1996) e Salazar et al. (2009), que apontam as influências sociais e culturais como sendo, possivelmente, dos aspectos mais importantes na tomada de decisão das adolescentes, nomeadamente no que toca ao comportamento sexual, pois interferem a diversos outros níveis, também eles exercendo impacto nas decisões reprodutivas. Além das condições socioeconómicas do meio da família da adolescente, a raça, a etnia, a religião, as políticas de saúde e os sistemas educacionais de cada país contribuem, também, para aumentar ou diminuir o risco de gravidezes

precoces, o que tem importantes implicações ao nível das políticas sociais e de saúde na prevenção deste fenómeno. As políticas sociais acerca da educação sexual, a acessibilidade a serviços de aconselhamento e planeamento familiar orientados para o atendimento de jovens e o acesso a métodos contraceptivos são igualmente dimensões que, ao nível do macrossistema, influenciam as taxas de gravidez na adolescência e os nascimentos em mães adolescentes (Santelli, 2007; Santelli, Lindberg, Finer, & Singh, 2007).

▫

Com esta breve exposição dos principais factores de risco e de protecção para a ocorrência de uma gestação em idade precoce, procurámos não apenas evidenciar os contextos que a literatura científica aponta como interactuantes e influentes nos processos subjacentes a esta temática, mas particularmente salientar que a gravidez adolescente é um assunto complexo, que não se circunscreve a explicações lineares ou mutuamente exclusivas. As adolescentes que engravidam e os seus contextos individuais, relacionais e sociais não são um grupo homogéneo, e diversos são também os percursos que antecedem e se sucedem a uma gravidez nesta fase do ciclo de vida.

A percepção da gravidez na adolescência como um problema social, e mesmo de saúde pública, emerge não só das consequências económicas e políticas que acarreta, mas sobretudo das consequências que dela podem decorrer, em termos dos riscos desenvolvimentais para a jovem que engravida, a sua família e o seu filho. No próximo capítulo, exploraremos os diversos níveis e contextos que ajudam a compreender que factores interagem e contribuem para uma adaptação bem sucedida ou para que os intervenientes enveredem por trajectórias marcadas por perturbação ou desvio.

Os conceitos de risco, vulnerabilidade e protecção são fundamentais para enquadrar a compreensão destes processos, e para neles intervir. A abordagem ecológica e desenvolvimental da gravidez e, caso esta prossiga, da maternidade na adolescência, evidencia que as prováveis vulnerabilidades podem ser contrabalançadas através de intervenções eficazes, dirigidas à minimização do impacto do risco e à promoção dos factores de protecção e das competências que podem oferecer a estas jovens, e aos seus filhos, oportunidades de desenvolvimento e sucesso.

3 |

Tornar-se mãe na adolescência:
Implicações para as trajectórias futuras e
determinantes da adaptação

3 | Tornar-se mãe na adolescência: Implicações para as trajectórias futuras e determinantes da adaptação

A maternidade na adolescência, como vimos, parece resultar das interações múltiplas entre um conjunto de condições anteriores de vida que, frequentemente, se caracterizam pela adversidade. As consequências que dela resultam, na realidade das sociedades industrializadas a que nos reportamos, são globalmente avaliadas como negativas e com potencial de dano futuro, quer individual quer socialmente (Salazar et al., 2009; Suner, Nakamura & Caulfield, 2003): as adolescentes que engravidam e se decidem pela maternidade têm sido, tal como os seus filhos, vistas enquanto grupo de risco para situações multiproblemáticas (Holgate et al., 2006). Tal como assinala Figueiredo (2000a), as consequências adversas para a mãe adolescente têm sido referidas na literatura como situando-se a diversos níveis: social, educacional, profissional e socioeconómico, mas também físico e da saúde e ainda psicológico. No entanto, investigações recentes têm indicado que muitas das consequências negativas da maternidade na adolescência precedem-na mais do que dela resultam (Coley & Chase-Lansdale, 1998). As perspectivas desenvolvimentais actuais denotam que ser mãe na adolescência não representa, por si só, uma situação de alto risco (Shields & Pierce, 2006) – porém, as evidências empíricas revelam que os resultados de maior ou menor sucesso na adaptação dependem, em grande parte, dos contextos em que a gestação e o nascimento ocorrem e do grau de apoio disponível para a jovem e o seu filho (Beers & Hollo, 2009; Luster & Bates, 2002; Miller et al., 2004).

Depois de no capítulo anterior termos revisto, numa perspectiva ecológica, os factores que, actuando em diferentes níveis e contextos, podem concorrer para a ocorrência de uma gravidez na adolescência, bem como para a decisão de a deixar prosseguir e de assegurar os cuidados ao recém-nascido, ocupar-nos-emos em seguida da exposição do estado da arte relativamente às implicações que estas opções acarretam, quer para a jovem mãe, quer para o seu filho e para a sua rede social. Procuraremos ainda examinar o contributo de grelhas de conceptualização teórica e dados empíricos para a compreensão dos percursos de (in)adaptação das adolescentes que engravidam.

1. Gravidez e maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais

Tendo em conta os factores que influenciam a ocorrência de uma gravidez na adolescência e os desafios adicionais que, pelos padrões actuais, se colocam à jovem que engravida precocemente, compreendemos que os resultados obtidos numa série de indicadores desenvolvimentais, avaliados em diferentes momentos do ciclo de vida, sejam em vários aspectos tidos como inferiores aos dos pares sem história de gravidez nesta fase da existência (Luster & Bates, 2002). Segundo Hetherington (citado em Figueiredo, 2001a), a maternidade na adolescência colocaria em desvantagem um grupo que habitualmente já se encontra em situação mais desfavorecida, agravando carências prévias que são, muitas vezes, factores de risco e antecedentes da gravidez precoce. Estudos recentes, porém, indicam que as trajectórias posteriores a uma gravidez na adolescência das jovens e dos seus filhos podem não se distinguir significativamente das de outras jovens com contextos socioeconómicos semelhantes (Beers & Hollo, 2009; SmithBattle, 2006).

No capítulo anterior, procurámos sintetizar os contextos em que podem actuar variáveis que antecedem a gravidez na adolescência. Passamos agora a verificar processos específicos relevantes para a compreensão do seu impacto desenvolvimental e das trajectórias futuras das adolescentes e dos seus filhos.

1.1. Implicações para a adolescente que se torna mãe

A investigação científica evidencia consequências a vários níveis para as adolescentes que engravidam e decidem pela continuidade da gestação e por cuidar do bebé dela resultante, em termos da sua saúde e percurso relacional, educacional e económico. Canavarro e Pereira (2001) salvaguardam, neste âmbito, que não devemos ignorar a possibilidade de parte destas consequências se poderem dever às condições prévias de vida destas jovens, não sendo consequências únicas de uma gravidez adolescente. Apesar disto, a gravidez na adolescência parece agravar essas condições prévias de vida, dificultando a mudança para trajectórias mais adaptativas.

Risco obstétrico, saúde da mãe e do bebé

Em termos de saúde das mães adolescentes, Beers e Hollo (2009), Coley e Chase-Lansdale (1998), Figueiredo (2000) e Justo (2000) referem que vários estudos empíricos encontram um maior número de complicações obstétricas durante a gravidez (anemia, aumento ponderal insuficiente) e associadas ao parto (maior incidência de parto pré-termo) e um menor número de bebés saudáveis nas adolescentes do que em mulheres mais velhas. As estatísticas gerais apontam para níveis mais elevados de morbilidade e mortalidade materna e infantil quando se trata de mães adolescentes (Irvine, Bradley, Cupples, & Boohan, 1997; Lourenço, 1996). Comprometimentos da própria saúde do bebé têm sido também apontados, como maiores índices de baixo peso à nascença, prematuridade e morte neonatal (Beers & Hollo, 2009; Kirchengast & Hartman, 2003).

Porém, estas diferenças tornam-se cada vez menos notadas na investigação actual (Baker, Guthrie, Hutchinson, Kane, & Wellings, 2007; Figueiredo et al., 2006; Gupta, Kiran, & Bahl, 2008). O conjunto de investigações realizadas sobre as consequências da gravidez na adolescência a este nível apresenta resultados e conclusões contraditórias, sendo a tendência actual a de relacionar estas diferenças com desvantagens do meio social e familiar, e não com características biológicas decorrentes da idade das jovens. Canavarro e Pereira (2001) referem ainda que algumas complicações na gravidez podem estar também associadas a factores específicos do comportamento adolescente, como o padrão de alimentação e o consumo de substâncias. No entanto, num estudo de 1996, Tavares e Barros concluem

que as mães adolescentes e os recém-nascidos do seu estudo não apresentam consequências biológicas imediatas diferentes das que são observadas com adultas, excepto no maior número de partos pré-termo verificado nas mães adolescentes, valores que os autores relacionam com o início tardio dos cuidados pré-natais. Isto vai ao encontro do que concluem Beers e Hollo (2009), segundo os quais menos de metade das adolescentes grávidas procuram cuidados pré-natais no primeiro trimestre de gravidez. Os factores biológicos seriam importantes apenas no caso das adolescentes mais jovens (menores de 15 anos), já que poderiam apresentar maior imaturidade física e reprodutiva (Klein, 2005). Nas outras situações, piores resultados a nível obstétrico e neonatal poderiam ser explicados mais pelos factores socioeconómicos (Harris & Allgood, 2009) do que pelos biológicos¹⁷ (Gupta, Kiran, & Bahl, 2008; Lao & Ho, 1997).

Percurso educativo, profissional e NSE

Ao revermos os trabalhos empíricos neste âmbito, salientamos a elevada frequência com que numerosos autores verificam elevadas taxas de abandono escolar, baixos níveis de instrução, empregos menos qualificados e menores índices de satisfação profissional nas mães adolescentes, associados habitualmente a um contexto de vida de maior pobreza e precariedade, num ciclo que se auto-perpetua (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007). Beers e Hollo (2009) notam, a este propósito, que, apesar de as adolescentes com história de gravidez e maternidade experimentarem maior insucesso escolar, grande parte delas abandona o sistema de ensino antes de engravidar, como mencionámos na análise dos factores de risco para a ocorrência de gravidez (cf. Capítulo 2).

Algumas mães adolescentes ensaiam o regresso à escola após o nascimento do filho, impelidas pela motivação de alcançarem melhores condições sociais e financeiras para si e para os seus filhos. No entanto, a taxa de abandono é superior à das adolescentes sem história de gravidez (Manlove, Franzetta, McKinney, Papillo, & Terry-Humen, 2004; Miller et al., 2005), sendo que os seus percursos educacionais

¹⁷ Neste âmbito, assume grande relevância o acompanhamento especializado através das Consultas Externas de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes, cuja existência se verifica nas principais maternidades portuguesas e que parece constituir uma importante fonte de apoio médico, psicológico e social, com implicações positivas numa primeira gravidez – assumindo-se, portanto, como um factor protector para a saúde da jovem grávida e do seu bebé – bem como na prevenção de novas situações de gravidez (Canavarro & Pereira, 2001).

tendem a associar-se ao sucesso escolar que experienciavam antes da gravidez, bem como ao apoio que lhes é proporcionado pela família (Bonell et al., 2003; Smithbattle, 2006, 2007).

Assim, as mães adolescentes provenientes de ambientes familiares mais estáveis e menos desfavorecidos, com maior apoio emocional e financeiro, por exemplo, apresentam uma taxa mais elevada de regresso à escola e de sucesso académico, comparativamente com as mães adolescentes oriundas de famílias desestruturadas (Corbett & Meyer, citado em Canavarro & Pereira, 2001). A pressão que se verifica sobre estas jovens para abandonarem o sistema de ensino e as dificuldades que as que decidem não o fazer enfrentam, afastam-nas muitas vezes de uma escolaridade mais avançada.

Relacionada com as geralmente baixas habilitações escolares está a maior probabilidade de as adolescentes com história de gravidez e maternidade se confrontarem com opções laborais menos qualificadas e pior remuneradas (Miller et al., 2005), tendo maior probabilidade do que as mulheres que se tornam mães em idade mais tardia de vir a depender de subsídios sociais (Holtz, McElroy, & Sanders, 1997), o que contribuirá para perpetuar o ciclo de exclusão e precariedade social, agravando os problemas socioeconómicos anteriores (Baker et al., 2007; Geraldés et al., 1998; Pereira, 2001).

Fertilidade e percurso relacional

Revisões da literatura levadas a cabo por diversos autores (cf. Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007) referem ainda outras consequências que têm sido apontadas no percurso desenvolvimental destas jovens mães, nomeadamente em termos da sua fertilidade e relacionamentos românticos. No que se refere à fertilidade, a probabilidade de estas jovens terem um segundo filho ainda enquanto adolescentes é elevada: 30% das adolescentes que engravidam tem um segundo filho até dois anos após o nascimento do primeiro (Raneri & Wiemann, 2007). Essa probabilidade aparece, nalguns estudos, como sendo mais elevada quanto menor for a idade da mãe na altura do primeiro nascimento (Klerman, 2006; Manlove, Mariner, & Papillo, 2000), porém os resultados da investigação não são totalmente consistentes (Pfitzner, Hoff, & McElligott, 2003).

A idade parece não ser o único elemento a ponderar ao averiguar o risco de repetição da gravidez precoce, sendo necessário considerar outros factores individuais e psicossociais, como as baixas

habilitações escolares, competências cognitivas, ajustamento emocional, consumo de substâncias ou outros comportamentos de risco, exposição a situações de violência ou abuso físico ou sexual (Raneri & Wiemann, 2007). A disponibilidade de aconselhamento e serviços de planeamento familiar também exerce um papel neste domínio, sendo reconhecido que a utilização de contraceção eficaz, como os métodos hormonais de longa duração (implante subcutâneo, por exemplo), no primeiro ano após o parto, ajuda a diminuir a ocorrência de nova gravidez precoce (Kershaw et al., 2003; Stevens-Simon, Kelly, & Kulick, 2001).

A repetição de nascimentos na adolescência associa-se a piores indicadores sociodemográficos para a mãe, no que concerne a oportunidades de formação, ocupação laboral, rendimentos, estabilidade dos relacionamentos afectivos e realização pessoal, o que provavelmente se deverá à interacção dos diversos contextos e factores em jogo, e não apenas ao número de filhos. As jovens que são mães mais do que uma vez passam, habitualmente, a dispor de menos recursos e apoio, o que poderá igualmente contribuir para os piores indicadores desenvolvimentais (Daguerre, 2006; Klerman, 2004).

Além de um maior risco de voltar a engravidar antes dos 20 anos (Furstenberg & Brooks-Gunn, 1986; Furstenberg, Brooks-Gunn, & Morgan, 1987), verifica-se nestas jovens mães uma maior probabilidade de envolvimento em casamentos prematuros e mal sucedidos, de ruptura da relação com o companheiro e de monoparentalidade (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Beers e Hollo (2009) indicam dados de 2006 segundo os quais, nos EUA, apenas 39% dos nascimentos desse ano ocorreram fora do enquadramento de uma relação conjugal. Porém, tal aconteceu em 92% dos nascimentos em que as mães tinham entre 15 e 17 anos de idade, e em 81% das situações em que a idade materna era de 18 ou 19 anos. Não obstante, os autores apontam para a diversidade das famílias com progenitores adolescentes, quer em termos de estrutura, quer relativamente às condições sociodemográficas.

Nas amostras nacionais, a maior parte das mães adolescentes, quer coabite ou não com o companheiro, continua maioritariamente a viver com a sua própria mãe ou com familiares seus ou do pai do bebé, sendo mais raras as situações de emancipação imediata do casal (Carvalho, 2007; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 1998, 2003; Pereira, 2001; Pires, 2009a).

Em suma, a literatura revela que estas jovens vivem mais anos sozinhas, normalmente enredadas em ambientes de maior instabilidade conjugal e maior possibilidade de divórcio (Bennett, Bloom & Miller,

1995; Hotz, McElroy, & Sanders, 1997a, 1997b), o que, juntamente com as suas baixas qualificações académicas e probabilidade de maior número de filhos, contribui para a perpetuação do ciclo de dificuldades sociais e económicas (Hosie & Selman, 2006).

1.2. Implicações e percursos desenvolvimentais dos filhos de mães adolescentes

Tradicionalmente, a literatura científica conotava os filhos de mães adolescentes com um maior risco de nascimento prematuro, ocorrência de baixo peso ao nascer e maior mortalidade no período perinatal (Klein, 2005). Outros iam mais longe, afirmando que todas as crianças nascidas de adolescentes, mesmo se saudáveis ao nascer, estariam em risco de sofrer futuramente perturbações comportamentais e desenvolvimentais, ainda que fossem controladas outras características sociodemográficas (Terry-Humen, Manlove, & Moore, 2005) - esse risco seria tanto maior quanto mais jovem fosse a mãe.

Os resultados da investigação, de facto, têm sido bastante consistentes ao indicar que os filhos de mães adolescentes apresentam maiores dificuldades no seu percurso escolar, problemas de adaptação e risco de atraso desenvolvimental (Furstenberg et al., 1987; Pogarsky, Thornberry, & Lizotte, 2006). Estudos longitudinais, que disponibilizam dados do seguimento destas crianças até à adolescência e adultez, apontam que estão posteriormente em maior risco de se envolverem elas próprias em comportamentos de risco, como consumo de substâncias, actividade sexual precoce e parentalidade adolescente, continuando a evidenciar problemas comportamentais e cognitivos, perpetuando assim ciclos de carência e desfavorecimento (Hardy et al., 1997).

A maternidade precoce influenciaria também a qualidade dos cuidados dispensados ao bebé, em termos de saúde e nutrição, que tenderia a ser inferior à dos cuidados prestados por progenitores mais velhos (Wolfe & Perozek, 1997). Por outro lado, os filhos de mães adolescentes teriam menor probabilidade de experienciar suporte emocional e afecto por parte dos progenitores, e de dispor de estimulação sensorio-motora e cognitiva adequada, dispondo em geral de um menor número de livros e de brinquedos pedagogicamente apropriados (Moore, Morrison, & Greene, 1997).

O percurso escolar dos filhos de mães adolescentes é, com maior frequência, marcado por pior desempenho, mais insucesso e maior risco de abandono precoce do sistema de ensino, mais uma vez

quando comparado com o percurso de filhos de mães mais velhas (Haveman, Wolfe, & Peterson, 1997; Maynard, 1996).

Estas crianças, de acordo com Miller et al. (2005), têm também maior probabilidade de terem filhos antes dos 19 anos e fora de uma relação conjugal estável, quando comparados com os filhos de mulheres que adiam a maternidade.

Porém, não é a idade da mãe na altura do nascimento que por si só explica as diferenças registadas entre filhos de adolescentes e crianças nascidas de mulheres que adiam a experiência de maternidade. As evidências empíricas sugerem que os piores resultados desenvolvimentais verificados se deverão mais a factores de adversidade e selecção social do que à idade da mãe na altura do nascimento. Jaffe, Caspi, Moffitt, Belsky e Silva, em 2001, analisaram dados de 20 anos de um estudo longitudinal neozelandês com o objectivo de examinar os efeitos da maternidade precoce em quatro indicadores (abandono escolar precoce, desemprego, parentalidade precoce e comportamentos violentos), medidos quando os filhos tinham entre 15 e 21 anos de idade. Verificaram que os indivíduos nascidos de mães adolescentes apresentavam resultados mais negativos do que os filhos de mães adultas; porém, depois de controlarem outros factores como o quociente intelectual, competências de leitura e habilitações escolares da mãe, registo criminal da mãe e do pai, e outras variáveis familiares como medidas da interacção pais-filho, NSE, composição do agregado familiar e zona de residência, concluíram que factores de selecção social e circunstâncias socioeconómicas e relacionais da família explicavam melhor essas diferenças do que a idade materna, o que leva os autores a aconselharem intervenções dirigidas não apenas ao adiamento da maternidade, mas sobretudo ao apoio de mães adolescentes em risco, e dos seus filhos.

Daqui decorre que é importante considerar a ecologia global que contextualiza as trajectórias desenvolvimentais destas crianças, nomeadamente os factores sociodemográficos e ambientais (Beers & Hollo, 2009). Condições como a maior escolarização da mãe ou circunstâncias de vida mais favoráveis, bem como a rede de suporte disponível para a família, entre outros, são determinantes para os resultados conseguidos (Luster & Bates, 2002; Luster, Bates, Fitzgerald, & Vandenbelt, 2000).

1.3. Perspectivas actuais acerca do impacto desenvolvimental da maternidade adolescente

Não sendo possível nem desejável escamotear as consequências adversas que, com grande frequência, resultam da ocorrência de uma gravidez e transição para a maternidade numa fase do ciclo de vida actualmente considerada não normativa nas sociedades ocidentais – e que tornam estes processos problemas sociais prementes, justificando os esforços no sentido de uma prevenção e intervenção mais eficazes –, importa referir que a investigação recente, ancorada nas perspectivas da Psicopatologia do Desenvolvimento e do modelo bioecológico, salienta também dados que apontam para a multiplicidade de trajetórias possíveis para as adolescentes que se tornam mães e para os seus filhos. A maternidade adolescente não pode assim ser encarada como um acontecimento de vida universalmente adverso – muitas destas jovens, as suas famílias e os seus filhos conseguem resultados desenvolvimentais favoráveis e indicadores de boa adaptação, particularmente se dispuserem de suporte emocional e instrumental adequados (Beers & Hollo, 2009; Carvalho, 2007; Figueiredo et al., 2006; Luster & Haddow, 2005).

A visão tradicional da maternidade adolescente como sendo inapelavelmente problemática em termos individuais, sociais e financeiros, conduzindo a percursos de inadaptação e dependência económica de sistemas de segurança social, tem vindo a ser desafiada pelas evidências científicas que acentuam a grande variabilidade de trajetórias possíveis para estas famílias e que apontam para os factores e contextos que antecedem a ocorrência da gestação precoce como determinantes para grande parte das consequências posteriormente registadas (Fergusson & Woodward, 2000; Hoffman, 2006; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2001, 2006).

A este propósito, refira-se o estudo de Geronimus e Koremann (1992), que compararam irmãs que foram mães em diferentes momentos do ciclo de vida – os autores concluíram que não era a idade em si, mas os problemas que antecederam o nascimento, que melhor explicavam as dificuldades sentidas pelas participantes que haviam sido mães na adolescência. Apesar de as irmãs que foram mães mais tarde terem, com maior frequência, terminado o nível secundário de escolaridade e apresentarem relações conjugais mais estáveis, as diferenças socioeconómicas em relação àquelas cujos filhos nasceram na adolescência eram negligenciáveis.

As consequências desenvolvimentais para os filhos de mães adolescentes, que como revimos anteriormente são frequentemente negativas, também não podem ser vistas, à luz dos dados recentes,

como inevitáveis: resultados de estudos longitudinais analisados por Moore et al. (1997) permitiram-lhes concluir que estes não estão em maior risco de apresentar problemas de saúde, problemas comportamentais ou cognitivos, ou perturbações depressivas, do que os nascidos de mães mais velhas, quando controlados outros factores sociodemográficos e familiares que não apenas a idade da mãe na altura do nascimento.

Do estado actual do conhecimento sobre a gravidez e a maternidade na adolescência, nem sempre emergem, de forma sistemática, resultados desenvolvimentais negativos nestas jovens (Canavarro & Pereira, 2001; Milan et al., 2004; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001), não sendo visível nos estudos realizados um padrão desenvolvimental consistentemente desajustado, mas sim uma diversidade de padrões, repletos de idiosincrasias resultantes dos múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida. Quando a jovem é capaz de responder positivamente ao desafio da maternidade na adolescência, esta vivência traduz-se, aliás, numa oportunidade única de desenvolvimento, observando-se ganhos desenvolvimentais muito significativos (Figueiredo, 2001b).

A compreensão dos processos complexos que antecedem e se sucedem à gravidez e à maternidade na adolescência, bem como as políticas sociais e os programas de prevenção e intervenção, devem necessariamente considerar não apenas os factores proximais, mas também os contextos mais alargados e as suas múltiplas influências.

2. Adaptação na gravidez e na transição para a maternidade na adolescência

A gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho representam marcos no ciclo de vida dos indivíduos; apesar da sua centralidade, o significado e a valorização destes acontecimentos têm evoluído através dos tempos, enquadrados pelo devir dos contextos socioculturais (Barbaut, 1991; Canavarro, 2001; Oliveira et al., 2005). É amplamente reconhecido que os processos de gravidez e adaptação ao nascimento de um filho representam transições importantes no ciclo de vida dos indivíduos e das famílias (Cowan & Cowan, 1992, 1995; Levy-Shiff, 1994). Perspectivados frequentemente como momentos de crise (Stewart, Sokol, Healy, & Chester, 1986), gravidez e nascimento são hoje

consensualmente aceites como acontecimentos normativos ou enquanto fases desenvolvimentais acompanhadas por mudanças relevantes ao nível pessoal, familiar, social e mesmo profissional, que podem potencialmente acarretar condições de risco e oportunidade - as novas tarefas, exigências e desafios podem exceder os recursos percebidos, despoletar problemas até aí inexistentes ou acentuar vulnerabilidades prévias; no entanto, estes períodos podem também levar ao desenvolvimento de novos recursos e de um melhor ajustamento ou adaptação (Boss, 2002; Canavarro, 2001; Dunkel-Schetter, Gurung, Lobel, & Wadhwa, 2001; Figueiredo, 2001a).

O conceito de adaptação na transição para a parentalidade, porém, não é de fácil circunscrição. A literatura científica remete para dimensões tão diversas como satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar ou recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas elas intrinsecamente ligadas. A adaptação à parentalidade acaba por traduzir “a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal” (Canavarro, 2001, p. 45).

Enquadrando numa perspectiva transaccional e bioecológica a transição para a maternidade na adolescência, o estudo da adaptação e do comportamento materno implica considerar diferentes níveis de análise (Belsky, 1999; Bronfenbrenner, 1986, 1997; Levy-Schiff, 1994), incluindo características da mãe adolescente, características da criança, contexto e dinâmicas familiares (que, no seu conjunto, constituem o microsistema); o contexto social mais imediato onde a família está inserida (o exossistema); as características sociais, económicas, culturais e legais da sociedade envolvente (macrossistema); e também a dimensão temporal em que ocorrem as interações recíprocas entre os níveis mencionados (cronossistema). Destacar estes níveis de abordagem implica observar a integração de múltiplas influências, perspectivando a interação entre os sistemas e a acção de cada um como moderador e mediador dos efeitos dos outros (Canavarro & Araújo Pedrosa, 2005; George & Solomon, 1999).

Evidencia-se assim a noção de complexidade na adaptação na transição para a maternidade e parentalidade, que emerge da constatação da adaptação como processo multideterminado, decorrente das interações entre os diferentes elementos em causa, permitindo entrever a possibilidade de fragilidades num factor serem atenuadas pelas potencialidades de outros, o que equivale, uma vez mais, a

salientar a presença de factores de risco mas também de protecção neste processo (Canavarro & Araújo Pedrosa, 2005; Moura Ramos, 2006).

As adolescentes com história de gravidez que se tornam mães enfrentam múltiplas variáveis de cariz psicossocial, muitas delas indutoras de stress, que influenciam o seu bem-estar, interferem na relação com o filho (na medida em que podem determinar as práticas educativas e o comportamento materno) e mesmo no funcionamento geral da família. Algumas destas variáveis e influências são passíveis de modificação; outras, mais globais, são menos permeáveis à mudança. Porém, conhecer o seu impacto no percurso desenvolvimental da jovem que engravida e da sua família é crítico para promover a adaptação e minimizar os riscos de perturbação.

2.1. Adaptação individual e ajustamento emocional

Embora alguns estudos apontem a gravidez como um período de bem-estar emocional (Austin, 2006), protector em relação a perturbações depressivas e de ansiedade (Blier, 2006), as evidências científicas sugerem que a ocorrência de um episódio depressivo ou a recorrência de um episódio prévio acontecem com frequência na gestação ou no período pós-parto (Cohen, Altshuler, & Harlow, 2006).

A perturbação emocional da mãe vem sendo considerada um factor de risco para os seus filhos, não só no que respeita às mães adolescentes. A depressão, por exemplo, tem vindo a ser referida ao longo dos anos como um factor de risco para práticas educativas menos adaptativas e para o consequente aumento do risco para problemas desenvolvimentais nas crianças (Eshbaugh, 2006; Shanok & Miller, 2007).

A perturbação depressiva tem sido bastante estudada no caso da maternidade adolescente, não só por ser uma ocorrência esperada (a sua prevalência é elevada em adolescentes que enfrentam situações carenciadas, como vimos ser frequentemente o caso nas que se tornam mães precocemente), mas igualmente por se reconhecer o seu potencial moderador em relação a outros resultados, nomeadamente o desenvolvimento adaptativo dos filhos destas jovens (Beers & Hollo, 2009). Em 1998, Deal e Holt indicavam que cerca de 48% das 1000 mães adolescentes estudadas no seu trabalho experimentavam sintomatologia depressiva, o que interferia nas suas capacidades para formar e manter

laços afectivos. No mesmo ano, Miller (1998) estimava a prevalência de depressão no período pré-natal em jovens grávidas entre 16% e 44%, o que representaria sensivelmente o dobro das taxas encontradas em grávidas adultas e em adolescentes sem história de gravidez.

Dados recentes (Barnet, Liu, & DeVoe, 2008; McClanahan, 2009) sugerem que a depressão em grávidas e mães adolescentes se associaria a risco acrescido de nova gravidez num curto espaço de tempo, independentemente de outros factores. Por sua vez, os trabalhos de meta-análise de Shadigian e Bauer (2005) e de Szigethy e Ruiz (2001) indicam o suicídio como uma das principais causas de morte entre adolescentes grávidas. Reconhece-se também que as mães adolescentes diagnosticadas com perturbação depressiva teriam risco acrescido de psicopatologia nos anos seguintes (Clemmens, 2003; Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996), o que acarretaria, conseqüentemente, efeitos adversos para o desenvolvimento dos seus filhos: a depressão na gravidez e no pós-parto aparece associada a má nutrição, menor vigilância clínica da gestação e maior consumo de álcool e de outras substâncias (Austin, 2006), bem como a piores resultados obstétricos e a problemas de saúde dos bebés (Szigethy & Ruiz, 2001).

Por outro lado, no que respeita à ansiedade materna, Van den Bergh (1990) conclui que as emoções das grávidas do seu estudo têm um efeito significativo no comportamento fetal dos seus filhos (maior actividade motora), influência que se reflecte no comportamento neonatal e na infância destes bebés (por exemplo, grande nível de actividade após o nascimento, mais problemas gastrointestinais, temperamento difícil).

Uma outra dimensão frequentemente considerada na abordagem da adaptação na gravidez e maternidade é a QdV, que pode ser vista como definindo o impacto de um evento ou processo (como a gravidez e a maternidade na adolescência) sobre a vida e o bem-estar do indivíduo (Pereira, 2008). O conceito de QdV é abrangente e nele se interligam diferentes abordagens e indicadores de natureza distinta. Actualmente, os trabalhos de um grupo de peritos de diferentes culturas permitiu que se atingisse algum consenso internacional quanto à delimitação do conceito. A visão da QdV assenta em três dimensões principais: subjectividade (depende do ponto de vista pessoal), multidimensionalidade (depende de vários factores) e presença tanto de aspectos negativos como positivos (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group], 1995).

A OMS define a QdV como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Enquanto conceito iminentemente multidimensional, a avaliação da QdV apela também a uma perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Schalok, 2004), na medida em que é importante considerar os diversos sistemas em que os indivíduos estão inseridos e que influenciam o desenvolvimento dos seus valores, crenças e atitudes (Pereira, 2008).

Os estudos publicados acerca dos efeitos da parentalidade na percepção da QdV de mães e pais são ainda muito escassos (Wrennick, Schneider, & Monga, 2005), particularmente se considerarmos a gravidez e a transição para a maternidade em adolescentes (Drescher, Monga, Williams, Promenece-Cook, & Schneider, 2003). São igualmente raros os trabalhos versando a QdV em adolescentes em geral (Gordia, Quadros, Campos, & Petroski, 2009), focando-se os publicados sobretudo em jovens com condições crónicas de saúde. Porém, é reconhecido o carácter multidimensional da QdV adolescente, sendo apontadas variáveis como idade, habilitações escolares, NSE, estrutura familiar, entre outras, como relevantes para a sua compreensão. Num estudo de 2008, utilizando o questionário WHOQOL-Bref, Gordia, Quadros e Campos apontam a dimensão Ambiente como a mais vulnerável na QdV de adolescentes brasileiros, o que indicaria a necessidade de investimentos visando a melhoria das condições deste grupo, principalmente em relação à segurança física e protecção, ambiente familiar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e competências, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima e transporte. Os autores concluíram ainda que adolescentes do sexo feminino, provenientes de meios mais desfavorecidos e com maior número de circunstâncias adversas apresentavam maior risco de percepção negativa da QdV.

Drescher et al. (2003), utilizando um outro instrumento de medida (MOS-SF 36v2) estudaram a percepção de QdV num grupo de 42 adolescentes grávidas, com média de idade de 16 anos, tendo concluído que apresentavam valores médios ligeiramente inferiores aos encontrados numa amostra normativa de 4052 mulheres e numa amostra de 157 mulheres com idades entre os 18 e os 24 anos, à excepção da escala que media a componente de saúde designada por vitalidade. Nenhuma das diferenças atingia significância estatística, o que leva os autores a indicar que a gravidez exerceria pouco ou nenhum efeito sobre a percepção de QdV das adolescentes. Com recurso ao mesmo questionário, Hueston e Kasik-

Miller (1998) avaliaram a percepção de QdV num grupo de grávidas adultas, tendo concluído que a gravidez exercia um impacto negativo no funcionamento físico, mas não emocional, das participantes.

Num trabalho de 2005, Wrennick e colaboradores compararam a percepção de QdV de mães adolescentes e mães adultas, com o objectivo de verificar se a maternidade teria impacto nessa avaliação subjectiva. Para o efeito, contrastaram ainda os grupos com um outro de mulheres adolescentes sem filhos, emparelhado em termos de idade com os anteriores. Os resultados levam as autoras a concluir que a percepção de QdV das mães adolescentes não é inferior à de adolescentes sem filhos ou à de mães mais velhas. Assim, a perspectiva segundo a qual as consequências individuais e socioeconómicas da gravidez e maternidade precoce fariam com que estes processos fossem, nas sociedades ocidentais, vistos como universalmente negativos não parece ser corroborada pela percepção das próprias adolescentes (Cupples, et al., 2000; Fessler, 2003).

A falta de consenso entre estudos que comparam grávidas adolescentes com grávidas adultas ou adolescentes sem história de gravidez no que toca ao seu ajustamento individual é uma evidência notória e incontornável. De facto, os resultados negativos destas jovens em algumas áreas de desenvolvimento psicossocial nem sempre emergem consensualmente na literatura (Canavarro & Pereira, 2001; Milan et al., 2004; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001). Diversos estudos (cf. Black et al., 2002) demonstram a existência de mais sintomas de perturbação emocional (depressão, ansiedade e hostilidade) nas grávidas adolescentes do que nos seus pares sem história de gravidez. Também Figueiredo, Pacheco e Costa (2007), comparando grávidas adolescentes e adultas, concluem que as adolescentes apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as adultas, quer na gravidez, quer no pós-parto, sugerindo-nos que as grávidas e mães adolescentes estão particularmente em risco para a depressão nestes períodos.

No entanto, outros trabalhos, comparando adolescentes do mesmo NSE, concluem que, apesar de as adolescentes grávidas e/ou mães reportarem níveis acrescidos de sintomas de sofrimento emocional comparativamente com os seus pares sem história de gravidez, estas diferenças não são estatisticamente significativas se controlado o NSE (Troutman & Cutrona, 1990; Milan et al., 2004). Milan e colaboradores concluem, nesta linha, que, para a maioria das mães adolescentes, o risco para o desajustamento socioemocional parece ser maioritariamente devido às circunstâncias socioeconómicas prévias à gravidez.

Por outro lado, são diversos os estudos que não apontam níveis de desajustamento emocional superiores nas grávidas e mães adolescentes. Sieger e Renk (2007) concluem, neste sentido, que as grávidas e mães adolescentes do seu estudo experienciam níveis não clínicos e relativamente baixos de depressão e ansiedade, níveis estes que não são significativos, quando comparados com os dos seus pares sem história de gravidez.

No panorama nacional, Carvalho (2007), Jongenelen (2003), Pereira (2001), Pires (2009a), Soares e colaboradores (2001) concluem que a gravidez na adolescência não parece ter conduzido as jovens dos seus estudos ao desequilíbrio emocional. Os resultados de Soares e colaboradores apontam, aliás, para a variabilidade dos padrões de ajustamento à gravidez e à maternidade, e os de Pereira mostram que, no que respeita ao ajustamento emocional, os factores de vulnerabilidade/protecção do grupo de grávidas adolescentes não são necessariamente os mesmos do grupo de jovens sem história de gravidez.

No que respeita à continuidade entre adaptação à gravidez e à maternidade, enquanto Pereira (2001) ressalva que se trata de momentos que, embora interligados, são distintos, e que os níveis de ajustamento na gravidez não asseguram semelhante adaptação posterior, o estudo de Soares e colaboradores (2001) aponta para que a continuidade, em termos da qualidade de adaptação face aos dois momentos, seja mais saliente do que a mudança que, a existir, tende a ocorrer mais no sentido positivo do que negativo.

Perante estes resultados e as consequências adversas que, como vimos, aparecem frequentemente associadas à gravidez e à maternidade adolescente, poderíamos esperar encontrar nestas jovens um padrão típico de desajustamento socioemocional, tal como de consequências negativas para o exercício da maternidade e o desenvolvimento dos seus filhos. Porém, a adaptação das adolescentes perante a ocorrência de gravidez e o desempenho do papel maternal poderá ser desafiada ou promovida por características individuais, factores como a estrutura e o funcionamento familiar, condições socioeconómicas mais ou menos adversas e a disponibilidade de apoio social (Cox et al., 2008).

2.2. Adaptação relacional e social

Apenas para efeitos descritivos, podemos tecer separadamente considerações acerca da (in)adaptação relacional manifestada por adolescentes com história de gravidez, na medida em que os contextos em que actuam factores individuais e relacionais/sociais se sobrepõem, numa rede de influências mútuas e indissociáveis.

Vimos em pontos anteriores do capítulo (cf. pontos 1.1. e 1.2.) como as ecologias de vida da jovem adolescente podem ser afectadas pela ocorrência de uma gravidez precoce, traduzindo-se nomeadamente em maior instabilidade das relações afectivas e em desafios no sentido da reconstrução e reorganização de novos equilíbrios.

As adolescentes que se tornam mães enfrentam múltiplas mudanças nos seus papéis sociais e relacionais. Frequentemente, confrontam-se com a necessidade de aceitar as novas responsabilidades parentais e de resolver as suas tarefas desenvolvimentais divergentes, ao mesmo tempo que os membros da família (nomeadamente pais e eventualmente o companheiro/pai do bebé) estão igualmente a tentar integrar, num tempo assíncrono e inesperado, os seus novos papéis de “avós” e “pai” (Wakschlag & Hans, 2000). O modo como a adolescente, a família e as figuras significativas da sua rede social conseguem negociar estes desafios será crítico para a adaptação manifestada e para o percurso desenvolvimental posterior destas jovens e dos seus filhos (Wackshlag, Chase-Lansdale, & Brooks-Gunn, 1996).

A perturbação emocional e os índices de stress evidenciados pelas mães adolescentes aparecem com frequência associados, entre outras variáveis, a falta de apoio, criticismo e rejeição por parte dos próprios progenitores; falta de apoio por parte do pai do bebé; e situações de violência emocional e física na relação amorosa (Larson, 2004; Milan et al., 2004; Passino et al., 1993; Sussex & Corcoran, 2005), o que evidencia a importância dos contextos familiares e sociais na adaptação (Glazier, Elgar, Goel, & Holzappel, 2004; Priel & Besser, 2002).

O impacto da gravidez e da maternidade adolescente no sistema familiar traduz-se nas mudanças que habitualmente ocorrem na dinâmica relacional entre os vários membros. Já mencionámos anteriormente que a situação mais frequente, no panorama nacional e internacional, é a coabitação da jovem mãe e do seu filho com a sua própria família nuclear ou alargada, ou com a do pai do bebé. Vários

estudos mostram que a gravidez precoce se traduz frequentemente em maiores encargos financeiros para a família, que vêm os seus recursos diminuídos pela necessidade de fazer face à chegada e aos cuidados ao recém-nascido, o que pode acarretar, pelo menos temporariamente, a diminuição da qualidade da relação entre a adolescente e os pais, mudando as expectativas destes em relação a outros filhos e filhas sem história de gravidez. Gradualmente, porém, o mais comum é assistir-se, na família, a uma crescente aceitação da gestação e maternidade da adolescente (East, 1998b; East & Jacobson, 2000).

A relação com o pai da criança pode ser um factor de risco ou de protecção para a adaptação à maternidade adolescente. Embora sensivelmente metade dos casais em que pelo menos a mãe é adolescente continuem juntos nos primeiros meses após o nascimento do bebé, esse número vai decrescendo ao longo do tempo (Cox & Bithoney, 1995; Rhein et al., 1997). Diversos estudos avaliaram a percepção e a satisfação experienciadas pela adolescente em relação ao envolvimento parental, indicando os resultados que estas são mais positivas quando o casal continua romanticamente envolvido e quando o pai do bebé proporciona apoio emocional e económico (Futris & Schoppe-Sullivan, 2007; Herzog, Umana-Taylor, Madden-Derdich, & Leonard, 2007).

Quando a relação romântica com o pai do bebé continua, muitas vezes com enquadramento conjugal e de coabitação, parece então haver maior envolvimento paternal com a criança e com as tarefas relativas à prestação de cuidados, o que pode proporcionar maior suporte emocional e instrumental à mãe adolescente (Gee, McNerney, Reiter, & Leaman, 2007; Krishnakumar & Black, 2003). Mesmo quando a relação romântica termina, a qualidade do relacionamento entre a mãe adolescente e o pai do bebé parece ser igualmente preditora do envolvimento deste no papel paternal e no apoio proporcionado (Gavin et al., 2002; Gee et al., 2007). Vários estudos, porém, apontam para a diminuição, ao longo do tempo, do envolvimento dos pais de filhos de mães adolescentes com ambos (para uma revisão, cf. Beers & Hollo, 2009). Embora o menor envolvimento pareça reflectir as mudanças que podem ocorrer na relação da adolescente com o companheiro/pai do bebé, as complexidades da interacção entre mães adolescentes, o(s) seu(s) filho(s) e o(s) pais(s) deste(s) carecem de mais investigação para que possam considerar-se esclarecidas.

Tornar-se mãe vai ainda implicar, para a adolescente, mudanças significativas nas suas actividades e estilo de vida, particularmente se as relações com os pares e o grupo de amigos eram parte importante das rotinas (Beers & Hollo, 2009). O envolvimento nas tarefas parentais traduz-se,

frequentemente, em menor disponibilidade para actividades de lazer, e mesmo, como já mencionado, para actividades lectivas ou profissionais, o que pode acarretar maior insatisfação com a vida em geral por parte das adolescentes com história de gravidez (Burke & Liston, 1994).

2.3. Determinantes da adaptação de adolescentes com história de gravidez à maternidade

No âmbito do exposto nos pontos anteriores, importa procurar evidências que esclareçam os factores que distinguem as adolescentes grávidas e mães que apresentam um funcionamento psicológico saudável e uma adaptação positiva face à gravidez e à maternidade, daquelas que exibem um padrão de adaptação desfavorável. Tal compreensão pode permitir, em caso de prossecução da gravidez, a promoção de caminhos desenvolvimentais mais positivos para estas jovens e para os seus filhos.

O quadro de inconsistência quanto à adaptação das adolescentes à gravidez e à maternidade contraria, não é demais frisar, a visão fatalista e estereotipada do seu funcionamento psicossocial como invariavelmente desajustado, apoiando as mais recentes teorias e modelos quanto à diversidade desenvolvimental que pode advir de uma gestação nesta fase do ciclo de vida. O que sobressai destes estudos é um padrão marcadamente heterogéneo e diversificado no seio das grávidas e mães adolescentes. Depreende-se, assim, que não existe um quadro configurativo único ou uniforme sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial das grávidas e mães adolescentes, mas sim uma variabilidade assinalável, passível de ser analisada, na tentativa de compreender quais os factores que podem contribuir para um maior ou menor ajustamento destas adolescentes. A importância desta compreensão está nos benefícios que daí podem advir para o desenvolvimento da própria jovem, mas também do seu filho (Luster & Haddow, 2005).

Numa revisão de estudos sobre os factores passíveis de contribuir para a qualidade do ajustamento à gravidez precoce, Soares e colaboradores (2001) referem variáveis como a personalidade prévia da grávida, as suas estratégias de coping, os sentimentos e reacções face ao bebé, a percepção de apoio social, o NSE, a raça e a idade da jovem, ficando visível a influência de características não só individuais, como relacionais e sociais, bem como a necessidade de ter em conta as várias ecologias de

vida destas jovens, numa análise compreensiva dos mecanismos envolvidos no seu ajustamento socioemocional.

À semelhança da opção que fizemos no capítulo anterior para a exposição acerca dos factores antecedentes da ocorrência de gravidez na adolescência, passamos a apresentar estas variáveis em categorias – individuais, relacionais e sociais – apenas para uma maior compreensibilidade das mesmas, e salientando sempre a interacção entre diferentes domínios, da qual resulta uma adaptação melhor ou pior conseguida.

2.3.1. Factores individuais

Em termos individuais, diversas variáveis têm sido analisadas quanto ao seu impacto no maior ou menor ajustamento socioemocional das jovens grávidas e mães.

Considerando aspectos sociodemográficos de âmbito individual, a idade e a escolaridade foram analisadas por Pereira (2001), tendo sido concluído que tais variáveis não aparecem significativamente correlacionadas com os índices de ajustamento emocional das adolescentes grávidas do seu estudo. No que respeita à idade, também Eshbaugh (2006) conclui que não existem diferenças entre mães adolescentes mais novas e mais velhas no que toca a sintomas depressivos. Isto vai ao encontro do que nos dizem Figueiredo e colaboradores (2006), ao realçarem a posição de alguns autores sobre o menor impacto do factor idade comparativamente com condições desenvolvimentais adversas, em sua opinião muito mais responsáveis pelos efeitos negativos observados na adaptação e nas trajectórias das adolescentes e dos seus bebés. No entanto, no que respeita à escolaridade, Figueiredo et al. (2006) obtiveram resultados que vão no sentido de o facto da adolescente já não estar a estudar (e estar empregada) predizer a adaptação à gravidez na altura da concepção, sendo que as jovens que ainda se encontravam a estudar no terceiro trimestre de gestação se encontravam pior adaptadas.

Por outro lado, os objectivos e as aspirações de vida das jovens mães parecem estar claramente relacionados com o seu ajustamento (Camarena, Minor, Melmer, & Ferrie, 1998). Estes autores sugerem que aspirações acerca da família, da educação e do trabalho ficam mais salientes nas mães adolescentes devido ao facto de estas necessitarem de reavaliar as suas visões sobre o futuro, sendo que estas

expectativas parecem ter um papel protector nas populações de risco em geral e nas mães adolescentes em particular.

Outros autores têm demonstrado a influência de variáveis de personalidade na forma como as grávidas e mães adolescentes se adaptam a esta vivência. Soares e Jongenelen (1998) referem, ao rever estudos empíricos neste âmbito, que as adolescentes com uma auto-estima mais elevada revelam melhor ajustamento à maternidade, verificando também diferenças ao nível do stress vivenciado e das estratégias de coping utilizadas em grupos de adolescentes melhor e pior adaptadas à maternidade. Soares et al. (2001) concluem, por sua vez, que as adolescentes do grupo do seu estudo com menor ajustamento revelam um estilo de personalidade mais introvertido, manifestando maior tensão, instabilidade e apreensão, comparativamente com o grupo de jovens grávidas mais ajustadas. Isto vai ao encontro do estudo de Blinn-Pike, Stenberg e Thompson (1994), segundo o qual estilos de personalidade com tonalidade emocional negativa e elevada labilidade emocional se associam a uma adaptação negativa à gravidez por parte destas jovens.

Mas se a personalidade da adolescente parece influenciar a sua adaptação à gravidez, o mesmo não acontece quando falamos no seu ajustamento socioemocional prévio. Segundo Pereira (2001), o ajustamento socioemocional anterior não parece influenciar o ajustamento actual das jovens grávidas, uma vez que a situação da gravidez parece ter vindo alterar o equilíbrio emocional das jovens do seu estudo no sentido positivo.

Uma outra variável que aparece nos estudos como associada ao ajustamento socioemocional das jovens grávidas é a que respeita aos sentimentos e reacções face à gravidez. Menor desejo de engravidar (Pereira, 2001; Soares et al., 2001), bem como menores sentimentos maternos (Soares et al., 2001), aparecem associados a menor ajustamento das grávidas adolescentes comparativamente com adolescentes grávidas bem ajustadas, uma vez que parecem constituir-se como mecanismos facilitadores da construção da identidade materna, preditora, por excelência, do ajustamento na gravidez e na maternidade adolescente. Os resultados de Soares e colaboradores (2001) apontam, ainda, para a existência de correlações significativas entre algumas variáveis de personalidade e variáveis relativas à reacção e sentimentos face à gravidez, enfatizando a importância das características de personalidade da adolescente na sua adaptação à gravidez, quer em termos de risco, quer em termos de protecção.

A percepção que a grávida/mãe adolescente tem do seu bebé tem vindo também a ser analisada por alguns autores, aparecendo normalmente associada a um bom ajustamento. Broussard e Hartener (citado em Soares et al., 2001) salientam que uma percepção mais favorável pode constituir-se como factor positivo no ajustamento das adolescentes às tarefas da maternidade e favorecer o desenvolvimento emocional dos seus filhos. Soares e colaboradores (2001), por sua vez, verificaram a existência de uma associação positiva entre a qualidade do ajustamento das grávidas/mães adolescentes do seu estudo e a percepção materna do bebé. Estes resultados vão ao encontro dos de Oliveira (2006) e Oliveira, Araújo Pedrosa, Monteiro, Moura Ramos e Canavarro (2004), no que respeita ao facto de a transição para a maternidade ser vivenciada com níveis mais elevados de stress, menor percepção de competência e menor realização materna por mães que apresentam percepções mais negativas dos seus bebés.

2.3.2. Factores relacionais

As variáveis e processos psicológicos têm vindo a ser cada vez mais enfatizados no ajustamento das grávidas e mães adolescentes, mas não só no que respeita à dimensão individual. Tem sido atribuído um reconhecimento crescente aos factores relacionais, passados e presentes, no ajustamento socioemocional destas jovens.

As relações significativas podem ser vistas como factores de risco ou de protecção, uma vez que ora promovem sentimentos de segurança e de auto-estima, contribuindo para o bem-estar dos indivíduos, ora geram condições de vida adversas e implicam considerável sofrimento (Canavarro, 1999). Estudos realizados separadamente concluem que factores como as experiências de cuidado precoce (Pereira, 2001; Pereira et al., 2005), o apoio social (Pereira, 2001; Pereira et al., 2005; Sieger & Renk, 2007) e a qualidade dos relacionamentos (Figueiredo et al., 2006) influenciam o ajustamento socioemocional das adolescentes que passam por uma gravidez nesta fase do ciclo de vida.

O papel das memórias de infância acerca das práticas educativas parentais tem sido evidenciado em estudos onde representações caracterizadas pela negatividade ou ambivalência podem comprometer a resposta psicológica da jovem à transição para a parentalidade (Brophy-Herb & Honig, 1999). Também a sobreprotecção ou rejeição da mãe (Pereira, 2001) aparecem correlacionadas significativamente com o ajustamento da jovem grávida, num perfil diferenciado do dos seus pares. Enquanto no grupo de jovens

grávidas parece ser mais determinante a percepção de rejeição e de sobreprotecção da mãe para o seu ajustamento actual, para o grupo das jovens sem história de gravidez são o suporte emocional de ambos os pais e a rejeição da mãe que aparecem como importantes factores para o seu ajustamento. A experiência de práticas parentais disfuncionais tem surgido em vários modelos como passível de se relacionar com o desajustamento posterior, relativamente quer a perturbações psicopatológicas (Perris, 1994), quer ao estabelecimento de relações ao longo da vida (Bowlby, 1969; Canavarro, 1999), sendo que a especificidade destes aspectos no ajustamento à gravidez e à maternidade adolescente tem sido alvo de interesse e análise crescentes.

Deste interesse têm surgido alguns estudos, quer internacionais, quer no panorama nacional, que tentam esclarecer os mecanismos mediante os quais as memórias de cuidados na infância influenciam o ajustamento das grávidas/mães adolescentes. Rodrigues e colaboradores (2004) encontraram no seu estudo indicações no sentido de que as memórias de infância sobre as práticas educativas parentais interferem na qualidade do relacionamento interpessoal actual das grávidas adolescentes, relação aparentemente mediada pela qualidade da vinculação, altamente correlacionada com ambas. No entanto, este estudo não dispõe de grupo de comparação com jovens sem história de gravidez, ficando por conhecer a especificidade deste impacto nas grávidas adolescentes. Sherman e Donovan (1991), por sua vez, relatam a influência que a aceitação/rejeição materna na infância pode ter na capacidade de a grávida adolescente estabelecer uma rede de apoio social satisfatória e de perceber o apoio futuro de figuras significativas como positivo e adequado, indo ao encontro do referido por Soares e Jongenelen (1998), no que respeita ao facto de a influência do apoio social não ser linear, sendo as adolescentes não só receptoras, como também agentes activas na obtenção desse apoio. Voltaremos a este tema num momento subsequente deste capítulo.

A investigação empírica tem vindo igualmente a averiguar a importância da qualidade da relação interpessoal da adolescente com o companheiro/pai do bebé no seu ajustamento à gravidez, à maternidade e ao desenvolvimento dos seus filhos, embora, mais uma vez, as conclusões não sejam consensuais (Canavarro & Pereira, 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Milan e colaboradores (2004), por exemplo, concluem que a relação entre o apoio actual do companheiro e o ajustamento das grávidas adolescentes é significativamente maior do que para as adolescentes sem história de gravidez, realçando o diferente papel que os factores interpessoais desempenham para os dois grupos de jovens.

Uma revisão de estudos, levada a cabo por Figueiredo (2000), indica que as mães adolescentes que têm uma boa relação com o seu companheiro demonstram maior consistência emocional, maior prazer na tarefa parental e uma interacção mais adequada com o seu bebé, sendo menos rejeitantes e punitivas e tendo, em suma, um comportamento parental mais positivo.

No entanto, o carácter protector da relação com o companheiro não é independente da etnia da jovem grávida: as grávidas adolescentes latinas parecem beneficiar de um efeito protector da estabilidade da relação com os companheiros, enquanto para as jovens grávidas afro-americanas um estatuto marital de coabitação ou casamento parece associar-se a maiores níveis de sintomas depressivos (Eshbaugh, 2006). Da mesma forma, o papel protector da relação estável e de suporte com o companheiro na gravidez não parece ocorrer no período pós-parto, como nos referem Figueiredo e colaboradores (2007), ao concluírem que as circunstâncias de relacionamento com o companheiro, nomeadamente em termos de coabitação, parecem ser protectoras para a depressão durante a gravidez, mas de risco para a depressão após o nascimento.

Importa agora compreender que influências exercem as relações actuais das grávidas e mães adolescentes e, especificamente, o apoio social por elas proporcionado na sua adaptação. Em seguida, abordaremos estes dois aspectos intimamente relacionados.

Apoio social de figuras significativas e adaptação

A percepção do apoio social é uma das variáveis mais consensualmente estudadas neste âmbito, surgindo como variável mediadora importantíssima para o ajustamento socioemocional das grávidas e das mães adolescentes em particular. É teoricamente previsível, e está bem apoiado por diferentes estudos, que o apoio social aumenta as probabilidades de uma transição bem-sucedida para a parentalidade, nomeadamente na adolescência (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001).

Apesar do conhecido e importante papel do apoio social na adolescência em geral, Pereira (2001) conclui que esta variável tem diferentes funções no ajustamento das adolescentes grávidas e dos seus pares sem história de gravidez, sendo o apoio percebido mais sonante no ajustamento das primeiras e o apoio dado no ajustamento das segundas. Isto é compreensível à luz do maior isolamento que se

verifica com todas as mães no período pós-parto e à luz das mais reduzidas relações com os pares, da maior taxa de abandono escolar, do desemprego e de problemas familiares revelados pelas grávidas/mães adolescentes (Canavarro & Pereira, 2001). Como nos dizem Soares e colaboradores (2001) e Soares e Jongenelen (1998), ao reverem vários estudos neste âmbito, uma boa rede de apoio social parece ter uma acção protectora dos riscos associados à maternidade na adolescência, diminuindo a ansiedade associada à própria gravidez e ao desempenho das tarefas parentais, e promovendo níveis mais elevados de responsividade, sensibilidade e expressão de afecto da adolescente relativamente ao seu filho.

A investigação tem demonstrado que a compreensão do papel protector do apoio social envolve a consideração não só das suas fontes (pais, amigos, companheiro, serviços médicos, escolas, etc.), como das suas diferentes formas (emocional, instrumental), do modo como é percebido (adequado, excessivo), do timing do apoio fornecido (pré-natal, pós-natal) e da sua influência (directa ou indirecta) no percurso idiossincrático da grávida/mãe adolescente (Soares & Jongenelen, 1998). Assim, importa ter em conta não só a sua disponibilidade, como também a qualidade das relações que o medeiam, uma vez que elevados graus de conflito parecem contribuir para a ineficácia deste apoio (Bogat, Guzmán, Galasso, & Davidson, 1998).

No que respeita às fontes de apoio social, e de uma forma sintética perante a extensa literatura que aborda o tema, a mãe e o companheiro são as principais fontes de apoio valorizadas pela adolescente (Bogat et al., 1998; Burke & Liston, 1994). Não deve, no entanto, ser negligenciado o papel da família em geral, como nos mostram Figueiredo e colaboradores (2006), ao concluírem que, além do relacionamento com o companheiro, o apoio e as relações actuais com a família de origem deste e da própria jovem têm um papel importante no ajustamento à gravidez precoce. O mesmo referem Sieger e Renk (2007), ao realçarem o importante papel de apoio proporcionado por elementos da família alargada da jovem. O grupo de amigos é considerado parte da rede de suporte social, mas o seu papel em termos de apoio instrumental parece ser menos relevante do que o das figuras já mencionadas; porém, são também vistos pelas adolescentes como fonte importante de suporte emocional (Burke & Liston, 1994).

Os avós (progenitores da adolescente que engravida e se torna mãe ou, com menor frequência, pais do companheiro/pai do bebé) desempenham, pois, um papel crucial na adaptação da jovem mãe, quer durante a gravidez, quer após o parto, tanto mais que é habitual continuarem a fazer parte do

mesmo agregado familiar (Roye & Balk, 1997). O papel da mãe da adolescente surge dos dados da investigação como particularmente significativo (Oberlander, Shebl, Magder, & Black, 2009): são vários os estudos que demonstram o efeito positivo do apoio da mãe da adolescente no ajustamento da jovem e do seu filho, a curto e a longo prazo (para uma revisão da literatura sobre o tema, cf. Soares & Jongenelen, 1998).

Evidências recentes sugerem que continuar a residir com a sua própria mãe promove a adaptação da adolescente à maternidade (Oberlander et al., 2009) e que cuidar do filho na presença de uma mãe apoiante, que partilha e modela os cuidados à criança, aumenta a confiança da jovem nas suas competências maternas (Carvalho, 2007), diminui o risco de perturbação emocional e conduz a práticas educativas parentais mais eficazes (Benson, 2004; Shanok & Miller, 2007).

Notamos, porém, que este efeito do apoio social nem sempre é protector para estas jovens, existindo também estudos que salientam os custos de um apoio ineficaz (Bogat et al., 1998). Assim, quando existem graus elevados de conflito entre a adolescente com história de gravidez e a sua mãe, tal pode conduzir a maior stress percebido, diminuição da satisfação com o papel materno e maiores índices de perturbação emocional, nomeadamente sintomatologia depressiva (Bunting & McAuley, 2004a, 2004b). Por outro lado, o que optamos por designar de apoio excessivo pode ser igualmente pernicioso, na medida em que pode impedir a autonomia e a individuação da jovem enquanto mãe. Estudos como os de Brooks-Gunn e Chase-Lansdale (1991), Bunting e McAuley (2004a) e Culp, Culp, Nolan e Anderson (2006) sugerem que, quando as avós se tornam as principais cuidadoras dos filhos de mães adolescentes, estas são mais distantes e menos competentes no desempenho do seu papel materno, apresentando ainda maior probabilidade de nova gravidez num reduzido espaço de tempo. Embora o apoio da avó materna seja, no geral, benéfico para o percurso desenvolvimental futuro da adolescente e do seu filho, parece importante que esta permaneça envolvida nas tarefas parentais e nas responsabilidades implicadas pelos cuidados à criança.

Embora surja como evidente a necessidade de um equilíbrio entre a quantidade e a qualidade do apoio prestado pela família à grávida e à mãe adolescente, este pode variar de agregado para agregado, sendo desejável a continuidade dos esforços de investigação nesta área, de modo a melhor compreender o impacto destas relações na adaptação à maternidade precoce – o que permitirá também uma

abordagem mais adequada ao sistema familiar multigeracional, no contexto de uma intervenção preventiva.

2.3.3. Factores sociais

Os aspectos sociais, intrinsecamente relacionados com os outros factores, uma vez que constituem o contexto alargado em que eles se inserem, têm também um papel importante na adaptação das grávidas e mães adolescentes.

No que respeita à etnia, a investigação tem demonstrado diferenças culturais nas atitudes face à gravidez e à maternidade na adolescência, que parecem determinar diferentes interacções entre factores e, conseqüentemente, diferentes resultados (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Eshbaugh, 2006; Sieger & Renk, 2007). Na realidade portuguesa, é facilmente expectável, apesar da relativa escassez de estudos, que as diferenças culturais estejam no seio de uma maior adaptação das adolescentes ciganas à gravidez e à maternidade, uma vez que este é um fenómeno esperado e desejável na sua cultura. Não obstante as aparentes diferenças com base na etnia das jovens grávidas/mães adolescentes, estas devem ser entendidas à luz das variáveis mediadoras deste impacto, como as diferentes atitudes face ao casamento, à parentalidade, à própria gravidez na adolescência e o apoio social (Eshbaugh, 2006; Sieger & Renk, 2007).

Outra das variáveis sociodemográficas associadas ao contexto mais alargado estudada relativamente ao ajustamento das jovens grávidas é a área de residência, sendo que Pereira (2001) conclui que as grávidas de zonas rurais estão mais satisfeitas com a vida do que as grávidas de zonas urbanas. Segundo a autora, este dado pode estar relacionado com o facto de, nestas comunidades rurais, a gravidez ser mais desejada. Neste sentido vão também os resultados de Luster (1998), que indicam que as mães que vivem em áreas urbanas inseguras e mais carenciadas tendem a apresentar piores indicadores na prestação de cuidados ao filho.

Relativamente a outros factores de ordem sociodemográfica, como o baixo NSE das famílias das grávidas e mães adolescentes, referimos já alguns estudos, nomeadamente os de Jaffe e colaboradores (2001), Milan e colaboradores (2004) e Turley (2003), em que os factores socioeconómicos, quando

controlados, esbatem a significância das diferenças entre jovens adolescentes ajustadas e com um pior ajustamento, indicando que estas variáveis têm um papel importante no seu ajustamento socioemocional, apesar da ausência de consenso entre estudos.

Da mesma forma, será teoricamente expectável que ambientes comunitários socioeconomicamente mais desfavorecidos ofereçam um apoio menos estruturado e eficaz, bem como uma rede de apoio menos estável, nomeadamente em termos institucionais e humanos. Estudos têm mostrado que programas de apoio social promovidos pela comunidade podem influenciar o ajustamento das jovens mães, como nos referem Sieger e Renk (2007), ao apontar como limitação do seu estudo – que revela níveis não clínicos de problemas internalizantes e externalizantes nas jovens grávidas e mães – precisamente o facto de as adolescentes da sua amostra estarem todas a ser acompanhadas por programas escolares ou comunitários.

Burke e Liston (1994) referem que, apesar de as adolescentes com história de gravidez recorrerem mais prontamente à família, consideram o apoio prestado pela comunidade e instituições sociais (nomeadamente serviços de saúde) muito importante para o seu ajustamento. Também Camarena e colaboradores (1998) referem que, além do suporte informal (família, amigos, pai da criança) se relacionar com um maior ajustamento para a mãe e para a criança, o suporte formal – sob a forma de serviços profissionais e programas – tem também demonstrado efeitos a curto e a longo prazo no bem-estar parental e da criança. Também a participação em actividades religiosas e a inserção numa comunidade unida que partilhe esses valores pode proporcionar apoio social e servir como factor de protecção, favorecendo a adaptação (Carothers, Borkowski, Burke, & Whitman, 2005).

Ainda a propósito do suporte institucional, Daguerre e Nativel (2006) apresentam um estudo comparativo das taxas de gravidez e maternidade adolescente e das respostas políticas e sociais de vários países ocidentais perante estes fenómenos, concluindo que estas são, em interacção com outros factores, determinantes para a adaptação, inserção e consequências futuras experimentadas por estas jovens e os seus filhos, e para a visão dos mesmos fenómenos enquanto problema social. Quer as medidas de protecção social, quer as atitudes sociais e crenças vigentes, determinantes para as políticas aplicadas e para os valores defendidos e propagados por um determinado governo, influenciam as taxas de ocorrência de gravidez e nascimentos verificados em mães adolescentes; porém, apesar de nos vários países as mais altas taxas de gravidez adolescente ocorrerem geralmente nas regiões mais carenciadas,

não são apenas os incentivos económicos dos sistemas de segurança social que as explicam – verifica-se que todo um conjunto de factores (políticas educativas e incentivos para a escolarização, valores sociais, discurso social e político sobre a sexualidade, e a sua tradução nos programas de planeamento familiar e educação sexual, vigência dos papéis de género e modelos familiares do desempenho desses mesmos papéis, entre outros) concorrem para as justificar. As autoras concluem notando que grande parte das medidas tomadas pelos vários sistemas de segurança social se dirige à modificação do comportamento individual, o que se revela uma abordagem limitativa no contexto da prevenção dos riscos associados à gravidez e maternidade adolescente; acentuam a importância de mais atenção ser dedicada aos contextos sócio-espaciais e culturais nos quais decorre o desenvolvimento, bem como ao enquadramento das várias transições do ciclo de vida, em termos do que, num ambiente específico, é considerado normativo e desejável (Daguerre & Nativel, 2006; Nativel & Daguerre, 2006).

3. Comportamento materno, práticas educativas e desenvolvimento do bebé

A transição para a parentalidade pode constituir-se como um momento de elevado stress para todos os pais, independentemente da sua idade ou origem (Coley & Chase-Lansdale, 1998). No entanto, para as mães adolescentes verifica-se a coexistência de diversas condições desenvolvimentais e de vida que podem aumentar o carácter stressor deste período e influenciar o seu comportamento parental e o desenvolvimento dos seus filhos.

No que respeita às consequências da maternidade na adolescência para o desenvolvimento dos bebés, é extensa a literatura que aponta défices nas competências e capacidades destas crianças ao longo do tempo. Os riscos a que estão sujeitas são tradicionalmente relativos a aspectos de saúde, de desenvolvimento cognitivo, intelectual e socioemocional (Canavarro & Pereira, 2001). A este respeito, Figueiredo (2000) refere que um menor desenvolvimento cognitivo pode ser resultante do facto de a criança ser alvo de um meio familiar menos estimulante, e que um desenvolvimento social e emocional menos adequado se pode traduzir, por exemplo, em dificuldades comportamentais.

Os resultados dos trabalhos empíricos sobre o desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes, alguns deles mencionados no ponto 1.2. deste capítulo, não são uniformes, fazendo emergir a grande heterogeneidade e variabilidade existente e negando a inevitabilidade de um resultado desenvolvimental negativo para estas crianças. Assim, uma das necessidades da investigação no panorama actual é estudar as condições que podem levar à ocorrência desses resultados negativos, e não apenas a sua presença ou ausência (Canavarro & Pereira, 2001). A este respeito, Hann, Osofsky e Lump (1996) concluem que as dificuldades pré-escolares das crianças filhas de mães adolescentes do seu estudo eram explicadas por dois domínios de risco: características relativas à qualidade da interacção mãe-bebé (nomeadamente pouco afecto positivo, pouca reciprocidade verbal e pouca harmonia na interacção da mãe com o bebé) e características sociais e demográficas relativas ao contexto de vida das mães.

Sabemos que a qualidade dos cuidados maternos prestados a uma criança nos seus primeiros anos de vida e a relação estabelecida com a mãe são vitais para o seu desenvolvimento e saúde mental posteriores, sendo que carências nestas áreas podem afectar negativamente o crescimento (Figueiredo, 2000). Deste cenário decorrem a preocupação e investigação em torno dos factores que podem contribuir para um melhor ou pior desempenho das tarefas da maternidade por parte das adolescentes que engravidam, e para um melhor ou menor desenvolvimento dos seus filhos.

Diversos autores têm-se debruçado sobre a comparação das competências parentais das mães adolescentes com as das mães adultas, mas as razões para uma competência e realização parental de qualidade inferior nas adolescentes não são claras (Carlos et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998). Como nos mostram Carlos e colaboradores, Figueiredo (2000) e Soares e Jongenelen, os dados empíricos de diversos estudos referem as mães adolescentes como tendo comportamentos parentais menos adequados, menor sensibilidade, menor responsividade e estimulação verbal, menores expectativas desenvolvimentais e maior repressividade para com os seus filhos, bem como maior risco de determinarem situações de abuso e negligência à criança, quando comparadas com mães adultas. Carlos e colaboradores referem que as características associadas à própria gravidez na adolescência – como famílias numerosas com problemas socioeconómicos, monoparentais, com maior disfuncionalidade e rigidez – podem interferir nas capacidades parentais das mães adolescentes. Estes autores referem que o stress emocional a que estas jovens mães estão sujeitas diminui a sua tolerância às exigências do bebé e que a menor instrução que possuem as torna menos aptas a interpretar as mensagens que lhes são

enviadas pelos filhos e a vocalizar os seus sentimentos para com eles considerando, assim, “a gravidez na adolescência como um dos principais factores de risco para a parentalidade de risco” (Carlos et al., 2007, p. 184).

Com efeito, o panorama geral da literatura sobre a qualidade do comportamento parental das mães adolescentes corrobora a ideia do grupo de mães adolescentes como grupo de elevado risco para comportamentos parentais desadequados e disfuncionais (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Soares et al., 2001), mas os resultados obtidos na investigação nem sempre são consistentes, existindo estudos onde não foram encontradas diferenças significativas entre as capacidades parentais das mães adolescentes e das mães adultas, como nos referem Figueiredo (2000) e Soares e Jongenelen (1998). Refira-se também que um número significativo de estudos neste domínio não considera o impacto de factores prévios (como a saúde mental e o funcionamento cognitivo, social e familiar da mãe adolescente), que podem ser preditores mais relevantes da competência parental revelada (Frodi, Grolnick, Bridges, & Berko, 1990; Luster & Haddow, 2005). No mesmo sentido, vários factores mostram ser preditores de práticas parentais tidas como positivas, como sejam a qualidade da interacção com a progenitora e o companheiro, auto-estima, maturidade cognitiva e habilitações escolares mais elevadas (Crockenberg, 1981, 1987; East, Mathews, & Felice, 1994; Luster, 1998).

Da larga gama de investigações com resultados discordantes (para uma revisão, cf. Soares & Jongenelen, 1998), emerge a conclusão de que o grupo de mães adolescentes é muito heterogéneo em relação ao comportamento materno exibido, o que torna importante o estudo das variáveis que contribuem para um comportamento materno mais ou menos adaptativo (Canavarro & Pereira, 2001; Carlos et al., 2007).

Alguns estudos têm revelado a existência de uma pluralidade de factores mediadores da relação entre a mãe adolescente e o seu filho, quer de âmbito individual, quer no que respeita a algumas características do meio envolvente. Em termos individuais, têm sido referidas variáveis como a idade, anos de escolaridade, maturidade cognitiva, experiência anterior a cuidar de crianças e responsabilidade no desempenho do papel de mãe. Soares e Jongenelen (1998) referem a existência de estudos onde também a representação da vinculação apresentada pelas adolescentes no período pré-natal parece influenciar a sua sensibilidade durante os primeiros três meses de vida do bebé. Assim, adolescentes com

representações de vinculação seguras no período pré-natal revelam níveis mais elevados de sensibilidade materna após o nascimento, verificando-se uma maior responsividade e sensibilidade destas para com os seus filhos, quando têm um maior conhecimento acerca do desenvolvimento destes e da sua própria influência neste desenvolvimento. Em termos ambientais, factores como o envolvimento do pai do bebé, o papel da avó, o apoio social e o NSE de pertença surgem como possíveis mediadores da maior ou menor adequação dos cuidados parentais desempenhados pela jovem.

Da mesma forma, têm surgido novas perspectivas de conceptualização da parentalidade e da relação entre a mãe e o bebé, que privilegiam não apenas os processos de influência mútua entre a figura parental e a criança, mas também as transacções entre pais, filhos e os seus ambientes (Belsky, 1984; Bronfenbrenner, 1979).

É no seio destas novas abordagens que surge o modelo da maternidade adolescente, desenvolvido por Schellenbach, Whitman e Barkowski (1992), a partir da perspectiva sobre os determinantes do comportamento parental proposta por Belsky, em 1984, e com vista a promover uma visão integrada do comportamento parental das mães adolescentes e da diversidade existente no seu ajustamento a este papel (Figura 6).

Este modelo integra as interacções significativas encontradas entre algumas das variáveis que têm vindo a ser examinadas, encarando a qualidade da maternidade adolescente como produto de múltiplas forças que operam de modo particular entre a adolescente, o seu filho e o seu ambiente social (Luster & Bates, 2002; Soares & Jongenelen, 1998). Assim, a qualidade do comportamento parental destas adolescentes depende, segundo este modelo, de três vectores principais: os recursos psicológicos da mãe (ajustamento socioemocional, preparação cognitiva para a maternidade, capacidade de aprendizagem e saúde), as características da criança (temperamento e competências sociais à nascença) e o apoio social recebido, podendo as vulnerabilidades numa área ser atenuadas pelos recursos existentes noutras áreas, aspecto a ter em conta no planeamento de intervenções junto destas jovens. A história desenvolvimental da mãe (por exemplo, as práticas educativas e os estilos parentais que ela própria experienciou ao longo do seu crescimento) é igualmente vista como um factor relevante, na medida em que tem potencial para influenciar a sua personalidade, bem como as suas crenças e atitudes relativamente à prestação de cuidados e à educação da criança.

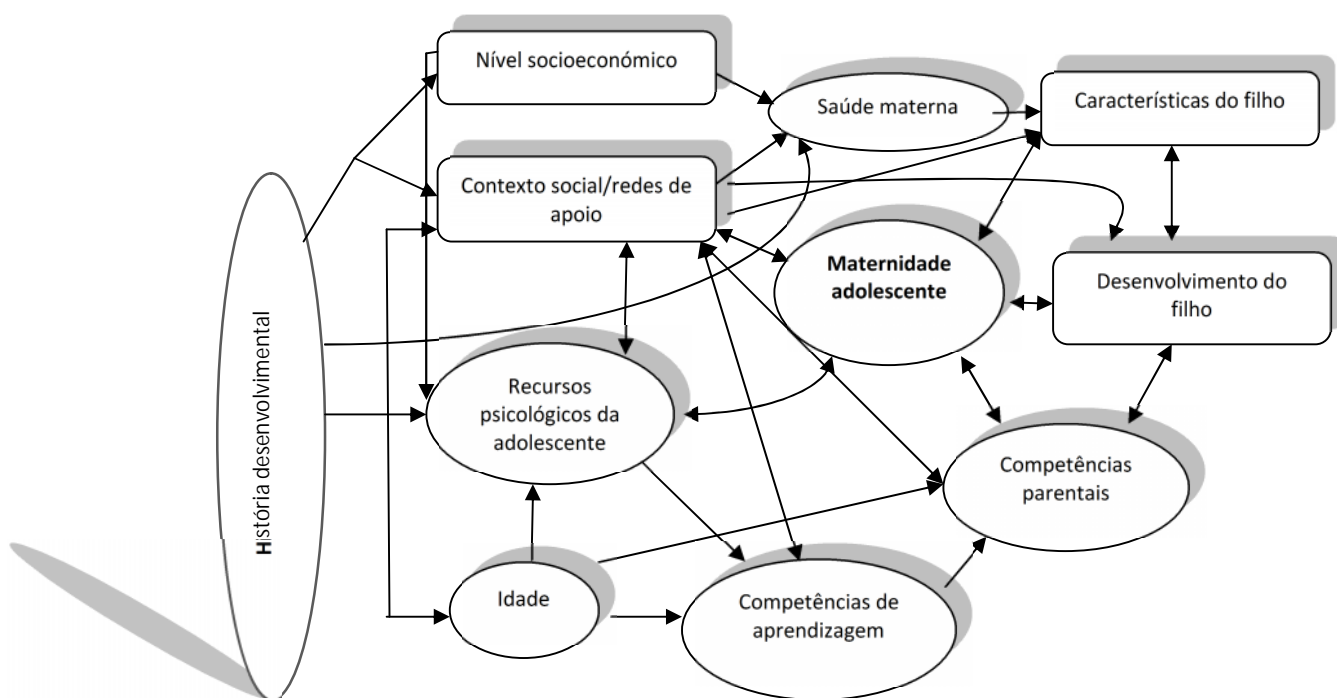


Figura 6 – Modelo de maternidade adolescente de Schellenbach et al. (1992)

Os níveis de análise considerados por este modelo referem-se, sobretudo, a influências de natureza proximal (Belsky, 1999) da relação entre pais e filhos¹⁸. Neste enquadramento, importa mencionar o temperamento do bebé, definido como um conjunto de características comportamentais individuais presentes à nascença (Vaughn & Bost, 1999), enquanto uma das variáveis mais estudadas. Alguns estudos indicam que bebés mais irritáveis e difíceis de consolar podem elicitar, por parte das mães adolescentes, menos comportamentos de interação e expressão de afecto do que outros bebés de temperamento mais fácil (Crockenberg, 1981; Luster, 1998). A este propósito, Levy-Shiff (1994) explora a

¹⁸ A este propósito, importa referir que o influente trabalho de Belsky (1984) acerca dos determinantes do comportamento parental partiu do modelo desenvolvido por Bronfenbrenner a partir de 1979, como o próprio autor reconhece. Assim, os níveis de análise salientados por Belsky referem-se, sobretudo, aos factores proximais que ocorrem no contexto individual e familiar, mas, em nosso entender, estes devem ser integrados nos níveis e contextos mais vastos preconizados pelo modelo bioecológico, que surge como uma abordagem mais apta a captar a miríade de influências que se exercem sobre o desenvolvimento.

possibilidade de comportamentos difíceis da criança determinarem a adaptação à parentalidade através das acções mediadoras das relações de suporte prévias e das características do progenitor, salientando a importância da interacção das variáveis pertencentes a diferentes sistemas. Porém, outros trabalhos não encontram quaisquer associações entre estas variáveis (Hess, Papas, & Black, 2002). As inconsistências nos resultados verificam-se também com amostras de mães adultas, o que leva Crockenberg (1986) a corroborar a importância de uma abordagem ecológica, na medida em que toma em consideração que o efeito que o temperamento do bebé exerceria no comportamento parental estaria dependente das características da mãe e de outros factores contextuais, como o apoio social disponível e o efeito cumulativo de vários indutores de stress.

Neste sentido vão outros contributos que indicam que, apesar de tradicionalmente o temperamento tender a ser definido como um traço mais ou menos fixo, existe evidência empírica sobre a possibilidade da sua alteração (Rothbard & Bates, 1997) e acerca do papel exercido pelas características familiares, incluindo a qualidade dos cuidados parentais prestados, nessa modificação (para uma revisão, cf. Belsky, Fish, & Isabella, 1991). Face à possibilidade da actuação de diversas variáveis moderadoras e mediadoras e às dúvidas sobre a estabilidade do temperamento, Canavarro e Araújo Pedrosa (2005) apontam a dificuldade em defender uma influência directa do temperamento na qualidade da relação e, de forma ainda mais evidente, na adaptação à maternidade/parentalidade.

Em suma, não é evidente se as diferenças observadas nos comportamentos parentais das adolescentes em relação aos de mães adultas são atribuíveis à idade em que se tornam mães ou se devem antes ser considerados outros factores interactuantes de comorbilidade. Não obstante, a literatura científica sugere que as mães adolescentes tendem a interagir menos, a ser mais críticas nos seus estilos educativos e a ter mais dificuldades na resolução de problemas e implementação de limites, e a manifestar expectativas mais irrealistas acerca do desenvolvimento do seu filho. Porém, a variabilidade individual é grande e as distinções parecem ser menos marcadas do que as perspectivas tradicionais anunciavam (Cole & Chase-Lansdale, 1998; Karraker & Evans, 1996; Meyers & Battistoni, 2003). Essa variabilidade deve ser considerada e incluída em qualquer programa preventivo/interventivo implementado junto desta população.

Em síntese...

As mais recentes abordagens e modelos, bem como a tendência actual da investigação, abrem caminho à consideração não só de factores de risco para um desenvolvimento comprometido da adolescente, uma parentalidade disfuncional e respectivas consequências para os bebés, como também de factores protectores potenciadores de resiliência no desenvolvimento da mãe e do bebé.

Como temos referido ao longo desta abordagem, existem múltiplas situações de sucesso, em que as jovens mães se conseguem adequar aos novos papéis, revelando níveis de ajustamento socioemocional adaptativos, para os quais são factores protectores aspectos de ordem individual, relacional e social, que fomos revendo no decorrer do capítulo.

No que concerne às tarefas desenvolvimentais da maternidade, verifica-se o mesmo cenário: algumas mães adolescentes conseguem atingir um nível favorável de adaptação, principalmente as que beneficiam de apoio social adequado, uma vez que este reduz a ansiedade associada às tarefas da maternidade. Carvalho (2007), Figueiredo (2000), Figueiredo e colaboradores (2006) e Jongenelen (2003) referem estudos que mostram que mães adolescentes com características individuais como vinculação segura, recursos psicológicos e conhecimentos e expectativas realistas acerca da maternidade e do bebé conseguem lidar positivamente com a maternidade nesta fase do ciclo de vida, constituindo-se como resilientes, isto é, com níveis de adaptação e funcionalidade adequados, apesar das circunstâncias de risco em que se encontram.

As concepções deterministas sobre a fatalidade da maternidade na adolescência para o desenvolvimento das crianças foram definitivamente postas em causa quando os estudos começaram a demonstrar que a maior parte ou, pelo menos, algumas crianças de mães adolescentes não desenvolviam mais problemas do que as crianças de mães adultas. Figueiredo (2000) e Sieger e Renk (2007), ao reverem estudos empíricos neste âmbito, referem algumas variáveis encontradas como protectoras em crianças e adolescentes filhas de mães adolescentes que apresentam resultados desenvolvimentais ajustados. Entre elas estão, segundo estes autores, o apoio familiar à jovem mãe durante os primeiros anos de parentalidade, o facto de a adolescente continuar a estudar, a presença de um número reduzido de filhos, o casamento - antes ou depois do nascimento do bebé -, a frequência de programas de prevenção por parte das crianças em idade escolar, o apoio social por parte da família alargada, a estruturação do

ambiente parental, a crença no valor das práticas educativas e um maior intervalo de tempo entre o nascimento do primeiro e o do segundo filho.

O apoio social é talvez a variável mais estudada no plano da gravidez e da maternidade na adolescência, tendo vindo a mostrar-se como um importante factor protector passível de minorar os efeitos negativos da maternidade adolescente, no que respeita quer ao desenvolvimento da mãe, quer ao desenvolvimento do bebé. Como referem Soares e Jongenelen (1998), reportando-se a diversos autores, o apoio social parece não só facilitar a adaptação à gravidez, como diminuir a ansiedade associada às tarefas parentais e associar-se a uma maior responsividade, sensibilidade e expressão de afecto da adolescente ao seu filho. Salvaguardamos, apenas, que o carácter protector do apoio social depende da forma como é proporcionado e percebido, podendo constituir-se também como aspecto que dificulta a autonomia da jovem, do seu saudável desenvolvimento e do seu filho (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000). Desta forma, devem ser tidas em conta as fontes de apoio consoante a idade da jovem, as suas condições de vida e as suas necessidades (Soares & Jongenelen, 1998).

Devido ao incremento da atenção pública e política internacional sobre a gravidez e a maternidade na adolescência e aos desenvolvimentos que a investigação tem sofrido nos últimos anos, têm sido levados a cabo diversos esforços para a promoção de programas de intervenção neste âmbito. A sua descrição e análise ultrapassam os objectivos deste trabalho, que concretizamos no capítulo seguinte; porém, a tendência actual da investigação sobre o tema tem demonstrado não só a importância de intervenções a nível da prevenção primária – que visam diminuir os factores e processos que podem criar vulnerabilidades para a gravidez precoce e amplificar os processos protectores que tornam as jovens mais resilientes às situações de risco em que crescem – mas também a necessidade de intervir em caso de prossecução da gravidez, de forma a promover trajectórias de vida mais adaptativas para estas jovens e para os seus filhos e para, assim, interromper os ciclos de pobreza e risco em que se encontram estas famílias. Este segundo tipo de intervenção pode tomar a forma de prevenção secundária ou terciária, ou seja, trata-se de intervir junto da jovem grávida/mãe, das famílias e da própria comunidade, visando prevenir os problemas associados à gravidez adolescente e minimizar o seu impacto negativo na vida da jovem e do seu filho (Pereira, 2001; Pereira et al., 2005).

Por outro lado, segundo Lourenço (1996), tratando-se de um fenómeno complexo, a variedade de processos desenvolvimentais que pode conduzir a uma gravidez na adolescência, e consequentemente à

maternidade, faz com que a prevenção global se deva basear nos contextos de risco e não apenas na jovem que engravida - uma intervenção preventiva deve, pois, seguir uma perspectiva ecológica e sistémica, agindo nos diferentes contextos de vulnerabilidade para o risco que se pretende atenuar.

Reconhecendo que não existem medidas simples para um problema tão complexo e que envolve tantos factores, e sendo as abordagens mais complexas e abrangentes as susceptíveis de produzir maior impacto, esperamos com este trabalho, sobretudo com o contributo empírico que passamos a expor, concorrer para uma melhor caracterização dos contextos de vida e dos processos de adaptação das adolescentes que engravidam no microcosmos específico da Região Autónoma dos Açores, assim contribuindo, ainda que limitadamente, para as bases de um esforço preventivo cientificamente assente, sistemático e eficiente.



ESTUDO EMPÍRICO

4 |

Conceptualização, objectivos e
metodologia do estudo

4 | Conceptualização, objectivos e metodologia do estudo

Este capítulo expõe, num primeiro momento, a conceptualização e os objectivos subjacentes à presente investigação. Segue-se a descrição da metodologia seguida, dos grupos que compõem a amostra do estudo, dos procedimentos gerais de recolha e codificação dos dados e dos instrumentos de avaliação utilizados. Por fim, far-se-ão algumas considerações breves acerca das opções no tratamento estatístico dos dados.

1. Fundamentação e objectivos do estudo

O primeiro antecedente deste estudo decorre do projecto de investigação Transição para a parentalidade: Determinantes psicológicas, médicas e sociais - Um estudo longitudinal sobre a adaptação parental ao nascimento de uma criança, integrado na linha de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (IPCDVS, Unidade de I&D: FEDER/POCTI_SFA-160-192). Esse projecto procurou contribuir para uma caracterização geral e uma melhor compreensão dos processos de adaptação à gravidez e à transição para a parentalidade em situações normativas, focando não só os factores que poderão constituir risco ou vulnerabilidade para dificuldades de desenvolvimento individual e relacional,

mas também aqueles que podem promover a resiliência e o ajustamento. O projecto incidiu, numa primeira fase, sobre uma população sem risco médico ou social associado, adoptando, de modo coerente com o macroparadigma da Psicopatologia do Desenvolvimento, uma perspectiva segundo a qual o conhecimento das trajectórias normativas é de importância crucial para esclarecer as situações de perturbação e desenvolvimento atípico (Cicchetti, 1990, 2006; Cicchetti & Cohen, 1995; Sroufe, 1989, 1990). É seguindo a mesma orientação paradigmática que a equipa de investigação tem conduzido estudos em populações com patologias ou risco social associados, como é o caso de mulheres infectadas pelo VIH, pais de bebés nascidos pré-termo ou, mais recentemente, grávidas e mães adolescentes.

De modo mais próximo, o presente estudo emerge do projecto Gravidez e Maternidade Adolescente na Região Autónoma dos Açores, cuja concepção e coordenação foi solicitada em 2007 à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, na sequência da Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores nº 21/2007/A, de 21 de Novembro, pela então Secretaria Regional dos Assuntos Sociais do IX Governo Regional dos Açores (desde Outubro de 2008, o estudo ficou sob a alçada da Secretaria Regional da Saúde do X Governo Regional), e que foi concretizado com a colaboração de membros da equipa da referida linha de investigação. Este projecto tinha como finalidade propor medidas preventivas e interventivas dirigidas à prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência e à promoção da adaptação e minimização de riscos desenvolvimentais das jovens mães e dos seus filhos e famílias, adequadas à realidade do Arquipélago. Para tal, tornou-se previamente necessária uma caracterização extensa e compreensiva da população-alvo e dos seus contextos de vida.

Procuramos pois, com este estudo, desenvolver alguns dos objectivos do projecto mencionado, em termos não só da caracterização sociodemográfica da população-alvo, mas também do estudo de variáveis individuais, familiares e sociais que se assumem como de particular relevância para a compreensão, e consequente intervenção preventiva, dos e nos processos de ocorrência de gravidez e adaptação na transição para a maternidade em idades actualmente consideradas precoces.

Como vimos ao longo dos capítulos anteriores, a gravidez e maternidade na adolescência suscitam inúmeras questões e preocupações nas sociedades ocidentais industrializadas, sendo consideradas um grave problema social que se encontra maioritariamente associado a baixa escolaridade, emprego precário e pobreza. Embora actualmente saibamos que algumas destas jovens conseguem encontrar recursos que lhes possibilitam adaptar-se e cuidar dos seus filhos de forma competente, não comprometendo significativamente o seu próprio desenvolvimento e o da criança, a

ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio desenvolvimental muito exigente, o que pode constituir um risco quer para o bem-estar da jovem, quer para o do seu filho. A necessidade de lidar concomitantemente não só com os desafios das tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, mas também com as mudanças associadas à gravidez e às tarefas da maternidade, implica grandes reorganizações internas e nas relações com os outros, sendo que todas estas mudanças surgem num período no qual os recursos pessoais das jovens para lidar com o stress estão ainda em desenvolvimento (Canavarro & Pereira, 2001; Passino et al., 1993; Soares, 2000).

O reconhecimento dessas exigências e riscos acrescidos, que muitas vezes se reflectem em trajetórias desenvolvimentais transgeracionais desfavoráveis, tem conduzido à proliferação de produção científica versando esta temática e os seus processos subjacentes; também as iniciativas políticas, legislativas, e de intervenção em termos de educação, informação e saúde pública têm sido alvo de atenção e investimento em muitos países ocidentais. Porém, várias questões continuam a constituir desafios para a investigação e para a prática.

No final do Capítulo 1, tivemos a oportunidade de reflectir sobre aspectos epidemiológicos que constataam a existência de uma incidência elevada de gravidez na adolescência no nosso país. Segundo dados do INE (2009a), em Portugal, no ano de 2008, cerca de 4.2% dos nascimentos ocorreram em mães adolescentes (em 2008, a taxa fora de 5.04%). Recordamos que, no nosso país, a Região Autónoma dos Açores é aquela onde a gravidez durante a adolescência tem tido particular incidência: de acordo com os dados do INE (2009a) disponíveis, em 2008 cerca de 8.9% dos nascimentos corresponderam a gravidezes que ocorreram na adolescência. Este é um fenómeno que motiva preocupações sociais e políticas, tornando urgente a intervenção dirigida à prevenção da ocorrência de gravidez, mas também à minimização dos riscos desenvolvimentais que estas jovens e os seus filhos enfrentam.

Para intervir, porém, e como afirmámos, importa caracterizar e compreender aprofundadamente esta realidade, produzindo conhecimento científico que possa servir de base a estratégias e medidas de intervenção proficuas e adequadas. Assim, surge um desafio que procurámos explorar, e que se traduz na seguinte questão: quem são as jovens açorianas que engravidam e/ou apresentam maior risco de engravidar, e como se caracterizam os seus contextos de vida (individual, relacional, escolar ou profissional)?

As investigações têm procurado identificar os factores que podem contribuir para que uma jovem, em processo de formação e desenvolvimento, engravide e se decida pela maternidade. De acordo com as teorias e modelos pluralistas e multifactoriais do desenvolvimento mais actuais, neste momento, a gravidez adolescente é perspectivada como um fenómeno multideterminado, com diversos resultados desenvolvimentais.

Apresentámos, no Capítulo 2, a conceptualização da gravidez na adolescência como uma cadeia de acontecimentos e decisões, existindo em cada um dos momentos de decisão diferentes factores que contribuem para uma determinada opção. De acordo com esta perspectiva, a tarefa da investigação consiste em estudar, em cada fase, a razão de determinadas jovens optarem por um caminho, e não outro.

A investigação sobre a gravidez na adolescência, ao apresentar conclusões inconsistentes sobre a etiologia do fenómeno e também sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial das jovens, faz emergir perfis contrastantes (Chase-Lansdale & Brooks-Gunn, 1994; Furstenberg, 1976; Hayes & Cryer, 1988; Jongenelen, 1998; Phipps-Yonas, 1980; Soares, 2000). Parece, assim, não existir um padrão único e uniforme sobre estes aspectos mas, pelo contrário, ocorrer uma certa diversidade de etiologias e padrões de desenvolvimento que reflecte, em última análise, o percurso desenvolvimental idiossincrático das grávidas adolescentes, o qual resulta dos seus múltiplos níveis de transacção com os seus nichos ecológicos, nomeadamente dos sistemas familiares em que se encontram integradas e das múltiplas transacções que as jovens e os seus filhos estabelecem com o meio envolvente (Chase-Lansdale, Brooks-Gunn, & Paikoff, 1991).

Neste sentido, uma perspectiva actual, que radica na Psicopatologia do Desenvolvimento, destaca a assinalável variabilidade em termos dos padrões de funcionamento psicossocial e da adaptação à gravidez e à maternidade.

De forma geral, como tivemos oportunidade de rever nos capítulos anteriores, os modelos transaccionais e ecológicos reconhecem a influência de um conjunto de sistemas intrafamiliares e ambientais no comportamento humano. Concebem ainda que a influência dos diferentes sistemas e subsistemas não se exerce de forma autónoma, mas através da integração dos seus efeitos de interacção. Assim, o estudo da adaptação e do comportamento materno, ou parental, implica considerar diferentes contextos ou níveis de análise (Belsky, 1999; Bronfenbrenner, 1986), incluindo as

características dos pais, as da criança, o contexto e as dinâmicas familiares, o contexto social mais imediato onde a família está inserida (como o trabalho, a família alargada, o grupo de amigos) e também o contexto sociocultural mais lato (características sociais, económicas, culturais e legais da sociedade envolvente). Daqui se depreende que a diversidade de perfis de adaptação deve ser compreendida à luz das diferentes ecologias de vida destas jovens, mais especificamente, a partir das suas trajectórias de desenvolvimento e contextos envolventes (familiares, escolares, socioeconómicos, culturais...). Só conhecendo a diversidade de percursos que conduzem à gravidez e a variedade de formas de lidar com a gravidez e com a maternidade, será possível conceber linhas de acção para a prevenção e intervenção mais eficazes. Essas linhas de acção devem destinar-se a atenuar os factores de risco associados a estes fenómenos não-normativos e a potenciar os factores de protecção que os podem evitar ou, caso aqueles ocorram, contribuir para diminuir as consequências negativas que podem comportar.

Deste modo, o presente estudo pretende contribuir para uma melhor caracterização dos processos de ocorrência e de adaptação à gravidez e maternidade na adolescência, no âmbito particular da Região Autónoma dos Açores. A conceptualização da investigação deriva das questões levantadas pela revisão da literatura científica sobre o tema, norteando-se pela perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento, a partir da qual se delimitaram os seus contornos conceptuais e metodológicos. Procurou-se abordar os contextos individual/psicológico, social e relacional, educacional e socioeconómico, visando identificar factores de vulnerabilidade e protecção associados quer à ocorrência de gravidez, quer às diferentes trajectórias de (in)adaptação destas jovens. O conceito de adaptação na gravidez e na transição para a maternidade não é de fácil circunscrição, o que traz dificuldades acrescidas à sua operacionalização. Como vimos nos capítulos anteriores, a literatura científica remete para dimensões tão diversas como satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar ou recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas elas intrinsecamente ligadas. A adaptação “acaba por traduzir a capacidade para superar tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal” (Canavarro, 2001, p. 45). Daqui decorre a impossibilidade de avaliar e medir globalmente processos tão complexos; assim, necessitamos de recorrer a indicadores que sinalizem significativamente o grau de adaptação conseguido pelas jovens grávidas e mães, na gestação e depois do parto.

Os indicadores seleccionados, que procuram abranger diferentes facetas da adaptação, são o bem-estar emocional (tendo sido avaliada a prevalência de sintomatologia depressiva), o ajustamento relacional (qualidade das relações com os membros da rede social), a qualidade de vida percebida pelas jovens, dimensões relativas à vivência da gravidez (no grupo de grávidas) e ao investimento materno na criança (no grupo de mães).

As linhas que orientaram esta investigação empírica, desde a sua concepção até à interpretação de resultados, decorrem das considerações de natureza teórica expostas na primeira parte do trabalho, particularmente acerca da conceptualização da gravidez e maternidade na adolescência como um período exigente em termos desenvolvimentais. Concretizando, temos como objectivos gerais e específicos do estudo empírico os seguintes:

1. Caracterizar uma amostra de jovens com história de gravidez, representativa desta população na Região Autónoma dos Açores, comparando-a com um grupo de controlo (jovens sem história de gravidez da mesma região)
 - a. Caracterizar e comparar os dois grupos do ponto de vista demográfico (grupo etário, proveniência rural ou urbana, estado civil, religião, escolaridade e situação profissional, projectos de vida, expectativas e satisfação pessoal);
 - b. Caracterizar e comparar os dois grupos em termos dos contextos relacionais (história e agregado familiar, relações afectivas/relação conjugal);
 - c. Caracterizar e comparar os grupos de jovens com e sem história de gravidez relativamente ao estilo de vida – comportamentos saudáveis e hábitos de consumo de substâncias;
 - d. Caracterizar e comparar os grupos em termos de história médica e reprodutiva, conhecimento e utilização de métodos contraceptivos e conhecimento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
 - e. Caracterizar e comparar os grupos relativamente à percepção do impacto que a ocorrência de gravidez na adolescência e a transição para a maternidade na mesma fase do ciclo de vida podem exercer em diferentes dimensões de vida da jovem;

f. Caracterizar e comparar os dois grupos em termos de outras variáveis do contexto individual (características psicológicas – vulnerabilidade ao stress, competências cognitivas, acontecimentos de vida).

2. Caracterizar o grupo de adolescentes com história de gravidez relativamente a contextos associados à gestação

- a. Conhecer as expectativas prévias das jovens relativamente à ocorrência da gestação, bem como o processo de ponderação relativamente ao prosseguir da mesma;
- b. Conhecer a reacção emocional da grávida e das figuras significativas da sua rede social perante a ocorrência de gravidez;
- c. Explorar as atitudes da adolescente e das figuras significativas da sua rede social face à gravidez, ao longo da gestação;
- d. Conhecer dados acerca do curso obstétrico da gestação (intercorrências médicas, vigilância da gravidez, ...);
- e. Caracterizar a percepção das grávidas acerca do seu bebé e as expectativas quanto à prestação de cuidados ao recém-nascido, no período pré-natal.

3. Caracterizar o grupo de mães adolescentes relativamente a contextos associados à maternidade

- a. Conhecer os aspectos clínicos acerca do parto e do recém-nascido, assim como dados acerca do seguimento clínico da mãe e do desenvolvimento do bebé;
- b. Caracterizar as práticas contraceptivas das mães adolescentes, após o parto;
- c. Conhecer a percepção das adolescentes acerca dos filhos recém-nascidos e caracterizar o seu envolvimento na prestação de cuidados ao bebé.

4. Caracterizar a adaptação das adolescentes com e sem história de gravidez

- a. Caracterizar a adaptação individual (sintomatologia depressiva e percepção da qualidade de vida) e relacional (qualidade da relação com as figuras significativas da rede social e satisfação com o apoio social percebido) no grupo de adolescentes com história de gravidez, comparando-o com o grupo de controlo;

b. Estudar as possíveis associações entre os indicadores de adaptação individual, relacional e outras variáveis de caracterização, no grupo de adolescentes com história de gravidez e no grupo de controlo.

5. Comparar as adolescentes com história de gravidez quanto aos indicadores de adaptação, na gravidez e na transição para a maternidade

a. Caracterizar a adaptação individual (sintomatologia depressiva e percepção da qualidade de vida) e relacional (qualidade da relação com as figuras significativas da rede social) no grupo de grávidas e de mães adolescentes;

b. Estudar as associações entre as experiências emocionais na gravidez e os outros indicadores de adaptação (grávidas adolescentes);

c. Conhecer o investimento e satisfação decorrentes do papel materno, e verificar as associações com os outros indicadores de adaptação (mães adolescentes);

6. Conhecer os determinantes para a ocorrência de gravidez na adolescência

a. Explorar variáveis que se revelem significativas para predizer a decisão de iniciar ou não a vida sexual;

b. Conhecer factores que possam constituir factores de risco (ou de protecção) para a ocorrência de gravidez precoce;

7. Conhecer os determinantes associados à (in)adaptação na gravidez e na maternidade na adolescência

a. Explorar e estabelecer modelos que reflectam o valor explicativo dos diferentes contextos de influência sobre os indicadores de (in)adaptação avaliados no grupo de grávidas adolescentes;

b. Explorar e estabelecer modelos que reflectam o valor explicativo dos diferentes contextos de influência associados à (in)adaptação à maternidade e ao papel materno.

2. Metodologia

2.1. Desenho do estudo

A presente investigação obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess & Bloomquist, 1985), observacional (Pais Ribeiro, 1999) ou correlacional (Alferes, 1997; Mertens, 1997), por se mostrar o mais adequado à concretização dos objectivos deste trabalho. Neste tipo de estudos, não há variação sistemática das variáveis, sendo observada a sua covarição sem que ocorra manipulação das mesmas, e os grupos estudados reflectem diferentes categorias das variáveis avaliadas.

Os objectivos centraram-se, num primeiro momento, na caracterização da amostra relativamente a variáveis individuais, relacionais e reprodutivas; posteriormente, procurámos estudar as associações entre essas variáveis (designadas por preditoras ou explicativas) e os indicadores de adaptação considerados (variáveis critério¹⁹).

Apesar do nosso acordo com a posição de Cicchetti (2006), Cicchetti e Cohen (1995), e Cummings et al. (2000), que defendem serem os estudos longitudinais preferíveis na investigação orientada para o esclarecimento dos processos subjacentes às trajectórias adaptativas e não adaptativas do desenvolvimento, consideramos também as recomendações de Magnusson e Cairns (1996), que aconselham a ponderação das vantagens, mas também dos custos e limitações dessa metodologia, bem como a sua adequação à temática em causa e à fase de desenvolvimento em que esta se encontra. Uma vez que se trata aqui de um estudo precursor na sua abordagem de uma amostra representativa de uma população particular, e, logo, exploratório no que concerne ao conhecimento das especificidades dos contextos envolvidos, optámos por um desenho transversal, estudando em simultâneo diferentes grupos e caracterizando a sua adaptação num dado momento temporal. A metodologia utilizada na avaliação, apesar de essencialmente quantitativa, engloba diferentes tipos de instrumentos, que serão detalhadamente descritos mais adiante.

¹⁹ Uma vez que a manipulação experimental de variáveis independentes não se verifica nos estudos correlacionais, Mertens (1997) refere que deve preferir-se a designação de variáveis explicativas ou preditoras, sendo as dependentes designadas de variáveis critério ou resultado.

2.2. Participantes

A amostra deste estudo é composta por três grupos. Um dos grupos é constituído por jovens com história de gravidez da Região Autónoma dos Açores (GADOL): grávidas adolescentes (jovens que engravidaram com idade igual ou inferior a 18 anos) e mães adolescentes (mães de bebés com idades entre os 3 e os 18 meses, cujo parto tenha ocorrido quando tinham idade igual ou inferior a 19 anos). Um critério de inclusão adicional foi a jovem ter capacidade de compreensão suficiente para responder às questões da entrevista e às escalas de auto-preenchimento (ou seja, a existência de défices cognitivos/deficiência mental foi considerado um critério de exclusão). A opção por agrupar adolescentes grávidas e mães justifica-se pelo facto de, tal como enunciado anteriormente nos objectivos do estudo, se pretender estudar os contextos de risco ou protecção para a ocorrência de uma gravidez numa fase precoce do ciclo de vida, e também obter indicadores de adaptação quer perante a gravidez, quer perante a maternidade vividas nessa mesma fase (daí a designação de adolescentes com história de gravidez).

A dimensão da amostra foi calculada para que os dados recolhidos fossem representativos da população de grávidas adolescentes açorianas. No cálculo da dimensão da amostra, estabeleceu-se previamente um nível de confiança de 95% e um grau de precisão (intervalo de confiança) de 5%, para as estimativas e/ou generalizações a efectuar. Neste sentido, para um N de 281 nascimentos de mães com idade inferior a 20 anos (dados de 2007 do INE), considerou-se a necessidade de realizar o estudo com uma amostra mínima de cerca de 163 grávidas e mães adolescentes (Alferes, 2002) - este número foi ultrapassado, sendo possível contar com 176 participantes neste grupo.

Considerando a distribuição de nascimentos em função da idade da mãe e por ilhas, considerou-se também pertinente recolher todos os casos possíveis em que a jovem grávida/mãe tivesse menos de 15 anos. Também se tentou recolher todos os casos possíveis em todas as ilhas, com excepção de São Miguel e Terceira, que se destacam em número de nascimentos. Nestas, tínhamos como objectivos mínimos recolher uma amostra (aproximada) de 100 e 30 grávidas e mães adolescentes, respectivamente. Esses objectivos foram cumpridos, como se verificará posteriormente, ao analisarmos a distribuição das jovens pelas ilhas.

Foi também recolhido um grupo de controlo (GC), constituído por adolescentes açorianas com idade igual ou inferior a 18 anos, sem história de gravidez, e que se encontrassem no momento da

avaliação a frequentar o sistema de ensino (regular ou profissional). Como critério de exclusão, estabelecemos também a existência de défices cognitivos que inviabilizassem o auto-preenchimento do protocolo de avaliação.

A constituição dos grupos, bem como as principais características sociodemográficas da amostra²⁰, constam no Quadro 2.

Quadro 2 – GADOL e GC: Características gerais

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	M (DP)	Mínimo – Máximo	M (DP)	Mínimo – Máximo
Idade	17.40 (1.39)	12 – 20	16.39 (1.65)	13 – 19
	n	%	n	%
Idade – categorias				
Menos de 15 anos	5	2.8	29	16.5
15 – 20 anos	171	97.2	147	83.5
Estado civil				
Solteira	41	23.3	175	99.4
Casada/União de facto	134	76.1	1	0.6
Separada/divorciada	1	0.6	0	0.0
Habilitações escolares				
Não completou o 1º ciclo	3	1.7	0	0.0
1º ciclo	8	4.5	0	0.0
2º ciclo	43	24.4	12	6.8
3º ciclo	94	53.4	62	35.2
Ensino Secundário	28	15.9	102	58.0
Nível socioeconómico				
Baixo	168	95.5	133	75.6
Médio	8	4.5	43	24.4
Situação profissional				
Estudante	37	21.0	176	100.0
Empregada	25	14.2	0	0.0
Desempregada/inactiva	114	64.8	0	0.0

O GADOL é constituído por 176 participantes do sexo feminino (92 grávidas e 84 mães), com uma média de idade de 17.40 anos (idade mínima: 12 anos; idade máxima: 20 anos) e desvio-padrão de 1.39 anos. A maioria (97.2%) encontra-se na categoria etária entre os 15 e os 19 anos. Maioritariamente, estas jovens encontram-se já numa situação de vivência conjugal (casamento ou união de facto – 76.1%), apresentam habilitações escolares baixas (com maior frequência ao nível do 3º

²⁰ Dada a sua relevância para a caracterização da população em causa – adolescentes com história de gravidez da Região Autónoma dos Açores – estas variáveis sociodemográficas, bem como outras características individuais, familiares e sociais, serão exploradas com maior detalhe no capítulo seguinte (Apresentação dos Resultados).

ciclo – 53.4%, mas uma percentagem significativa refere apenas 6 ou menos anos de escolaridade – 30.6%), e pertencem quase exclusivamente (95.5%) ao nível socioeconómico (NSE) baixo, de acordo com a tipologia de Simões (1994; cf. ponto 2.4.1.1.1. deste capítulo). Cerca de 114 adolescentes (64.8%) encontram-se desempregadas ou profissionalmente inactivas, tendo já abandonado os estudos.

O GC é também constituído por 176 participantes do sexo feminino, com uma idade média de 16.39 anos (idade mínima: 13 anos; idade máxima: 19 anos) e desvio-padrão de 1.65 anos. Na sua maioria, as jovens têm entre 15 e 19 anos (83.5%). Apenas uma adolescente do GC refere viver em união de facto, sendo todas as outras (99.4%) solteiras. Apresentam habilitações escolares sobretudo ao nível do Ensino Secundário (58%), e todas estavam, na altura da avaliação, inseridas no sistema de ensino. O NSE baixo também predomina (75.6%).

A análise comparativa do GADOL com o GC permite constatar que não há homogeneidade nas variáveis sociodemográficas consideradas. Existe uma diferença significativa na média de idades ($t_{(350)} = 6.233, p < .001$), sendo as adolescentes com história de gravidez mais velhas, o que se compreende pelo facto de termos incluído na amostra jovens mães com bebés cuja idade podia variar entre os 3 e os 18 meses. Os grupos também não são equivalentes relativamente à distribuição por grupo etário [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 23.095, p < .001$], estado civil [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 215.159, p < .001$] – como vimos, a maioria das adolescentes com história de gravidez tem já uma vivência de conjugalidade, o que não acontece no GC –, habilitações escolares [$\chi^2_{(4, N = 352)} = 77.160, p < .001$] – as jovens do GC, que se encontram ainda inseridas no sistema de ensino, apresentam habilitações superiores –, situação profissional [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 229.709, p < .001$] – no GC encontramos exclusivamente estudantes, enquanto no GADOL algumas jovens estão inactivas ou empregadas –, e NSE [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 28.089, p < .001$] – apesar de a maioria das adolescentes de ambos os grupos se situarem predominantemente no nível baixo, o maior número de jovens do GC classificadas no nível médio, dada a maior variabilidade de habilitações e ocupação profissional dos progenitores (cf. Capítulo 5), contribui para esta diferença; a classificação encontrada no GADOL é coerente com os dados dos estudos revistos, que indicam uma associação entre a gravidez precoce e meios socioeconómicos desfavorecidos.

Considerámos pertinente, em algumas análises, distinguir dois grupos nas jovens com história de gravidez: as que se encontram grávidas, e as que, sendo mães há pelo menos três meses, já se confrontam com os desafios da experiência de maternidade. Apresentamos, em seguida, as principais características destes grupos (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – GADOL_G e GADOL_M: Características gerais

GADOL (N = 176)					
	Grávidas Adolescentes (GADOL_G) (n = 92)		Mães Adolescentes (GADOL_M) (n = 84)		
	M (DP)	Mínimo – Máximo	M (DP)	Mínimo – Máximo	
Idade	16.92 (1.35)	12 – 19	17.93 (1.26)	(14 – 20)	
Idade gestacional (semanas)	25.92 (9.11)	8 - 40	-----	-----	
Idade do filho (meses)	-----	-----	9.75 (4.80)	(3 – 18)	
		n	%	n	%
Idade – categorias					
Menos de 15 anos		4	4.3	1	1.2
15 – 20 anos		88	95.7	83	98.8
Estado civil					
Solteira		27	29.3	14	16.7
União de facto		34	37.0	31	36.9
Casada (religioso)		6	6.5	17	20.2
Casada (civil)		24	26.1	22	26.2
Separada/divorciada		1	1.1	0	0.0
Habilitações escolares					
Não completou o 1º ciclo		2	2.2	1	1.2
1º ciclo		6	6.5	2	2.4
2º ciclo		27	29.3	16	19.0
3º ciclo		45	48.9	49	58.3
Ensino Secundário		12	13.0	16	19.0
Situação profissional					
Estudante		6	6.5	19	22.6
Empregada		62	67.4	52	61.9
Desempregada/inactiva		24	26.1	13	15.5

O grupo de grávidas adolescentes (GADOL_G) não é equivalente ao grupo de mães adolescentes (GADOL_M) nalgumas das variáveis consideradas. A média de idades é significativamente diferente [$t_{(174)} = -5.087, p < .001$], sendo as jovens mães mais velhas (a justificação foi já apontada na identificação de diferenças entre o GC e o GADOL). A distribuição dos grupos não é equivalente no que diz respeito à distribuição em função do estado civil [$\chi^2_{(4, N = 176)} = 10.266, p = .036$], sendo que mais participantes do GADOL_M se encontra em situação de coabitação conjugal, e da situação profissional, em que mais adolescentes grávidas se encontram inactivas [$\chi^2_{(2, N = 176)} = 10.566, p = .005$], ; é equivalente no que toca à distribuição em função das habilitações escolares [$\chi^2_{(4, N = 176)} = 5.537, p = .237$] e grupo etário [χ^2 (Teste exacto de Fisher) $_{(3)} = 0.370, p = .214$].

2.3. Procedimentos da recolha de dados

O presente trabalho, como mencionámos anteriormente, integra-se num projecto mais vasto, financiado pela Secretaria Regional da Saúde do Governo Regional dos Açores. Previamente à recolha de dados, foram endereçados, por intermédio da mesma Secretaria Regional, pedidos de colaboração e autorização aos Centros de Saúde das nove ilhas dos Açores, bem como aos Hospitais²¹ que dispõem de consulta obstétrica que faz o seguimento da gestação de adolescentes, e que recebe a designação de Consulta de Alto Risco. Foram ainda contactadas escolas quer do ensino regular, quer do ensino profissional, de três ilhas (S. Miguel, Terceira e Faial), onde se procedeu à recolha do GC - adolescentes sem história de gravidez.

A recolha da amostra (grupo de grávidas e mães adolescentes e GC – jovens sem história de gravidez) decorreu entre Maio e Setembro de 2008, e nela colaboraram três psicólogas a exercer funções em instituições dos Açores, com experiência de trabalho com esta população, e que previamente receberam, em Coimbra, formação específica para aplicação dos instrumentos que constituem o protocolo de avaliação. O recrutamento destes grupos realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, nas instituições participantes.

Nos Centros de Saúde, Postos Médicos e Hospitais, as adolescentes grávidas ou mães eram contactadas num dia de consulta na instituição, sendo-lhes feito um pedido de colaboração voluntária no estudo; eram explicados à jovem a natureza e os objectivos do estudo, bem como qual seria o seu papel, caso acesse colaborar. Depois de garantida a confidencialidade e o anonimato dos questionários, era-lhe pedido que assinasse um formulário de consentimento informado (cf. Anexo 3). A avaliação foi feita individualmente, sempre em presença de uma das entrevistadoras, através de uma entrevista semi-estruturada construída para o efeito, e de um conjunto de questionários e escalas de adjectivos que se descreverão em seguida. Foram ainda preenchidas grelhas de informação médica (referentes a aspectos obstétricos, neonatais e de desenvolvimento posterior do bebé), com recurso aos profissionais de saúde das instituições e aos registos do Boletim Individual de Saúde da grávida e do bebé.

A recolha da informação das adolescentes sem história de gravidez foi efectuada no estabelecimento de ensino frequentado, num espaço e horário disponibilizados pelo Conselho Executivo

²¹ Em anexo, apresentamos a lista completa das instituições de saúde e de ensino onde foi recolhida a amostra (Anexo 1).

e pelos professores. Neste caso, os objectivos e a natureza do estudo eram previamente apresentados, e explicados os métodos que garantem a confidencialidade e anonimato das respostas, sendo entregue às jovens o formulário de consentimento informado, a ser assinado pelas próprias, no caso de serem maiores de idade, ou pelos encarregados de educação. Posteriormente, numa data combinada, procedia-se à avaliação em grupo das adolescentes que aceitassem participar (com autorização do encarregado de educação, quando aplicável), sendo a informação recolhida através do auto-preenchimento de questionários, escalas de adjectivos e grelhas de informação familiar, social, escolar e médica. Durante o preenchimento, esteve sempre presente com a turma uma das entrevistadoras, prestando esclarecimento individual às dificuldades manifestadas pelas jovens.

O tratamento de todos os protocolos de avaliação foi centralizado em Coimbra, para garantir a homogeneidade da codificação e inserção de dados.

2.4. Instrumentos

Anteriormente, mencionámos que o presente estudo radica num projecto de investigação cujo foco de atenção eram famílias em que a gravidez da mulher não tivesse associados quaisquer riscos clínicos, e terminasse num parto de termo; nesse âmbito, procedeu-se a uma vasta revisão bibliográfica, que contribuiu decisivamente para a selecção das variáveis a estudar, bem como para a sua operacionalização e escolha dos instrumentos de avaliação. Ao considerarmos a especificidade da nossa população-alvo, porém, sentimos a necessidade de reajustar o protocolo de avaliação original (para uma revisão, cf. Moura Ramos, 2006), de modo a tornar compreensível o seu conteúdo, e exequível a sua aplicação.

Tentando seguir as principais recomendações para a investigação de cariz desenvolvimentista preconizadas por Cummings et al. (2000), procurámos incluir mais do que uma fonte de informação (adolescentes ou adultas, profissionais de saúde, registos clínicos), utilizar múltiplos métodos de avaliação (entrevista, questionários e escalas de auto-resposta) e avaliar aspectos de diferentes contextos (individual, familiar, relacional) e diversos domínios de funcionamento (perturbação emocional, atitudes e práticas de saúde reprodutiva, estilo de vida, indicadores de funcionamento adaptativo, entre outros). O protocolo de avaliação foi adaptado a cada um dos grupos em causa.

Todos os instrumentos seleccionados haviam sido alvo de estudos de validação para a população portuguesa, quer por parte de outros autores, quer no âmbito de projectos levados a cabo pela equipa da linha de investigação a que pertencemos; porém, foi efectuada a análise das suas qualidades psicométricas quando aplicados às amostras do estudo, uma vez que, segundo Streiner (2003), a fiabilidade não é característica de um teste, mas é antes uma propriedade das pontuações de uma escala para determinada população de respondentes, pelo que é importante confirmar a fiabilidade dos instrumentos na amostra do estudo em causa. Ao estudar a fiabilidade dos instrumentos, considerámos sobretudo o α de Cronbach, enquanto indicador da consistência interna. São geralmente considerados valores adequados para o α de Cronbach os que se situam entre .70 e .80; valores substancialmente mais baixos seriam indicadores de uma escala pouco fiável (Streiner & Norman, 2003). Autores como Field (2009) e Kline (1999), porém, fazem notar que, quando consideramos escalas que avaliam constructos psicológicos, valores inferiores a .70 são admissíveis e, realisticamente, devem ser esperados, dada a diversidade de constructos habitualmente medidos. Cortina (1993) recomenda a utilização destas orientações gerais com alguma cautela, pois o valor do α depende do número de itens na escala – à medida que este número aumenta, o α aumentará também, e vice-versa. Tendo em conta as recomendações dos autores, optámos por manter as escalas e subescalas em que o valor do α de Cronbach, quando aplicadas à nossa amostra, fosse igual ou superior a .60, por se encontrarem exemplos, na literatura científica da área, em que estes valores são admitidos (Field, 2009).

Apresentamos ainda, para cada uma das escalas seleccionadas para utilização no estudo, as estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão), e as correlações entre as notas globais e as subescalas, para verificarmos se o comportamento dos instrumentos, quando aplicados à presente amostra, replica as qualidades enunciadas pelos autores das versões originais ou das versões validadas.

O Quadro 4 especifica os instrumentos seleccionados para o presente estudo, bem como os seus objectivos, variáveis avaliadas e grupos da amostra a que foram aplicados. Em seguida, procederemos a uma descrição mais pormenorizada de cada um deles, bem como à exposição dos resultados obtidos nos estudos preliminares de fiabilidade na aplicação à amostra do estudo (considerando separadamente os grupos que a compõem).

Quadro 4 – Protocolo de avaliação: Instrumentos, objectivos, variáveis avaliadas e grupos a que foram aplicados (síntese)

Instrumentos	Objectivos	Variáveis avaliadas	Grupos a que foram aplicados		
			GADOL		GC
			GADOL_G	GADOL_M	
Ficha de dados sociodemográficos e entrevista semi-estruturada	Identificação e atribuição de um número de ordem; caracterização dos contextos familiar, escolar, relacional, social e estilo de vida; avaliação das atitudes pessoais e familiares em relação à gravidez; avaliação de motivações e projecto de vida	Variáveis sociodemográficas, estrutura familiar, estilo de vida, reacções e atitudes perante a gravidez, projecto de vida	•	•	•
23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000)	Avaliação da vulnerabilidade ao stress	Perfeccionismo e Intolerância à Frustração; Inibição e Dependência Funcional; Carência de Apoio Social; Condições de Vida Adversas; Dramatização da Existência; Subjugação; Deprivação de Afecto e Rejeição	•	•	•
Prova AR da BPRD – Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (Almeida, 1986, 1987, 1988)	Avaliação de competências cognitivas	Raciocínio abstracto (inteligência geral)	•	•	•
EMBU – Memórias de Infância (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorring, & Perris, 1980; versão portuguesa: Canavarro, 1996, 1999)	Avaliação da percepção dos estilos educativos parentais	Sobreprotecção; Rejeição; Suporte Emocional	•	•	•
LAV – Acontecimentos de Vida (Blake et al., 1990; versão portuguesa: Maia & Fernandes, 2002)	Avaliação dos acontecimentos adversos de vida	Acontecimentos adversos de vida	•	•	•
NPI – Inventário de Percepção Neonatal (Broussard, 1980; versão portuguesa: Moreira et al., 2009)	Avaliação da percepção materna acerca do feto e do recém-nascido	Percepção do bebé típico; percepção do seu bebé	•	•	
EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Cox et al., 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Matos, & Figueiredo, 1996)	Avaliação do estado emocional	Sintomatologia depressiva	•	•	•
WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006)	Avaliação da qualidade de vida (QdV)	Domínios da QdV (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e Faceta Geral da QdV	•	•	•
PRQ – Pregnancy Research Questionnaire (Schaefer & Manheimer, 1960; versão portuguesa: Martins et al., 1998)	Avaliação das vivências da gravidez e maternidade	Medos em Relação ao Self; Desejo da Gravidez; Dependência; Medos em Relação ao Bebé; Sentimento Maternal; Irritabilidade	•	•	
EIPC – Escala de Investimento Parental na Criança (Bradley et al., 1987; versão portuguesa: Gameiro, Martinho, Canavarro, & Moura Ramos, 2008)	Avaliar características e atitudes parentais	Prazer; Sensibilidade e Conhecimento Básico das Necessidades da Criança; Aceitação do Papel Parental	•	•	
Grelhas de informação obstétrica, pediátrica e relativas à história médica	Identificação de antecedentes médicos e obstétricos; caracterização das variáveis médicas da gravidez, parto e indicadores de desenvolvimento do bebé	Antecedentes obstétricos; dados sobre o bebé (GADOL_M)	•	•	
Escalas de adjectivos	Avaliação subjectiva da percepção de competência e realização materna, satisfação com a relação com figuras significativas e com o apoio social recebido	Qualidade da relação afectiva com pais, companheiro e amigos; Competência e Realização materna; Satisfação com o apoio recebido da rede social	•	•	• (à excepção das escalas de competência e realização materna)

2.4.1. Entrevista semi-estruturada: Caracterização individual e familiar e avaliação das dimensões psicológicas da gravidez

Este instrumento, construído a partir da entrevista semi-estruturada sobre as dimensões psicológicas da gravidez utilizada na avaliação e triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E. (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003) e adaptado de modo a tentar captar algumas especificidades da realidade da Região Autónoma dos Açores, é constituído por questões de resposta aberta e de resposta fechada.

A primeira parte da entrevista permite recolher informação acerca dos dados sociodemográficos das participantes, bem como do seu contexto familiar (na infância e actualmente), contexto escolar e profissional, estilo de vida (habitual e na gravidez), história médica e de psicopatologia (da participante, dos progenitores e do companheiro), relacionamento afectivo actual e redes sociais de apoio. Uma segunda parte recolhe dados sobre a história de saúde reprodutiva e sobre a gravidez actual ou mais recente, quer relativamente aos aspectos obstétricos e neonatais, quer acerca da vivência psicológica e emocional da gravidez e/ou da maternidade (expectativas prévias, reacção emocional da própria e de outros significativos, mudanças percebidas, entre outros aspectos). A entrevista contém ainda questões que procuram avaliar a satisfação geral com a vida, mudanças desejadas e projectos de vida em áreas como a família e a vida escolar e profissional.

Utilizámos diferentes versões desta entrevista, de modo a adequá-la à recolha de dados dos vários grupos que constituem a amostra.

Codificação dos dados obtidos através da entrevista

Procedemos à codificação e classificação das variáveis resultantes da informação recolhida através da entrevista, de forma a permitir o tratamento estatístico dos dados; os procedimentos seguidos descrevem-se em seguida.

Como mencionámos anteriormente, a entrevista era composta por questões fechadas e questões abertas. Nesta segunda situação, as respostas eram transcritas tal como recolhidas, procedendo-se

posteriormente, sempre que necessário, à sua classificação em categorias, o que exigia o acordo entre três investigadoras da equipa da linha Relações, Desenvolvimento & Saúde. Tal sucedeu com todas as questões que inquiriam as participantes acerca de motivos para determinadas opções, expectativas futuras, projectos pessoais e profissionais para o futuro, e motivos de satisfação/insatisfação com a sua vida actual.

Codificação das variáveis sociais e demográficas

A variável idade foi introduzida directamente, tal como era referida pelas participantes, e foi também codificada em dois grupos etários: menos de 15 anos e 15 a 20 anos. A opção por estas categorias foi tomada para aproximar a classificação da amostra da habitualmente utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística na divulgação das estatísticas demográficas nacionais relativas à taxa de fecundidade e ao número de filhos de mães adolescentes.

Relativamente ao estado civil, a classificação foi feita de acordo com a situação legal ou com a existência de uma rotina habitual com um companheiro (situação de coabitação); assim, considerámos os seguintes grupos: solteiras, casadas, em união de facto, e separadas ou divorciadas. Nenhuma das participantes referiu o estado de viuvez, embora fosse uma opção de resposta. Dentro do grupo de participantes casadas, fizemos a distinção entre casamento religioso e casamento civil, por colocarmos a hipótese de se tratar de uma distinção com alguma relevância no contexto sociocultural em que a investigação decorreu. Em várias análises (que serão identificadas no capítulo de apresentação de resultados), porém, considerámos equivalentes os casamentos legais e as uniões de facto, por ambas as situações traduzirem uma ligação afectiva entre duas pessoas que coabitam e prosseguem um projecto comum de vida familiar.

A informação recolhida acerca das habilitações escolares (ano escolar frequentado ou último ano frequentado antes de abandonar a escola) foi categorizada considerando os níveis de ensino habituais: 1º ciclo do Ensino Básico (até ao 4º ano de escolaridade), 2º ciclo (5º e 6º anos), 3º ciclo (até ao 9º ano de escolaridade) e Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano de escolaridade). Distinguimos ainda as jovens que não completaram o 1º ciclo de escolaridade.

No caso de ter ocorrido abandono escolar, era registado o ano em que tal tinha ocorrido, bem como os motivos pelos quais havia acontecido. As jovens eram ainda questionadas quanto às suas expectativas de continuação ou não dos estudos, e respectivos motivos, bem como acerca de projectos profissionais futuros. Eram também registados dados do percurso escolar anterior, nomeadamente a ocorrência ou não de reprovações, o ano em que ocorreram e o tipo de ensino frequentado (regular ou profissional).

A situação profissional foi codificada em três categorias: empregada, desempregada/inactiva e estudante. Na situação de emprego, era também registada a profissão exercida (estes dados foram recolhidos para as participantes e em relação aos progenitores e, no caso das jovens casadas ou em união de facto, também para o companheiro).

A partir das informações acerca das habilitações escolares e da situação profissional da própria, ou do elemento cujo rendimento era preponderante dentro do agregado familiar, foi codificado o NSE, utilizando-se para tal a tipologia estabelecida por Simões (1994), que preconiza três níveis: baixo, médio e elevado²².

As variáveis relativas ao estilo de vida (consumo de álcool, tabaco ou outros estupefacientes), cuja informação foi recolhida quer em relação às participantes, quer também em relação aos progenitores e ao companheiro, foram codificadas através de uma classificação dicotómica do tipo sim e não, sendo colocadas questões adicionais para esclarecimento das frequências de consumo. Em relação às grávidas e mães, foram inquiridos os consumos habituais e os ocorridos durante a gravidez.

²² NSE baixo: profissões - trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; escolaridade - até ao 8º ano de escolaridade. NSE médio: profissões - profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório, de seguros e bancários, agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino primário e secundário, comerciantes e industriais; escolaridade - do 9º ao 12º ano de escolaridade e cursos médios. NSE elevado: profissões - grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria, quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior), artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas, pilotos da aviação; escolaridade - licenciaturas, mestrados e doutoramentos; no caso de grandes proprietários e empresários incluir também indivíduos com habilitações inferiores.

Variáveis relativas à história de saúde reprodutiva e gravidez

Colocaram-se as questões (abertas e fechadas) sobre a história sexual e reprodutiva (idade da menarca, idade de início da vida sexual, número de parceiros, existência ou não de gestações prévias e respectivo resultado obstétrico), conhecimento e utilização de métodos contraceptivos (antes da gestação e depois do parto, no caso das participantes com história de gravidez), conhecimento acerca de doenças sexualmente transmissíveis (DST), formas de prevenção e práticas individuais nesse sentido, e averiguação das expectativas (prévias à ocorrência de gestação) acerca das mudanças decorrentes de uma gravidez na adolescência.

Às participantes do GADOL foram colocadas questões acerca da sua experiência prévia (existência ou não de outras gestações, e curso e resultado obstétrico das mesmas), sendo classificadas como primíparas ou múltiparas; averiguou-se também o desejo e planeamento da gravidez e respectivos motivos, bem como a ponderação e concretização ou não de interrupção voluntária da gestação, e respectivas justificações pessoais. Estas questões eram colocadas inicialmente de modo a suscitar uma resposta dicotómica (sim ou não), sendo seguidas por questões abertas que permitissem esclarecer o sentido das respostas e respectivos significados.

Estas participantes foram ainda inquiridas acerca do impacto e reacções emocionais à gestação (da própria e de outros significativos, nomeadamente pais e companheiro), vigilância e possíveis intercorrências médicas ao longo da gravidez e, caso tivesse já ocorrido, eram recolhidos dados acerca do parto e do recém-nascido.

A reacção à gravidez foi avaliada solicitando às grávidas e mães que classificassem a sua reacção, e a de outros significativos, numa escala com sete possibilidades de resposta (de Extremamente mal a Extremamente bem), sendo-lhes pedido em seguida que justificassem a sua opção com exemplos dos comportamentos em que se basearam para responder. De modo semelhante, foram pesquisadas as atitudes dessas mesmas figuras da rede relacional em relação à gravidez (com possibilidades de resposta que iam desde Distanciou-se e não apoia, até Aceitou e apoia), e foi-lhes pedido que classificassem a mudança ou a persistência dessas atitudes ao longo da gravidez (Não mudou, Mudou para pior, Mudou para melhor).

Foi ainda pedido às adolescentes que avaliassem o impacto da ocorrência de gravidez na adolescência em várias áreas de vida (auto-imagem, estado emocional, relação com outros significativos,

disponibilidade de dinheiro e tempo para si mesma, vida escolar ou profissional), referindo se consideravam que essas dimensões ficavam igual, melhor ou pior depois da sua ocorrência. A transgeracionalidade do fenómeno da gravidez na adolescência foi averiguada interrogando as jovens acerca de outros membros femininos da família que tivessem engravidado antes dos 18 anos; no caso de resposta afirmativa, era-lhes pedido que indicassem o parentesco com elas.

Finalmente, no caso do GADOL_M, a entrevista terminava colocando-lhes uma questão sobre a prestação de cuidados ao bebé, identificando quem/que instituição era a principal responsável por essa tarefa.

2.4.2. 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress

Esta escala, cujo objectivo é avaliar a vulnerabilidade ao stress, foi construída em 2000 por Vaz Serra. Constitui um instrumento de auto-avaliação e deve a sua designação ao facto de a versão final ser constituída por 23 questões. Trata-se de uma escala unidimensional de tipo Likert, podendo cada questão ser respondida em função de cinco classes de resposta, que vão desde Concordo em absoluto até Discordo em absoluto.

O instrumento foi criado a partir de uma amostra de 368 indivíduos da população geral. A boa consistência interna foi atestada pela correlação Par/Ímpar (.732) e pelo Coeficiente de Spearman-Brown (.845).

O estudo da consistência interna dos itens revelou um coeficiente α de Cronbach para todos os itens de .824, indicador de boa homogeneidade. Cada uma das questões correlacionou-se de forma altamente significativa com a nota global, tanto quando nessa nota é incluído o item em análise, como quando é excluído, o que significa que a escala no seu todo traduz o conceito que se pretende medir (Vaz Serra, 2000a). Segundo o autor, as correlações mais elevadas com a nota global sugerem um perfil da pessoa vulnerável ao stress caracterizado por capacidade de auto-afirmação e tolerância à frustração baixas, dificuldade em confrontar e resolver problemas, excessivamente preocupável pelos acontecimentos do dia-a-dia e com emocionalidade marcada.

Para esclarecer as dimensões subjacentes à escala, foi determinada uma análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, a partir da qual se obtiveram sete factores que explicam 57.5% da variância total. Analisada a composição de cada factor, estes recebem a designação do significado que parecem traduzir: Perfeccionismo e intolerância à frustração, Inibição e dependência funcional, Carência de apoio social, Condições de vida adversas, Dramatização da existência, Subjugação e Deprivação de afecto e rejeição.

A escala revela também uma boa correlação teste/reteste (.816, com 105 sujeitos avaliados com um mínimo de 30 dias e um máximo de 239 dias de intervalo), o que atesta a sua boa estabilidade temporal.

O autor realizou ainda estudos que permitiram chegar a um ponto de corte de 42.85, o que, arredondando por excesso, permite referir que os indivíduos que, no preenchimento da 23 QVS, obtenham um valor igual ou superior a 43 devem ser considerados vulneráveis ao stress (Vaz Serra, 2000b).

Esta escala tem vindo a ser utilizada em vários projectos de investigação nacionais (nomeadamente na linha de investigação em que o presente trabalho se insere, em estudos com mulheres seropositivas para o VIH e com pais de bebés nascidos de pré-termo, por exemplo).

Procedemos a estudos psicométricos da escala aplicada à nossa amostra - a síntese dos resultados obtidos consta nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 – GADOL: Estudos psicométricos da 23 QVS - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

23 QVS	GADOL (N = 176)							M	DP	α
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7			
Total	.660**	.439**	.260**	.437**	.020	.290**	.418**	39.77	11.29	.78
F1 Perfeccionismo e intolerância à frustração		.147	-.048	.146	-.149*	.073	.274**	2.61	1.11	.63
F2 Inibição e dependência funcional			-.009	.174*	-.302**	-.115	-.121	1.07	1.06	.51
F3 Carência de apoio social				.065	.007	-.098	.030	0.85	0.99	.40
F4 Condições de vida adversas					.049	-.099	-.057	1.34	1.00	.68
F5 Dramatização da existência						-.137	-.202**	2.48	1.15	.20
F6 Subjugação							.286**	1.01	1.04	.44
F7 Deprivação de afecto e rejeição								0.24	1.19	.49

* p < .05. ** p < .01.

Quadro 6 – GC: Estudos psicométricos da 23 QVS - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

23 QVS	GC (N = 176)							M	DP	α
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7			
Total	.581**	.614**	.080	.316**	.005	.416**	.369**	41.71	9.98	.77
F1 Perfeccionismo e intolerância à frustração		.159*	-.159*	.035	-.208*	.149*	.164*	2.97	1.03	.65
F2 Inibição e dependência funcional			-.163*	.094	-.102	.143	-.022	1.26	1.02	.60
F3 Carência de apoio social				.110	-.019	-.216**	.026	0.43	0.90	.25
F4 Condições de vida adversas					-.303**	.071	.051	0.85	0.90	.35
F5 Dramatização da existência						-.185*	-.146	1.92	0.96	.33
F6 Subjugação							.140	1.54	0.96	.51
F7 Deprivação de afecto e rejeição								0.90	0.89	.52

* p < .05. ** p < .01.

Na nossa amostra, a aplicação da 23 QVS revelou dados que demonstram alguma fragilidade quanto à sua consistência interna: embora para a escala global se obtenham valores α de Cronbach de .78 no GADOL e de .77 no GC, nas subescalas os valores de α variam entre .20 e .68. Verificamos ainda que duas das subescalas não se correlacionam significativamente com a nota global.

Estes valores levaram-nos a decidir pela não utilização das subescalas, pois os resultados obtidos não ofereciam garantias suficientes quando à sua utilização na nossa amostra. Assim, na posterior apresentação de resultados, serão considerados apenas os valores obtidos para a pontuação global da escala 23 QVS.

2.4.3. BPRD – Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (Prova AR)

Da revisão da literatura científica, emerge, de modo relevante, a concepção da gravidez e maternidade adolescente como um processo de sucessivos acontecimentos, marcados por tomadas de decisão que determinam os eventos seguintes e o percurso posterior da jovem e da sua rede de relações (Canavarro & Pereira, 2001). Neste contexto, afigura-se necessária a exploração da capacidade de raciocínio e ponderação das jovens.

A selecção de um instrumento adequado ao estudo em causa (metodologia e constrangimentos temporais) não se revelou fácil ou evidente, uma vez que a generalidade dos instrumentos psicométricos que avalia competências cognitivas é complexa, morosa e exige um tempo demorado para a sua aplicação.

A BPRD é um instrumento de avaliação das competências intelectuais aferido para a população estudantil portuguesa²³ por Leandro Almeida (1986, 1987, 1988, 1992, 1995) que permite a avaliação das capacidades de raciocínio indutivo-dedutivo e é constituído por cinco testes, diferenciados no conteúdo dos seus itens (verbal, numérico, espacial, abstracto e mecânico). Como a aplicação de toda a bateria tornaria o protocolo do estudo inviável nas condições possíveis de recolha da amostra, seleccionou-se, após contacto com o autor da escala, um dos testes – a prova AR, que avalia o raciocínio abstracto, tido como uma boa medida de inteligência geral.

Nesta prova, são apresentadas analogias figurativas, que o sujeito deverá completar. É necessário que o sujeito apreenda a relação entre os dois primeiros elementos e descubra uma quarta figura que venha a repetir essa relação inferida com o terceiro elemento indicado (Lemos, 2007). A resposta do sujeito consiste em assinalar, de entre cinco alternativas de resposta facultadas, aquela que considera correcta para completar as relações da analogia. O tempo de realização estipulado para esta prova é de 9 minutos. Os resultados dos sujeitos na prova correspondem ao número de itens correctamente respondidos.

Para a escolha desta prova pesou decisivamente o facto de o conteúdo abstracto dos itens (sem aparente significado) permitir diminuir a influência das variáveis culturais, escolares e linguísticas no desempenho cognitivo.

2.4.4. EMBU – Memórias de Infância (Egna Minnen Beträffande Uppfostran)

A primeira versão do EMBU foi construída e desenvolvida na Suécia, em 1980, por Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorring e Perris, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção dos adultos acerca das práticas educativas dos seus progenitores (Rapee, 1997).

Esta escala procura medir a frequência da ocorrência de determinadas práticas educativas durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe separadamente (Canavarro, 1996). Essa

²³ Uma vez que os dados normativos deste instrumento estão definidos de acordo com a idade e o nível de escolaridade dos sujeitos, e muitas das jovens do estudo estavam em situação de abandono escolar ou saída precoce da escola, averiguámos junto do autor a pertinência de utilização da prova. Segundo Leandro Almeida (2008, comunicação pessoal) os grupos podem ser comparados em relação ao resultado global, ou seja, o número de respostas correctas obtidas.

ocorrência é registada segundo uma escala de tipo Likert de quatro pontos, que vai desde Não, nunca até Sim, a maior parte do tempo.

A primeira versão era constituída por 81 itens, o que tornava a sua aplicação morosa. Arrindell e colaboradores continuaram os trabalhos que conduziram ao desenvolvimento de uma forma abreviada do EMBU, constituída por 23 itens, distribuídos por três dimensões: Suporte emocional, Rejeição e Sobreprotecção. Esta versão revelou bons indicadores de validade e fiabilidade, bem como níveis satisfatórios de variância intercultural para as dimensões consideradas (Arrindell et al., 1989, 1994). Baseando-se nas características psicométricas reveladas pelo instrumento, os autores recomendam a utilização desta versão, particularmente em contextos em que é desaconselhada ou problemática a passagem de instrumentos longos.

Os três factores mencionados foram descritos de acordo com os critérios definidos por Rollins e Thomas (1979) para os mesmos conceitos. O Suporte emocional define-se operacionalmente como os comportamentos dos pais, tais como aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho, em relação aos filhos, isto é, engloba as práticas dos pais que fazem com que o filho se sinta seguro, aceite como pessoa e confortável na presença daqueles. A Rejeição foi definida como os comportamentos dos pais que procuram modificar a vontade dos filhos e são sentidos por estes como uma pressão para se comportarem em consonância com a vontade dos progenitores; operacionalmente, esta variável resulta da frequência de práticas como castigos físicos, privação de objectos ou privilégios, ou aplicação directa da força com o objectivo de influenciar o comportamento do filho. Finalmente, a Sobreprotecção reflecte os comportamentos parentais caracterizados por protecção excessiva relativamente a experiências indutoras de stress e adversidades, elevado grau de intrusão nas actividades dos filhos, padrões muito elevados de realização em determinadas áreas (desempenho escolar, por exemplo) e imposição de regras rígidas.

A versão portuguesa da escala abreviada recebeu a designação de Memórias de Infância, embora a sigla EMBU seja utilizada por ser a mais corrente na literatura. Tem sido utilizada no nosso país desde Janeiro de 1995, numa colaboração entre a área de Terapia Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e o Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Universidade Técnica de Lisboa (Canavarro, 1996). A sua utilização científica com a população portuguesa é possível a partir dos estudos realizados por Canavarro (1996, 1999). O estudo inicial assentou numa

amostra de 405 indivíduos (114 homens e 291 mulheres) recolhidos na população geral (para os resultados totais, cf. Canavarro, 1996). Os 23 itens foram sujeitos a análise factorial, sendo que os factores encontrados para o pai e para a mãe são condizentes com a teoria subjacente, pelo que a autora considerou manter as designações originais (Canavarro, 1999). A ponderação de todos os aspectos mencionados levam a autora a afirmar que “a versão portuguesa do EMBU mede as mesmas variáveis que a versão original” (Canavarro, 1999, p. 254).

Os valores do α de Cronbach da escala global foram .73 para o pai e .74 para a mãe. O valor do coeficiente de Spearman-Brown (.71 para o pai e .79 para a mãe) é também abonatório de uma boa consistência interna. Se ponderados conjuntamente, os valores obtidos parecem ser representativos de um instrumento com boa consistência interna (Canavarro, 1999). O instrumento revela também boa estabilidade temporal.

O EMBU tem sido utilizado em numerosos estudos no nosso país, incluindo alguns com amostras de adolescentes grávidas. Pereira, em 2001, integrou a escala no protocolo de avaliação de um estudo que integrou 81 adolescentes do sexo feminino sem história de gravidez e 57 adolescentes grávidas, encontrando diferenças significativas para duas das subescalas (Suporte emocional e Sobreprotecção), em relação quer à mãe, quer ao pai, e concluiu que as jovens grávidas percebem menor apoio emocional por parte do pai e menor sobreprotecção por parte de ambos os progenitores do que as adolescentes sem história de gravidez. Rodrigues et al. (2004) utilizaram esta escala num outro estudo, com 48 adolescentes grávidas, utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, comparando-a com um grupo de controlo utilizado na validação da versão portuguesa da escala (Canavarro, 1996); os resultados indicam que não há diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne às práticas de Suporte emocional e Rejeição quer da mãe, quer do pai, mas essas diferenças verificam-se relativamente à Sobreprotecção: as grávidas adolescentes relatam menor percepção de sobreprotecção por parte de ambos os progenitores. As médias representativas dos estilos educativos parentais foram superiores em relação à mãe para todas as dimensões, o que parece indicar que o estilo parental materno é percebido como sendo mais relevante que o paterno.

Na aplicação à amostra do presente estudo, o EMBU revela, no geral, dados satisfatórios de fiabilidade, obtendo-se valores para o α de Cronbach no GADOL e no GC de, respectivamente, .84 e .77 para os 23 itens referentes ao pai, e .77 e .72 para o mesmo número de itens referentes à mãe; os valores α para

as subescalas variam entre .63 e .87, pelo que, de acordo com os critérios anteriormente enunciados, decidimos pela sua utilização no presente estudo.

Verificam-se também correlações significativas entre todas as subescalas e a nota global. Os quadros seguintes apresentam sumariamente os resultados obtidos.

Quadro 7 – GADOL: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

EMBU	GADOL (N = 176)									
	2P	3P	4P	5M	6M	7M	8M	M	DP	α
Pai										
1 Total	.731**	.474**	.814**	.770**	.567**	.365**	.559**			
2 Suporte emocional		-.159*	.372**	.568**	.732**	-.063	.248**	17.20	5.46	.87
3 Rejeição			.398**	.301**	-.042	.597**	.193*	10.05	3.49	.81
4 Sobreprotecção				.683**	.277**	.388**	.780**	13.86	3.48	.74
Mãe										
5 Total					.698**	.495**	.753**			
6 Suporte emocional						-.189*	.206**	18.87	4.82	.83
7 Rejeição							.418**	11.13	2.88	.73
8 Sobreprotecção								14.12	3.10	.63

* p < .05. ** p < .01.

Quadro 8 – GC: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

EMBU	GC (N = 176)									
	2P	3P	4P	5M	6M	7M	8M	M	DP	α
Pai										
1 Total	.545**	.458**	.807**	.722**	.499**	.277**	.579**			
2 Suporte emocional		-.394**	.099	.265**	.568**	-.254**	.057	19.47	5.05	.85
3 Rejeição			.490**	.389**	-.052	.631**	.289**	10.74	3.54	.75
4 Sobreprotecção				.700**	.267**	.293**	.794**	14.64	3.71	.66
Mãe										
5 Total					.607**	.501**	.819**			
6 Suporte emocional						-.237**	.198**	21.03	4.40	.80
7 Rejeição							.438**	12.08	3.04	.68
8 Sobreprotecção								15.31	3.77	.65

** p < .01.

2.4.5. LAV – Lista de Acontecimentos de Vida (Life Events Checklist)

A exposição das adolescentes a acontecimentos adversos, potencialmente traumáticos, foi avaliada com recurso à LAV - Lista de Acontecimentos de Vida. Esta escala foi desenvolvida pelo National Center for Posttraumatic Stress Disorder (EUA), em simultâneo com a CAPS - Clinician-Administered PTSD Scale, uma entrevista estruturada constituída por 30 itens que correspondem aos critérios do DSM-IV para a Perturbação Pós-Traumática do Stress, construída por Blake e colaboradores em 1990 (Blake et al., 1995). Os estudos psicométricos foram levados a cabo por Gray, Litz, Hsu e Lombardo (2004).

A LAV é uma escala com características distintivas em relação a outras listas de acontecimentos de vida, traumáticos ou mais comuns, pois permite averiguar diferentes graus de exposição aos eventos: é constituída por 17 itens onde são apresentados acontecimentos como incêndios, acidentes, morte, entre outros, sendo cada um deles avaliado nas categorias Não me aconteceu, Não se aplica, Aconteceu-me, Soube que aconteceu e Vi acontecer. A sua fiabilidade e estabilidade temporal (com um intervalo médio de aplicação de 7 dias) foram estudadas em amostras de estudantes universitários e em veteranos de guerra tendo, segundo os autores, revelado boa estabilidade temporal naquele intervalo de tempo e características psicométricas que encorajam a sua utilização - muito embora os autores recomendem a replicação de estudos noutras populações clínicas e não clínicas (Gray et al., 2004).

A versão por nós utilizada é a traduzida e validada por Maia e Fernandes em 2002 (Maia & Fernandes, 2003; Maia, 2006). Porém, não nos foi possível obter informação acerca de possíveis estudos efectuados acerca das características psicométricas em amostras da população portuguesa. No entanto, é relatado que num estudo com 108 sujeitos (estudantes universitários e jovens em formação profissional), as autoras utilizaram a escala como uma lista de verificação, considerando que quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, mais acontecimentos de vida adversos havia experimentado anteriormente. Avaliaram a exposição a situações potencialmente traumáticas, tendo-se verificado que existe uma exposição relativamente elevada - de modo consistente com o que se conhece da realidade portuguesa, são os acidentes de transporte que constituem a maior percentagem de causa para exposição traumática (41% relataram-na como a situação mais frequente).

A cotação deste instrumento pode ser efectuada de duas formas. Os itens podem ter a seguinte pontuação: 0 = Não se aplica, 0 = Não tenho a certeza, 1 = Soube que aconteceu, 2 = Vi acontecer e 2 =

Aconteceu-me. Utilizando este sistema, a cotação pode variar entre 0 e 34 pontos, sendo as pontuações mais altas atribuídas a níveis mais elevados de exposição aos acontecimentos. Uma outra forma de cotar esta escala é atribuir 0 pontos se não se aplicar, 1 ponto se não tem a certeza, 2 pontos se soube que aconteceu, 3 pontos se viu acontecer e 4 pontos se lhe aconteceu, passando a escala a variar entre 0 e 68 pontos (Pires, 2005). Como vimos no parágrafo anterior, a escala pode ainda ser utilizada como uma lista de verificação, em que é contabilizada a ocorrência ou não de cada acontecimento. Foi neste formato que a utilizámos no presente trabalho.

Na nossa amostra, obtivemos um valor α de Cronbach de .70 para o GADOL e de .76 para o GC. A estatística descritiva e resumo do estudo de consistência interna, cujos valores são indicadores aceitáveis de fiabilidade, constam no Quadro 9.

Quadro 9 – GADOL e GC: Estudos psicométricos da LAV: Médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

LAV (total)	GADOL (N = 176)			GC (N = 176)		
	M	DP	α	M	DP	α
	3.99	2.85	.70	3.99	3.24	.76

2.4.6. NPI – Inventário de Percepção Neonatal (Neonatal Perception Inventory)

O NPI – Inventário de Percepção Neonatal foi desenvolvido por Broussard em 1963 (Broussard, 1978; Broussard & Hartner, 2002). Partindo da sua experiência clínica com jovens mães, a autora seleccionou os diferentes itens que constituem o instrumento, tendo como base as preocupações maternas referentes ao bebé durante o período neonatal.

Trata-se de um questionário de auto-resposta, que explora seis dimensões comportamentais típicas dos bebés (choro, alimentação, vômitos, sono, funcionamento dos intestinos/sistema digestivo e rotinas de alimentação e de sono) que reflectem, segundo a autora, o estado de funcionamento da unidade mãe-criança (Oliveira, 2006). O NPI é constituído por duas versões: o NPI-I, preenchido entre o primeiro e o quarto dia após o nascimento do bebé, e o NPI-II, preenchido cerca de quatro a seis semanas depois do parto. Cada versão é composta por duas escalas diferentes, que devem ser utilizadas em simultâneo e que

são constituídas por um conjunto de seis itens, correspondentes às seis dimensões do comportamento dos bebés mencionadas. A primeira escala diz respeito ao que a mãe pensa acerca da maioria dos bebés (assume a designação de O Bebê Típico), enquanto a segunda se refere às expectativas da mãe relativamente ao comportamento do seu bebé (tem a designação de O Seu Bebê). Segundo a autora, o NPI deve ser considerado uma medida projectiva na qual a mãe é confrontada com estímulos ambíguos relativamente ao seu bebé e ao bebé típico.

Cada item avalia uma dimensão comportamental distinta e as respostas são avaliadas a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, que vai desde 1 (Nada) a 5 (Muito), sendo que os valores mais baixos representam os comportamentos mais desejáveis. A classificação final do instrumento, nas duas versões, resulta da discrepância entre as duas escalas, ou seja, é obtida subtraindo ao total da escala O Bebê Típico o total da escala O Seu Bebê. Um valor de NPI positivo significa que a mãe tem uma percepção favorável do comportamento do seu filho, na medida em que o avalia como tendo menos problemas comportamentais do que a maioria dos bebés. Um valor de NPI igual a zero ou negativo significa que a mãe tem uma percepção desfavorável do seu bebé, na medida em que o avalia como tendo os mesmos ou mais problemas comportamentais que a maioria dos bebés.

A versão portuguesa por nós utilizada é, ao que sabemos, a única até ao momento autorizada pela autora, tendo sido traduzida e as suas características psicométricas estudadas por Moreira, Silva, Oliveira, Araújo Pedrosa, Canavarró e Barros (no prelo). Num estudo com 150 mães com bebés nascidos de termo, e cuja gravidez decorreu sem riscos médicos associados, foram calculados os α de Cronbach para cada escala do NPI-I e NPI-II, assim como as correlações de Pearson entre os itens e as subescalas, incluindo e excluindo o item. Para a análise da estabilidade temporal, foram realizadas correlações de Pearson entre as duas escalas das duas versões do NPI, administradas nos dois momentos de avaliação: no pós-parto e quatro a seis semanas depois do parto. A escala O Seu Bebê pertencente ao NPI-I (.72) e ambas as escalas do NPI-II apresentam uma consistência interna razoável (.74 e .79). Apenas o valor de α da escala O Bebê Típico do NPI-I se situa ligeiramente abaixo do valor habitualmente indicado como desejável por diferentes autores (.60). Relativamente à estabilidade temporal, as autoras indicam que, apesar de estatisticamente significativas, as correlações encontradas são baixas, o que é coerente com os pressupostos teóricos enunciados por Broussard, que considera provável a modificação da percepção do bebé típico e do seu bebé,

à medida que aumenta o tempo de convivência da mãe com o bebê e a interação entre ambos se desenvolve (Moreira et al., no prelo).

Anteriormente, o NPI já tinha sido alvo de estudos, nomeadamente com grávidas adolescentes. A partir dos dados recolhidos junto de uma amostra de 104 adolescentes grávidas, Martins et al. (citado em Jongenelen, 2003) procederam ao estudo das características psicométricas da sua versão da escala, cujos resultados indicaram que esta permite a diferenciação das mães no que diz respeito à percepção que têm do seu bebê quando comparado com um bebê típico. À semelhança do que acontece nos estudos de Moreira et al. (no prelo), ao nível da fiabilidade, a análise da consistência interna revelou valores α de Cronbach mais satisfatórios para a escala O Seu Bebê do que para a escala O Bebê Típico.

Como vimos, no estudo original preconiza-se que a versão I do NPI seja aplicada nos primeiros dias após o parto, e que a versão II se administre após um mês de vida do bebê. Porém, com o objectivo de analisar a percepção que as grávidas adolescentes construíam acerca do seu bebê, ainda antes do nascimento, decidimos, à semelhança do efectuado por Jongenelen (2003), aplicar a primeira versão desta escala no período pré-natal. A segunda versão foi administrada ao grupo de mães adolescentes.

Também na nossa amostra, como podemos observar no Quadro 10, os valores do α de Cronbach das escalas O Bebê Típico, apesar de denotarem valores aceitáveis, demonstram alguma fragilidade, tanto no NPI-I (.63) como no NPI-II (.66). Os valores de α para as escalas O Seu Bebê são indicadores de boa consistência interna (.79 no NPI-I e .76 no NPI-II).

Todas as subescalas se correlacionam significativamente entre si.

Quadro 10 – GADOL: Estudos psicométricos do NPI - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

GADOL (N = 176)						
NPI	2	3	4	M	DP	α
NPI I						
1 O Bebê Típico	.408**	.817**	.338**	19.03	3.54	.63
2 O Seu Bebê		.321**	.672**	14.79	4.64	.79
NPI II						
3 O Bebê Típico			.426**	18.33	3.44	.66
4 O Seu Bebê				13.11	4.53	.76

** $p < .01$.

2.4.7. EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

A EPDS - Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-Parto foi desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky em 1987 e destina-se, como a própria designação indica, à detecção de sintomas de depressão pós-parto. É constituída por 10 itens, o que torna a sua administração rápida e fácil. Os autores avaliaram a fiabilidade dos resultados da escala através do método da divisão em duas partes iguais (split-half), tendo encontrado um coeficiente de partição de .880. Os itens revelaram também bons dados de consistência interna, que se traduz num valor α de Cronbach de .870 (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Em 1996, Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo publicaram os dados obtidos com a EPDS numa amostra de mulheres do Norte de Portugal (352 participaram 3 a 4 meses após terem dado à luz, tendo sido os resultados comparados com os de 118 mães e 118 mulheres que não tiveram filhos nos dois anos anteriores ao estudo). Nos estudos psicométricos efectuados, os autores obtiveram um resultado global médio de 7.2 (desvio-padrão de 4.7), sendo a correlação de todos os itens com o resultado global altamente significativa. Os autores utilizaram o ponto de corte definido para a escala original (13), tendo encontrado uma maior prevalência de sintomatologia depressiva entre as mulheres que se encontravam no período pós-natal.

A versão por nós utilizada foi a tradução efectuada por Figueiredo (1997), no âmbito da sua investigação de Doutoramento. A autora realizou estudos psicométricos prévios à utilização da escala, com uma amostra de 51 mulheres, tendo obtido um coeficiente α de Cronbach de .85 e o valor de .84 para a fiabilidade avaliada através do coeficiente de partição. Estudou ainda a fiabilidade dos resultados da sua versão traduzida da escala através do método de teste-reteste, no qual obteve um coeficiente de correlação de .75, calculado com base em 43 respostas a três administrações da escala, ao terceiro, sexto e 12º mês pós-parto. Os indicadores encontrados são significativos, garantindo a estabilidade e a consistência interna dos resultados desta versão.

A autora estudou ainda o valor da escala para discriminar mulheres com diagnóstico de depressão, tendo concluído, a partir dos resultados com a sua amostra, que o valor 9 se revela um ponto de corte mais adequado (as mulheres que obtiveram um resultado igual ou superior a 9 na escala encontravam-se clinicamente deprimidas em 100% dos casos, enquanto as que obtinham resultados inferiores a 9 se encontravam em 95% dos casos clinicamente não deprimidas), pois garantia uma margem de erro muito

reduzida ao estimar a presença de depressão pós-parto, tendo em conta os resultados da resposta ao questionário (Figueiredo, 1997). Em 2003, Cox e Holden apontam também este valor como aquele que permite detectar a quase totalidade de casos de depressão, com uma percentagem muito baixa de falsos negativos.

Uma vez que a EPDS não contém itens específicos acerca de questões relativas à maternidade ou ao bebé, tem sido utilizada não apenas para a triagem e detecção de sintomatologia depressiva no período pós-natal, mas em várias outras situações, e a sua aplicação não é exclusiva de amostras femininas. Os autores Cox e Holden (2003) citam estudos realizados na gravidez, doença terminal, estudos com pais e triagem de humor disfórico em famílias adoptantes. Actualmente, continua a ser um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente, quer na investigação epidemiológica, quer na investigação e intervenção clínica (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005; Bowen & Muhajarine, 2006; Cox & Holden, 2003).

Como podemos comprovar no Quadro 11, verificámos os dados de fiabilidade relativos à aplicação da escala EPDS à nossa amostra, tendo chegado a valores satisfatórios para o α de Cronbach, indicadores de boa consistência interna.

Quadro 11 – GADOL e GC: Estudos psicométricos da EPDS - Médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

	GADOL (N = 176)			GC (N = 176)		
	M	DP	α	M	DP	α
EPDS (total)	8.11	5.35	.79	9.78	5.22	.83

2.4.8. WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life

O Projecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) nasceu no seio da Organização Mundial de Saúde (OMS), no início da década de 90, com o objectivo de debater e clarificar o conceito de qualidade de vida (QdV) e, posteriormente, construir um instrumento para a sua avaliação. A OMS definiu QdV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e

preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Esta definição realça a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive, e a multidimensionalidade do conceito.

A versão abreviada do WHOQOL (WHOQOL-Bref) é constituída por 26 itens, organizados em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Comporta ainda uma faceta que avalia a QdV geral. O WHOQOL-Bref avalia 24 facetas específicas, isto é, cada faceta é avaliada por uma questão, correspondente a um item, à excepção da QdV geral, cuja avaliação engloba dois itens. Construído a partir da versão longa do WHOQOL (WHOQOL-100), distinguem-se na medida em que este avalia não quatro, mas seis domínios da QdV (inclui adicionalmente o Nível de Independência, que na versão breve se enquadra no domínio Físico, e Espiritualidade, que no WHOQOL-Bref se insere no domínio Psicológico). Estes instrumentos encontram-se actualmente disponíveis em mais de 40 idiomas, incluindo Português de Portugal.

Na versão desenvolvida em 1998 pelo WHOQOL Group, a versão breve do WHOQOL apresenta valores aceitáveis de consistência interna, avaliada pelo α de Cronbach em cada um dos quatro domínios, variando entre .66 (Relações Sociais) e .84 (Físico). Mostrou capacidade semelhante à da versão original com 100 itens para discriminar indivíduos saudáveis de doentes (os primeiros apresentam pontuações mais elevadas de QdV em todos os domínios, sendo as diferenças estatisticamente significativas). Revelou ainda características de uma boa estabilidade temporal, sendo que, na avaliação teste-reteste, as correlações encontradas variaram entre .66 (Físico) e .87 (Ambiente).

A versão portuguesa do WHOQOL-Bref foi construída e validada por uma equipa da Universidade de Coimbra coordenada por Adriano Vaz Serra e Maria Cristina Canavarro²⁴ (Vaz Serra et al., 2006). No estudo de validação, a escala demonstrou ter boas propriedades psicométricas. Tanto no conjunto dos quatro domínios (.79), como considerando cada um individualmente (Físico: .87; Psicológico: .84; Relações Sociais: .64; Ambiente: .78), os valores para o α de Cronbach são aceitáveis. No conjunto dos 26 itens, o valor do α de Cronbach foi de .92.

Nos Quadros 12 e 13, podem observar-se os valores obtidos relativamente à estatística descritiva, correlações e estudos de fiabilidade efectuados com os resultados da aplicação à nossa amostra.

²⁴ Para mais informações acerca do processo de validação dos instrumentos de avaliação da QdV da OMS (versões portuguesas), cf. <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

Quadro 12 – GADOL: Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

GADOL (N = 176)							
WHOQOL-Bref	2	3	4	5	M	DP	α
1 Faceta Geral	.315**	.520**	.397**	.421**	72.87	16.00	
2 Físico		.430**	.332**	.318**	73.94	12.18	.60
3 Psicológico			.524**	.580**	69.64	14.19	.75
4 Relações Sociais				.513**	69.83	18.85	.60
5 Ambiente					67.08	12.85	.70

** p < .01.

Quadro 13 – GC: Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

GC (N = 176)							
WHOQOL-Bref	2	3	4	5	M	DP	α
1 Faceta Geral	.532**	.587**	.429**	.604**	74.15	15.67	
2 Físico		.663**	.449**	.607**	71.85	13.65	.72
3 Psicológico			.584**	.595**	67.49	13.91	.74
4 Relações Sociais				.499**	70.73	16.37	.60
5 Ambiente					68.66	13.75	.79

** p < .01.

Na aplicação à amostra do nosso estudo, obtivemos valores α de Cronbach de .86 para a totalidade dos itens no GADOL e de .90 no GC. Os quatro domínios apresentam valores de α que variam entre .60 e .79, sendo aceitáveis para a consistência interna. Todos os domínios se correlacionam significativamente com a Faceta Geral da QdV.

2.4.9. PRQ – Pregnancy Research Questionnaire

O PRQ – Pregnancy Research Questionnaire, desenvolvido a partir de 1960 por Schaefer e Manheimer, é um instrumento de auto-resposta que permite estudar características específicas da vivência da gravidez (isto é, tem por objectivo a avaliação de sentimentos e reacções da mulher face à gravidez,

dimensões consideradas importantes para a adaptação ao longo da gestação e, posteriormente, na transição para a maternidade).

Construído inicialmente com o intuito iminente clínico de permitir a triagem de dificuldades no ajustamento emocional da mulher durante a gravidez (Schaefer & Manheimer, citado em Jongenelen, 2003), tem-se revelado um instrumento útil no estudo da associação entre o ajustamento emocional na gravidez e o bem-estar físico e psicológico na gestação e no pós-parto, a adaptação ao papel parental e à prestação de cuidados, e a qualidade da interacção entre a mãe e o bebé, assim contribuindo para a compreensão das diferenças individuais no ajustamento da mulher na gravidez e na transição para a parentalidade.

O instrumento é constituído por 29 itens, cada um com várias possibilidades de resposta (em escalas de tipo Likert). Esses itens agrupam-se permitindo avaliar seis dimensões: Medos em relação ao self (avalia medos, receios e preocupações presentes ao longo da gestação, relacionadas com mudanças no bem-estar físico, bem como a antecipação da experiência do parto), Dependência (verifica o quanto a mulher vivencia sentimentos de dependência em relação a outras pessoas, quer na gravidez, quer na antecipação das tarefas de prestação de cuidados do pós-parto), Desejo da gravidez (avalia o desejo de gravidez, quer prévio à ocorrência da gestação, quer actual), Medos em relação ao bebé (avalia os receios e preocupações da mulher relativamente ao estado de saúde fetal e à possibilidade de perda gestacional, bem como no que diz respeito à saúde, aparência e desenvolvimento do bebé após o parto), Sentimento materno (analisa os sentimentos da grávida relativamente à sua vivência e expectativas face ao papel materno) e Irritabilidade (averigua o grau de irritabilidade, tensão e tonalidade emocional negativa experienciado pela mulher ao longo da gravidez). O estudo original foi concretizado numa amostra de 150 grávidas, tendo sido obtidos indicadores de consistência interna (α de Cronbach) nas subescalas mencionadas que variaram entre 0.67 (Medos em relação ao self) e 0.94 (Dependência).

O PRQ foi traduzido para Português por Jongenelen (1998) e adaptado para a população portuguesa por Martins, Figueiredo, Jongenelen, Matos, Marques e Soares (citado em Jongenelen, 2003), através de dois estudos - um realizado com 50 grávidas adultas e 41 grávidas adolescentes, e outro com uma amostra de 112 grávidas adolescentes. No primeiro destes estudos, as autoras verificaram a existência de diferenças entre as grávidas adultas e as adolescentes, com as primeiras a apresentar um maior desejo da gravidez do que as segundas, e estas a manifestar maior necessidade de apoio; os resultados do segundo estudo revelaram

resultados indicadores de maior desejo de gravidez nas adolescentes que já se encontravam em situação de vivência conjugal ou quando afirmavam que a gravidez tinha sido planeada (Jongenelen, 2003).

No nosso estudo, a administração da escala revelou correlações significativas entre todas as subescalas e a nota global, embora algumas das subescalas não se correlacionem entre si. Obtiveram-se também alguns valores satisfatórios na avaliação da fiabilidade, com um α de Cronbach de .76 para o total de itens. Como se pode observar no Quadro 14, são aceitáveis os valores α de Cronbach para as subescalas Desejo de gravidez (.85), Medos em relação ao bebé (.62) e Irritabilidade (.72) - porém, as restantes subescalas apresentam valores muito baixos relativos à consistência interna, não oferecendo garantias de fiabilidade pelo que, em consonância com os critérios admitidos, foi decidido não as considerar no presente estudo.

Quadro 14 – GADOL_G: Estudos psicométricos do PRQ - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

PRQ	GADOL_G (N = 92)							M	DP	α
	2	3	4	5	6	7				
1 Total	.543**	.688**	.324**	.345**	.392**	.713**	95.25	11.33	.76	
2 Medos em relação ao self		.254*	.178	.345**	.186	.248*	6.43	1.79	.31	
3 Desejo de gravidez			.052	-.085	.202	-.218*	16.23	6.31	.85	
4 Dependência				.280*	-.046	.158	9.99	1.85	.56	
5 Medos em relação ao bebé					-.202	.230*	20.84	3.82	.62	
6 Sentimento materno						.193	13.04	2.38	.20	
7 Irritabilidade							29.04	4.73	.72	

* $p < .05$. ** $p < .01$.

2.4.10. EIPC – Escala de Investimento Parental na Criança (Parental Investment in the Child Questionnaire)

A EIPC – Escala de Investimento Parental na Criança é uma escala de auto-resposta construída por Bradley, Whiteside-Mansell e Brisby em 1997, e tem como objectivo avaliar o investimento socioemocional dos pais em relação aos filhos – segundo os autores, a EIPC não se destina a avaliar comportamentos ou competências parentais, mas sim atitudes, avaliando a disponibilidade (física e psicológica), responsividade e sensibilidade, bem como outros aspectos mais amplos dos comportamentos e atitudes parentais.

É formada por um total de 24 itens, numa escala de tipo Likert (com 4 pontos, variando desde Concordo fortemente a Discordo fortemente), e foi desenvolvida de forma a avaliar quatro constructos distintos (Bradley et al., 1997; Gameiro, Martinho, Canavarro, & Moura Ramos, 2008): Aceitação do papel parental (corresponde à incorporação deste valor e papel na identidade pessoal, e reflecte-se em escolhas consistentes por parte dos pais em agir no melhor interesse do filho), Prazer (avalia as interações positivas, tidas como facilitadoras do processo de vinculação e como motivação para estabelecer e aprofundar relações; expressa-se na alegria e prazer que os pais experimentam com o filho, incluindo o afecto e o desejo de passar tempo com a criança), Conhecimento e sensibilidade básico das necessidades da criança (aspectos considerados fundamentais para o estabelecer de relações de vinculação segura) e Ansiedade de separação (conceptualizada como um comportamento de vinculação parental, traduz preocupações relacionadas com separações da criança).

Os estudos psicométricos originais mostraram que estas quatro dimensões apresentavam valores moderados de consistência interna, com um α de Cronbach a variar entre .70 e .75. Apesar de se correlacionarem significativamente com o valor total da escala, parecem ser constructos relativamente distintos, na medida em que as correlações entre eles são fracas ou moderadas. Os autores concluíram assim que a escala não é unidimensional, aconselhando alguma precaução no uso do valor global, por o seu significado ser menos claro. A análise do teste-reteste revelou uma estabilidade temporal moderada a elevada das quatro subescalas.

A versão portuguesa da EIPC, por nós utilizada, é da autoria de Gameiro, Moura Ramos e Canavarro (2006) e foi validada por Gameiro et al. (2008) numa amostra constituída por 194 sujeitos maiores de 18 anos, pertencentes à população geral, com filhos com idades entre os 0 e os 37 meses, a frequentarem creches da zona centro do país (Leiria, Coimbra e Figueira da Foz). Os resultados encontrados indicam que a versão portuguesa da escala apresenta uma estrutura composta por três dimensões subjacentes, tendo sido excluídos os itens referentes à escala de Ansiedade de separação, por falta de robustez psicométrica (ficando a versão por nós utilizada constituída por 19 itens).

As escalas de Aceitação do papel parental, Prazer e Conhecimento e sensibilidade apresentam, respectivamente, um α de Cronbach de .68, .65 e .67, sendo levemente inferiores ao intervalo aconselhado de .70 a .90 (Streiner & Norman, 1995). Também a totalidade da escala apresenta um α de Cronbach um pouco abaixo do desejável: .67. Os valores do coeficiente de partição (split-half) e do coeficiente de

Spearman-Brown já estão, no entanto, acima dos valores mínimos recomendados, sendo respectivamente de .72 e .74, o que leva as autoras a considerar que, de uma forma geral, a versão portuguesa da EIPC manifesta índices de fiabilidade e validade satisfatórios, apresentando também uma boa estabilidade temporal, avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson entre os resultados obtidos no teste e os obtidos no reteste (Gameiro et al., 2008).

Na aplicação à amostra do presente estudo, a escala apresenta valores de consistência interna aceitáveis, como podemos constatar no Quadro 15.

Tal como no estudo de validação para a população portuguesa (Gameiro et al., 2008), todas as subescalas mostraram estar moderada ou fortemente correlacionadas com o valor total da EIPC. Apenas as subescalas de Prazer e Conhecimento e sensibilidade se correlacionam significativamente entre si.

Quadro 15 – GADOL_M: Estudos psicométricos da EIPC - Intercorrelações, médias, desvios-padrão e fiabilidade (consistência interna)

EIPC	GADOL_M (N = 84)			M	DP	α
	2	3	4			
1 Total	.743**	.540**	.393**	52.74	5.03	.65
2 Aceitação do papel parental		.095	.193	16.79	2.83	.62
3 Prazer			-.375**	22.79	3.47	.75
4 Conhecimento e sensibilidade				13.15	2.73	.60

** p < .01.

2.4.11. Escalas de adjectivos: Avaliação dos domínios conjugal, relacional e materno

Para além dos instrumentos acima descritos, foram utilizadas escalas de avaliação subjectiva para avaliar dimensões relativas ao domínio conjugal, familiar e maternal, bem como às redes de apoio percebidas. De acordo com a classificação proposta por Streiner e Norman (2003), estas devem designar-se por escalas de adjectivos, na medida em que apresentam um contínuo de adjectivos ou julgamentos relativos a uma determinada situação – sendo que cada grau identificado na escala corresponde a uma opção de resposta. Embora elaboradas de forma semelhante às escalas visuais analógicas, distinguem-se pela introdução de descritores adicionais intermédios.

Especificamente, através destas escalas avaliou-se a qualidade da relação com os pais, da relação conjugal e com o grupo de amigos, bem como a satisfação e a qualidade do apoio social recebido por parte destes elementos, e também por parte das instituições (escola e serviços de saúde). No caso das mães, foi ainda avaliada a satisfação com a interacção com o bebé, a percepção de competência na prestação de cuidados ao filho e a percepção de realização materna.

Cada uma das dimensões acima citadas foi avaliada pelas participantes num contínuo de 7 opções de resposta, que iam desde Extremamente má a Extremamente boa, para a avaliação da qualidade relacional percebida, de Nada satisfeita a Extremamente satisfeita, para a percepção de satisfação com o apoio social recebido e na relação com o recém-nascido, de Extremamente incompetente a Extremamente competente, para a percepção de competência materna, e de Nada realizada até Extremamente realizada, na percepção da realização materna.

Estas escalas foram seleccionadas por permitirem a avaliação de alguns aspectos relevantes para o estudo, mas que não constavam explicitamente em nenhum dos outros instrumentos. Constituem uma forma rápida e simples de obter informação, sem que isso implique a adição de instrumentos que tornariam a administração do protocolo morosa e inviável.

2.4.12. Grelhas de informação obstétricas e pediátricas

Utilizámos, neste estudo, dois tipos de grelhas de informação médica (obstétrica e pediátrica). Uma delas era dirigida à recolha de dados referentes à história de saúde prévia da jovem e de aspectos obstétricos da saúde reprodutiva e da gestação actual (curso da gestação, vigilância médica, número de ecografias, possíveis intercorrências clínicas durante a gravidez; no caso das participantes que já haviam dado à luz, a estes acresciam outros itens relativos ao tipo de parto, analgesia, possíveis complicações no pós-parto e utilização de contracepção depois do nascimento do bebé). A segunda grelha, destinada também às mães, recolhia informações sobre o estado do recém-nascido (sexo, idade gestacional, peso, índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, complicações neonatais e alimentação na altura da alta hospitalar), bem como dados posteriores de desenvolvimento geral (classificando o peso, a estatura e as competências motoras e cognitivas nas categorias Normal, Abaixo da média e Acima da média).

Para o registo e classificação destes dados recorreu-se quer aos profissionais de saúde que prestavam assistência às grávidas, mães e bebés, quer aos processos clínicos e ao boletim individual de saúde da grávida ou da criança.

3. Tratamento estatístico dos dados

Para o tratamento dos dados recolhidos foram utilizados métodos de estatística descritiva e inferencial. A análise estatística foi efectuada com recurso a diversos testes, seleccionados em função das características das variáveis consideradas e após verificados os pressupostos necessários (a identificação dos testes usados, para além desta apresentação geral, é feita junto dos respectivos resultados).

Foram considerados níveis de significação inferiores a .05 como indicando a existência de diferenças estatisticamente significativas. Optámos por utilizar testes paramétricos, por se revelarem mais robustos, pois, apesar de exigirem que as amostras comparadas sejam provenientes de uma distribuição normal, a violação deste pressuposto pode ser aceite nas situações em que o N seja superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2005), o que acontece neste caso.

Numa primeira fase, em que procedemos à caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas e outras variáveis individuais dos grupos que a constituem, recorremos sobretudo à estatística descritiva (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão).

Em seguida, com o intuito de averiguar diferenças entre os grupos em estudo, privilegiámos a estatística inferencial. Em função das análises e das variáveis consideradas, utilizaram-se procedimentos como testes de Qui-Quadrado (ou testes exactos de Fisher, no caso de tabelas 2x2 em que a frequência esperada em alguma célula era inferior a 5), testes t de Student para amostras independentes²⁵, análises de variância univariadas e multivariadas (ANOVA e MANOVA, respectivamente). A associação entre variáveis foi estudada através de correlações (para além do coeficiente de Pearson, recorremos à correlação point-biserial sempre que a variável era dicotómica e discreta - por exemplo, gravidez desejada vs. não desejada).

²⁵ O valor de t apresentado foi seleccionado tendo em conta o nível de significação estatística associado ao teste de Levene para a homogeneidade das variâncias (Field, 2009).

No estudo de modelos explicativos recorreremos a análises de regressão logística binária e de regressão múltipla linear e hierárquica.

O tratamento estatístico e a análise dos dados foram feitos com recurso à versão 17.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

5 | Apresentação dos Resultados

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados do estudo empírico, que seguirá a sequência estabelecida nos objectivos específicos enunciados no capítulo anterior.

A explanação dos resultados inicia-se pela descrição e comparação mais extensa dos grupos da amostra (adolescentes com e sem história de gravidez), relativamente aos vários contextos avaliados: individual (características sociodemográficas, exploradas mais aprofundadamente do que no capítulo prévio), escolar/profissional, familiar e relacional, saúde reprodutiva e outras variáveis individuais (características psicológicas, competências cognitivas e acontecimentos de vida).

Nos pontos seguintes, de acordo com o enunciado nos objectivos 2 e 3, exploramos características do grupo de grávidas adolescentes, particularmente no que concerne aos contextos associados à gravidez e ao seu impacto em diferentes áreas de vida da jovem e da rede de figuras significativas, passando em seguida à exposição dos resultados obtidos para a caracterização do grupo de mães adolescentes, onde, entre outros aspectos, procuramos esclarecer alguns ligados à relação com o bebé e ao exercício do papel materno.

Proseguimos, tal como formulado nos objectivos 4 a 6, apresentando os resultados das análises univariadas e multivariadas dos dados dos instrumentos de avaliação seleccionados, que permitem caracterizar dimensões da adaptação individual e relacional das adolescentes à gravidez e à maternidade, bem como contrastar os dois grupos relativamente aos indicadores de adaptação seleccionados.

Finalmente, nos dois últimos pontos, correspondendo ao proposto nos objectivos 7 e 8 do estudo, procuraremos explorar os resultados das análises univariadas e multivariadas dos dados dos instrumentos de avaliação e das variáveis avaliadas através de entrevista, procurando delinear modelos explicativos que auxiliem a compreensão dos determinantes associados quer à ocorrência de gravidez na adolescência, quer à (in)adaptação à gravidez e à maternidade.

1. Caracterização do GADOL e do GC: Aspectos sociodemográficos e projecto de vida

No capítulo anterior (cf. ponto 2.2.), apresentámos as principais características de cada um dos grupos que constitui a nossa amostra. Neste momento, de acordo com o enunciado no objectivo 1, e tendo em conta os dados das grelhas clínicas e sociais e as respostas à entrevista semi-estruturada, aprofundaremos o estudo de algumas variáveis sociodemográficas que a revisão da literatura científica efectuada salienta como relevantes na compreensão dos processos de ocorrência e adaptação à gravidez e à maternidade na adolescência.

Proseguiremos apresentando uma caracterização dos contextos relacionais (incluindo a caracterização das principais figuras da rede de apoio social, nomeadamente pais e companheiro). Procuraremos também estudar as experiências anteriores e actuais com a família de origem.

Em seguida, apresentaremos a caracterização dos dois grupos no que concerne à história de saúde sexual e reprodutiva, concretamente início e curso da vida sexual, práticas contraceptivas e conhecimento e prevenção de DST. Ambos os grupos serão ainda caracterizados em relação a outras variáveis individuais, como a vulnerabilidade ao stress, competências cognitivas e experiência de acontecimentos de vida adversos.

1.1. Residência

Na recolha da amostra, como mencionado, tentámos abranger o máximo possível de casos em cada ilha, dentro do tempo disponível. Verificamos no Quadro 16 que a proveniência das jovens acompanha a distribuição em termos de total da população nas diversas ilhas. Todas as ilhas se encontram

representadas, à excepção do Corvo. Como esperado, o maior número de jovens de ambos os grupos reside em S. Miguel, seguindo-se a Terceira e o Faial.

Quadro 16 – GADOL e GC: Ilha de residência

Residência - Ilha	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
S. Miguel	107	60.8	87	49.4
Santa Maria	7	4.0	4	2.3
Terceira	19	10.8	40	22.7
S. Jorge	8	4.5	9	5.1
Graciosa	6	3.4	1	0.6
Faial	22	12.5	27	15.3
Pico	5	2.8	8	4.5
Flores	2	1.1	0	0.0

Os grupos não são equivalentes na distribuição por ilhas [$\chi^2_{(7, N = 352)} = 17.187, p = .016$] – o número de adolescentes do GADOL, por exemplo, é superior ao número de jovens do GC em S. Miguel, Graciosa e Flores. Porém, a proporção de elementos de cada grupo na amostra segue a mesma tendência.

Residência por tipo de área urbana

Utilizando a Tipologia de Áreas Urbanas²⁶ (INE, 1998), verificámos a proveniência das jovens. A distribuição encontra-se no Quadro 17.

²⁶ A Tipologia de Áreas Urbanas (1998), actualmente em revisão por deliberação do Conselho Superior de Estatística, divide o território nacional em Áreas Predominantemente Urbanas, Áreas Medianamente Urbanas e Áreas Predominantemente Rurais, de acordo com as freguesias que as compõem. Classificam-se como freguesias urbanas, freguesias com densidade populacional superior a 500 habitantes/Km² ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes; como freguesias semi-urbanas, as não urbanas que possuam densidade populacional superior a 100 habitantes/Km² e inferior ou igual a 500 habitantes/Km², ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes; e como freguesias rurais, as que não se integram nas classificações anteriores (cf. http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SINEVers_Cat.aspx).

Quadro 17 – GADOL e GC: Tipo de área urbana

Tipo de área urbana	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Urbana	69	39.2	94	53.4
Semi-urbana	57	32.4	37	21.0
Rural	50	28.4	45	25.6

Há uma diferença significativa na distribuição [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 8.353, p = .015$], com o GADOL a apresentar uma percentagem inferior de adolescentes que provêm de zonas urbanas (39.2% vs. 53.4% no GC). Em ambos os grupos, a maioria das jovens provêm de zonas urbanas e semi-urbanas.

1.2. Estado civil: Padrão relacional e alterações em função da história de gravidez

Vimos no capítulo anterior, aquando da caracterização da amostra, que a distribuição dos grupos não é equivalente no que diz respeito ao estado civil [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 215.159, p < .001$], sendo que apenas 23.3% das adolescentes do GADOL são solteiras, percentagem que atinge os 99.4% no GC.

No GADOL, encontramos 76.1% das jovens em situação de coabitação conjugal (casamento ou união de facto, prevalecendo esta última situação – 37%), sendo que 0.6% (uma jovem) se diz separada, em processo de divórcio. Das jovens casadas, 13.1% optaram por um casamento religioso, e 26.1% por uma cerimónia civil²⁷.

Considerando as jovens solteiras, mas envolvidas no momento do estudo numa relação de namoro, encontramos que o tempo médio de namoro (em meses) das adolescentes e dos seus companheiros é 30.40 (DP = 18.10). A relação de namoro das adolescentes do GADOL é mais longa que a relação das adolescentes do GC (M = 15.78, DP = 14.28), sendo a diferença estatisticamente significativa e a magnitude de efeito moderada [$t_{(243)} = 6.301, p < .001, r = .37$].

²⁷ De acordo com os dados do INE de 2007, a Região Autónoma dos Açores é a zona do país com taxa mais elevada de nupcialidade, embora, tal como no resto do território, se assista a um decréscimo do número de casamentos, particularmente dos contraídos em cerimónias religiosas.

As jovens do GADOL parecem também iniciar mais cedo relações de coabitação com o companheiro, quando comparadas com as jovens do GC (como vimos, apenas uma das adolescentes sem história de gravidez afirma viver em união de facto).

Tendo apenas em conta as adolescentes do GADOL, verificámos no Capítulo 4 (cf. ponto 2.2.) que não há diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição dos grupos (grávidas e mães adolescentes) pelas categorias consideradas (solteira, casada ou em união de facto e separada/divorciada).

Sendo importante compreender se a gravidez é motivo para mudança do estado civil, ou se surge já no contexto de uma relação de coabitação conjugal, estendemos as análises relativas à duração média da relação com o companheiro, considerando separadamente o grupo de grávidas e de mães adolescentes (cf. Quadro 18).

Quadro 18 - GADOL_G e GADOL_M: Duração da relação com o companheiro

	GADOL_G (N = 92)	GADOL_M (N = 84)	t (gl)
	M (DP) (Mínimo – Máximo)	M (DP) (Mínimo – Máximo)	
Duração da relação com o companheiro (em meses)	24.24 (15.71) (4 – 84)	37.36 (18.19) (12 – 84)	-5.083*** (164)
Duração da relação conjugal com o companheiro (em meses; casamento ou união de facto)	13.31 (12.99) (1 – 34)	22.25 (15.37) (1 – 48)	-3.409** (115)

** p < .01. *** p < .001.

Teste t de Student para amostras independentes

Podemos verificar que as relações estabelecidas entre as adolescentes do GADOL e os companheiros são duradouras, com as mães adolescentes a apresentarem relações mais longas. As diferenças são altamente significativas, sendo a magnitude de efeito moderada na primeira variável (duração total da relação: $r = .30$) e pequena na segunda (duração da relação conjugal: $r = .14$). Tendo em conta os dados relatados acerca da duração da relação conjugal, e do tempo total de relação com o actual companheiro, verificámos a distribuição deste grupo considerando três categorias para a longevidade da

relação: menos de um ano, entre um e dois anos, e mais de dois anos. Os resultados podem observar-se na Figura 7.

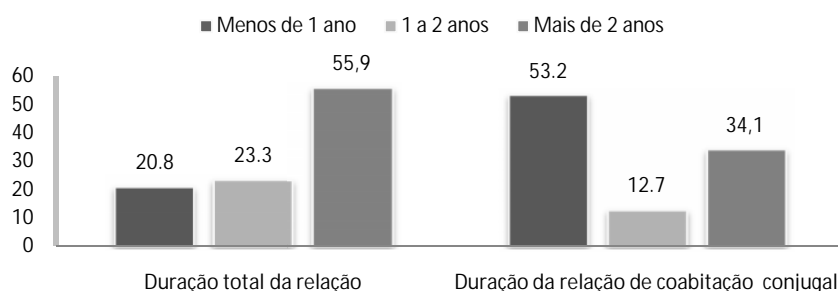


Figura 7 – GADOL: Duração da relação com o companheiro - categorias (%)

Considerando a duração da relação com o companheiro (pai do bebé), em 23.3% dos casos a gestação surge no contexto de uma ligação afectiva com duração superior a um ano e, para 55.9% das jovens, no de uma relação que dura há dois anos ou mais. Em 20.8% das situações, a relação iniciou-se há menos de um ano. Porém, pela análise dos valores mínimos e máximos de duração da relação, constatamos que, para cerca de 9.1% das grávidas e para 6.4% das mães adolescentes, a gravidez ocorreu no início do relacionamento com o companheiro (ou seja, a relação tem uma duração inferior a 9 meses, no caso das grávidas, ou de apenas 12 meses, no caso das mães²⁸).

Detendo-nos agora na duração da relação de coabitação conjugal (casamento ou união de facto), apuramos que, em cerca de 53.2% dos casos, esta teve início já durante a gravidez ou mesmo após o nascimento do bebé. Assim, embora, numa percentagem muito significativa de situações (46.8%), a gestação ocorra no contexto de uma relação de coabitação conjugal com duração superior a um ano, a gravidez parece ser um factor importante para precipitar a mudança de estado civil, com a passagem da relação de namoro para situações de coabitação com o companheiro.

²⁸ Recordamos que todas as mães adolescentes foram avaliadas a uma distância temporal de pelo menos 3 meses do parto.

1.3. Religião

A maioria das jovens refere professar uma religião, quer no GADOL (95.5%), quer no GC (96%). A religião católica é a mais escolhida. As jovens que afirmam uma confissão religiosa dizem-se, maioritariamente, praticantes (cf. Quadro 19).

Quadro 19 - GADOL e GC: Crença e prática religiosas

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Religião				
Católica	163	92.6	167	94.9
Outra	5	2.9	2	1.1
Nenhuma	8	4.6	3	1.7
Não responde	0	0.0	4	2.3
Prática religiosa				
Praticante	120	66.9	119	67.6
Não praticante	56	33.1	47	26.7
Não responde	0	0.0	10	5.7

Não existem diferenças significativas entre os grupos no que concerne à distribuição em termos de crença [$\chi^2_{(2, N = 348)} = 3.609, p = .165$] e de prática religiosa [$\chi^2_{(1, N = 342)} = 0.346, p = .201$].

1.4. Escolaridade

No ponto 2.2. do capítulo anterior, verificámos as diferenças gerais entre os grupos da amostra no que diz respeito às habilitações escolares, aqui representadas graficamente na Figura 8.

O GC apresenta habilitações escolares superiores às do GADOL, sendo as diferenças estatisticamente significativas (cf. Capítulo 4, ponto 2.2.). Neste segundo grupo encontramos, ainda que em pequeno número, jovens que não terminaram o 1º ciclo de escolaridade, apresentando menos de 4 anos de escolaridade (1.7%), e 28.9% que apresentam habilitações ao nível do 2º ciclo ou inferiores. Enquanto no GADOL as adolescentes apresentam maioritariamente habilitações ao nível do 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade), no GC predomina a frequência do Ensino Secundário.

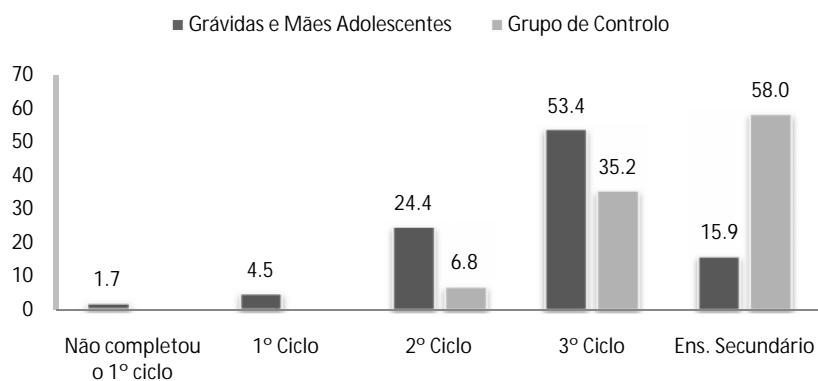


Figura 8 – GADOL e GC: Habilitações escolares (%)

No capítulo anterior, verificámos também a distribuição das grávidas e mães adolescentes por categoria de habilitações escolares. A Figura 9 ilustra essa distribuição.

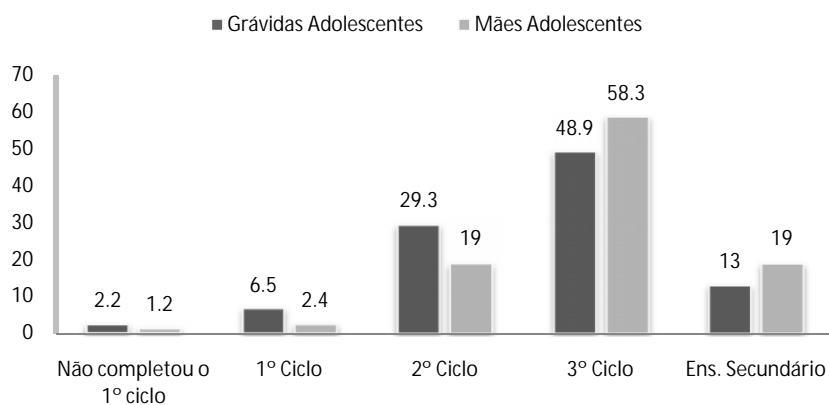


Figura 9 – GADOL_G e GADOL_M: Habilitações escolares (%)

Apesar de, como vimos anteriormente, não haver diferenças estatisticamente significativas em relação às habilitações escolares nos dois grupos, verifica-se uma maior percentagem de mães

adolescentes a frequentar/ter frequentado o 3º ciclo de escolaridade e o Ensino Secundário, sendo menor a percentagem destas jovens que apenas possui o 2º ciclo ou menos habilitações.

1.4.1. Tipo de ensino frequentado

No Quadro 20, encontramos a distribuição dos grupos pelo tipo de ensino frequentado actualmente ou no momento em que as participantes abandonaram o sistema educativo (tópico que abordaremos posteriormente): regular ou profissional. Existem diferenças significativas [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 4.246, p = .039$] entre os grupos nesta variável: no GADOL, a percentagem de adolescentes a frequentar o ensino profissional é menor do que no GC (14.2% vs. 22.7%), ocorrendo o inverso no que toca ao ensino regular (85.8% vs. 77.3%).

Quadro 20 - GADOL e GC: Tipo de ensino frequentado

Tipo de ensino	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Ensino regular	151	85.8	136	77.3
Ensino profissional	25	14.2	40	22.7

1.4.2. Número de reprovações

As adolescentes do GADOL registam também maior número de reprovações. A diferença entre os grupos quanto à existência ou não de reprovações é significativa [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 58.635, p < .001$]. Também diferem quanto ao número médio de reprovações e à distribuição por categorias, em termos de número de reprovações [$\chi^2_{(3, N = 352)} = 45.257, p < .001$] (cf. Quadro 21).

A diferença é particularmente evidente quando se considera a percentagem de adolescentes em cada grupo que não refere nenhuma reprovação (apenas 11.36% no GADOL contra 48.86% no GC).

Estes resultados permitem concluir que o percurso escolar das adolescentes do GADOL é marcado por mais experiências de retenção e insucesso.

Quadro 21 - GADOL e GC: Número de reprovações no percurso escolar

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		t (gl)
Número de reprovações	M (DP) (Mínimo – Máximo)		M (DP) (Mínimo – Máximo)		5.994*** (315)
	n	%	n	%	
Reprovações					
Sem reprovações	20	11.36	86	48.86	
Com reprovações	156	88.64	90	51.14	
Número de reprovações (categoria)					
Nenhuma	20	11.36	86	48.86	
1 reprovação	40	39.8	54	30.7	
2 reprovações	70	22.7	28	15.9	
3 ou mais reprovações	13	7.4	6	3.4	
s/informação	33	18.8	2	1.1	

*** p < .001.

Teste t de Student para amostras independentes

1.4.3. Abandono escolar e saída do sistema de ensino²⁹

Verificámos, entre as participantes do GADOL³⁰, quais as que haviam abandonado o sistema de ensino no momento da avaliação para este estudo, bem como o ano de escolaridade em que a saída da escola ocorreu. Os resultados constam no Quadro 22.

²⁹ Ao abordar os fenómenos de insucesso e abandono escolar, são habitualmente considerados três indicadores fundamentais: a taxa de abandono escolar (definida como o total de indivíduos, no momento censitário, com 10-15 anos que não concluíram o 3º ciclo e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário), a taxa de saída antecipada (ou seja, o total de indivíduos, no momento censitário, com 18-24 anos que não concluíram o 3º ciclo e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário), e a taxa de saída precoce (entendida como o total de indivíduos, no momento censitário, com 18-24 anos que não concluíram o Ensino Secundário e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário). Porém, é frequente encontrarmos estudos e estatísticas oficiais que designam por abandono escolar a saída do sistema de ensino de jovens de uma determinada faixa etária, como se constata nos dados aqui citados. No nosso estudo, uma vez que todas as participantes da amostra se situam nos intervalos de idades considerados nas várias definições mencionadas [12-20], utilizaremos a designação “abandono escolar e saída do sistema de ensino” para referir todas as participantes que, no momento da avaliação para o estudo, se encontravam já excluídas do sistema de ensino, sem terem completado o ensino obrigatório (3º ciclo) ou o secundário. Porém, e por este motivo, os valores da amostra não são directamente comparáveis com as estatísticas nacionais e regionais, sendo indicativas do contexto escolar vivenciado nos dois grupos da amostra.

A taxa de abandono escolar é muito elevada entre as adolescentes do GADOL (78.4%, sendo de 73.9% entre as grávidas e de 83.3% no grupo de mães). As taxas mais elevadas de abandono encontram-se no 3º ciclo (no total, 54.7% das jovens grávidas e mães abandonam nesta fase), o que é provavelmente esperado dada a actual obrigatoriedade de frequência escolar até ao 9º ano. Porém, apesar disso, registam-se jovens cuja saída da escola ocorre antes de atingido esse nível de escolaridade. Como é de esperar, é entre as adolescentes mais velhas (18 a 20 anos), particularmente entre as mães adolescentes, que encontramos as taxas mais elevadas de saída da escola.

Quadro 22 - GADOL_G e GADOL_M: Abandono escolar e saída do sistema de ensino

	GADOL_G (N = 92)						GADOL_M (N = 84)						Total GADOL	
	Grupo etário						Grupo etário							
	12 - 15 anos		16 - 17 anos		18 anos ou mais		12 - 15 anos		16 - 17 anos		18 anos ou mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abandono escolar														
Sim	6	33.3	34	81.4	28	82.4	1	50.0	16	70.8	53	91.4	135	78.4
Não	9	66.6	9	18.6	6	17.6	1	50.0	8	29.2	5	8.6	41	21.6
Abandono escolar: Ciclo de ensino em que ocorreu														
1º ciclo	0	0.0	4	11.4	4	14.3	0	0.0	1	6.3	2	3.8	11	7.9
2º ciclo	2	33.3	13	37.1	9	32.1	1	100.0	3	18.8	10	18.9	38	27.3
3º ciclo	4	66.6	15	42.9	12	42.9	0	0.0	10	62.5	35	66.0	76	54.7
Ensino Secundário	0	0.0	3	8.6	3	10.7	0	0.0	2	12.5	6	11.3	14	10.1

Estudámos a distribuição do grupo de grávidas e mães adolescentes em função do ano de escolaridade em que ocorreu a exclusão do sistema de ensino.

Considerando as percentagens cumulativas, notamos que 35.3% das adolescentes abandonam a escola antes de completar o 7º ano de escolaridade, 63.3% fazem-no antes de terminar a escolaridade obrigatória e 89.9% das jovens do GADOL não chegam a frequentar o Ensino Secundário. O 6º, 7º e 9º

³⁰ Nos estudos relativos à saída do sistema de ensino, consideraremos apenas o GADOL já que, como foi anteriormente descrito (cf. Capítulo 4), constituiu critério de inclusão no GC o facto de as jovens frequentarem a escola.

anos de escolaridade representam pontos críticos, em que se registam as maiores taxas de saída do sistema de ensino (respectivamente 15.8%, 18.1% e 26.6%).

Uma vez que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos de grávidas e mães adolescentes quanto ao ano de escolaridade em que ocorreu a saída do sistema de ensino [$\chi^2_{(10, N = 135)} = 22.500, p = .013$], explorámos essas diferenças, que se representam na Figura 10. Verificamos que, enquanto no grupo de mães adolescentes temos 51.5% de jovens a abandonar a escola antes do 9º ano, no grupo de grávidas essa percentagem sobe aos 76.8%. Por outro lado, é mais elevado o número de grávidas adolescentes que abandona a escolaridade no 1º e 2º ciclo (46.4% vs. 25% de mães adolescentes), e menos elevado o das que prosseguem os estudos até ao Secundário (8.7% vs. 11.8% de mães adolescentes).

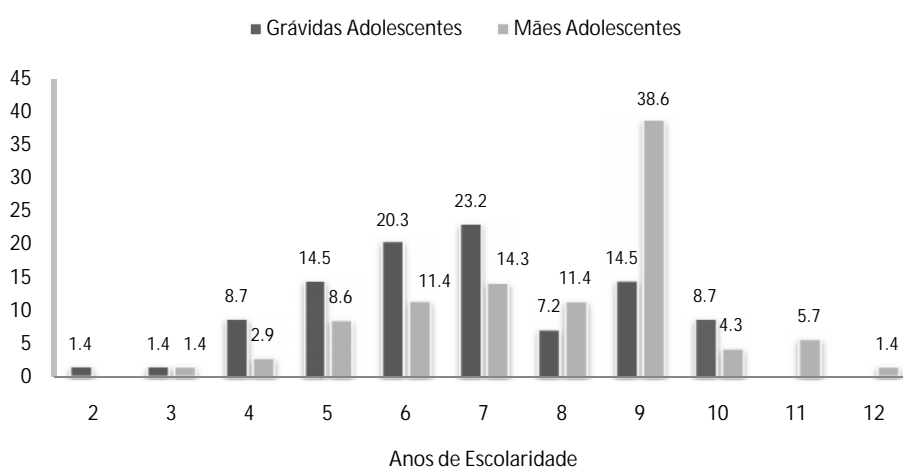


Figura 10 – GADOL_G e GADOL_M: Ano de escolaridade em que ocorreu o abandono do sistema de ensino (%)

O abandono do sistema de ensino foi, na maioria dos casos, prévio à ocorrência de gestação (70.5%). Nos restantes 29.5% das situações, a saída da escola aconteceu durante a gravidez ou após o nascimento do bebé (frequentemente, não aconteceu o regresso à escola, depois dos primeiros meses de vida do bebé).

Motivos para o abandono escolar e saída do sistema de ensino

Averiguámos os motivos apontados pelas adolescentes para justificar o abandono escolar/saída do sistema de ensino. Inicialmente, elencámos todas as respostas a esta questão recolhidas na entrevista; estas razões foram posteriormente agrupadas em categorias, com o objectivo de esclarecer a área de funcionamento que mais parece influenciar a decisão de abandonar a escolaridade. Assim, considerámos motivos relativos à vivência escolar (insucesso, desmotivação, dificuldades no relacionamento com professores e/ou colegas, ...), à família e relações afectivas (os pais ou o companheiro não queriam que continuassem a estudar, ...) e as dificuldades económicas (necessitar de trabalhar para ajudar a família, ter de tomar conta dos irmãos/do filho, ...). Por se distinguir dos outros motivos, mantivemos a ocorrência de gravidez/ter um filho como categoria autónoma. Os resultados constam no Quadro 23.

Quadro 23 - GADOL_G e GADOL_M: Motivos para o abandono escolar e saída do sistema de ensino

Motivos	GADOL_G (N = 69)		GADOL_M (N = 70)		Total GADOL (N = 139)	
	n	%	n	%	n	%
Escola	42	60.3	27	38.6	69	49.6
Família e relações afectivas	7	10.3	6	8.6	13	9.4
Dificuldades socioeconómicas	6	8.8	10	14.3	16	11.5
Gravidez/maternidade	14	20.6	27	38.6	41	29.5

As grávidas e mães adolescentes não se distribuem de forma equivalente por estas categorias [$\chi^2_{(3, N = 139)} = 8.453, p = .036$].

Pela análise do quadro anterior, notamos que as razões relativas à escola e ao sistema de ensino (desmotivação, falta de interesse, insucesso, indisciplina) são as mais apontadas (globalmente, por 49.6% das jovens), sobretudo pelo grupo de grávidas adolescentes (60.3% vs. 38.6% no grupo de mães). Logo em seguida, aparece o ter engravidado ou ter tido um filho como factor para desistir dos estudos (entre as mães adolescentes, é o motivo invocado em 38.6% das situações; embora seja mais mencionado do que no grupo de grávidas – 20.6% – tem um peso idêntico ao dos motivos relacionados com a escola). A pressão de pais e familiares (9.4%) e dificuldades socioeconómicas que precipitam a saída para ajudar a família ou para tentar ingressar no mercado de trabalho (11.5%) são as outras categorias de motivos referidas.

Constatámos ainda que os aspectos relacionados com a vivência escolar são os mais invocados para justificar a saída do sistema de ensino em qualquer dos ciclos de escolaridade, à excepção do Ensino Secundário, no caso das mães adolescentes: 75% das participantes deste grupo indicam a gravidez/maternidade como motivo de abandono. A ocorrência de gravidez ou o nascimento de um filho surgem em segundo lugar quando a saída ocorreu no 3º ciclo (grávidas e mães adolescentes) ou no Ensino Secundário (apenas para as grávidas adolescentes, como vimos) (cf. Quadro 24).

Quadro 24 - GADOL_G e GADOL_M: Motivos para o abandono escolar por ciclo de escolaridade em que ocorreu

Motivos	GADOL_G (N = 92)								GADOL_M (N = 84)							
	1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Ensino Secundário		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Ensino Secundário	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escola	5	62.5	17	70.8	17	54.8	3	50.0	1	33.3	5	35.7	20	45.5	1	12.5
Família e relações afectivas	2	25.0	2	8.3	2	6.5	1	16.5	0	0.0	1	7.1	5	11.4	0	0.0
Dificuldades socioeconómicas	1	12.5	3	12.5	2	6.5	0	0.0	1	33.3	5	35.7	3	6.8	1	12.5
Gravidez/maternidade	0	0.0	2	8.3	10	32.3	2	33.3	1	33.3	3	21.4	16	36.4	6	75.0

Ao verificarmos o ciclo de escolaridade em que ocorreu o abandono, o momento do abandono relativamente à gravidez (antes ou depois de esta acontecer), e os motivos apontados para tal, parece emergir uma tendência – as grávidas entram em situação de abandono escolar mais precocemente do que o fizeram as mães adolescentes (apesar de a média de idades destas ser superior em apenas um ano à das grávidas, como vimos no Capítulo 4).

Motivação para prosseguir ou não o percurso escolar

Inquirimos as participantes no estudo acerca da motivação para continuar a estudar ou para voltar à escola (no caso das jovens que se encontravam já fora do sistema de ensino), e encontrámos diferenças significativas [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 67.50, p < .001$] entre o GADOL e o GC: enquanto apenas 50.4% das adolescentes do GADOL menciona que gostaria e/ou pretende continuar ou voltar a estudar, cerca de 93% das jovens do GC afirma a intenção de prosseguir os estudos. Na Figura 11, podemos observar como se

distribuem as jovens de cada grupo, em função da vontade expressa de continuar ou não os estudos e, no primeiro caso, em que tipo de ensino o desejam fazer.

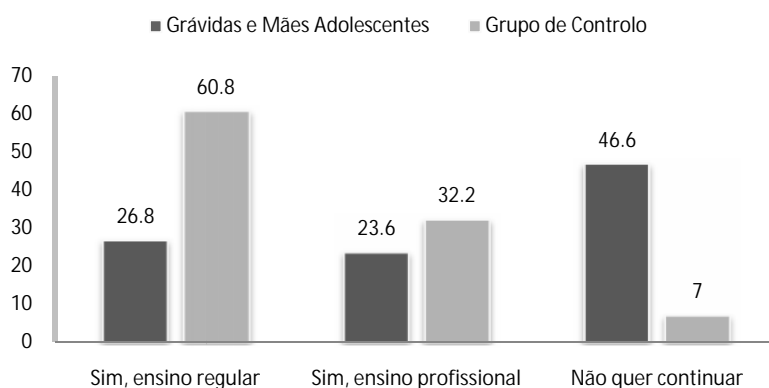


Figura 11 – GADOL e GC: Intenção expressa de prosseguir ou não os estudos (%)

De entre as adolescentes que afirmam a vontade de continuar a estudar, verificam-se também diferenças [$\chi^2_{(3, N = 254)} = 63.254, p < .001$] entre o GADOL e o GC, relativamente ao nível de ensino que pretendem concluir: entre as jovens com história de gravidez, 38.3% referem pretender concluir o 9º ano, 51.7% tencionam prosseguir até ao 12º ano e apenas 8.3% aspiram a ingressar no Ensino Superior. Por sua vez, no GC, 53.9% afirmam a intenção de frequentar um curso superior, 37.4% querem concluir o 12º ano e só 8.7% pretendem terminar o percurso académico no final do 9º ano.

Explorámos também os motivos expressos pelas adolescentes com e sem história de gravidez³¹ quer para justificar a vontade de continuar a estudar, quer para explicar a sua falta de interesse em prosseguir os estudos. Tal como na avaliação dos motivos expressos para justificar a saída do sistema de ensino, listámos todas as respostas recolhidas nesta questão da entrevista e procedemos depois à sua classificação em categorias. Os resultados obtidos constam no Quadro 25.

Assegurar um futuro melhor e ter melhores hipóteses de empregabilidade é a principal razão apontada pelas jovens que pretendem continuar a estudar ou expressam a intenção de regressar à escola

³¹ Refira-se que algumas das adolescentes do GADOL em situação de abandono escolar no momento da avaliação expressavam a intenção de voltar à escola alguns meses após o parto.

- é indicado prioritariamente pelas grávidas e mães adolescentes. É este grupo que menos refere razões ligadas à valorização profissional e à preparação para exercer uma profissão da sua escolha (estas justificações estão incluídas na designação desenvolvimento pessoal e aspirações profissionais). As diferenças na distribuição entre o GADOL e o GC não são estatisticamente significativas [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 1.845$, $p = .174$).

Quadro 25 - GADOL e GC: Motivos expressos para continuar ou retomar o percurso escolar

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Motivos para continuar na escola				
Financeiros: obter melhores condições de vida	125	71.2	108	61.1
Desenvolvimento pessoal e aspirações profissionais	51	28.8	68	38.9
Motivos para não continuar na escola				
Dificuldade de conciliação com o papel materno	69	39.3	-	-
Dificuldades socioeconómicas	17	9.6	50	28.6
Desinteresse/desmotivação pelos estudos	90	50.8	126	71.4

Relativamente aos motivos invocados para justificar a vontade de não retomar o percurso escolar, encontramos diferenças entre o GADOL e o GC: enquanto no GC as jovens referem o facto de já terem alcançado os seus objectivos académicos, não percepcionando vantagens em continuar na escola (71.4%), entre as adolescentes com história de gravidez essa justificação (50.8%) é acompanhada de perto pela percepção da dificuldade em conciliar os estudos com o papel materno.

1.5. Situação profissional

Nas análises seguintes, consideramos apenas o GADOL, pois todas as jovens do GC são estudantes, não tendo ingressado ainda no mercado de trabalho.

A maioria das adolescentes com história de gravidez encontra-se desempregada ou inactiva (62.5%). No Quadro 26, podemos verificar que, apesar da maioria das adolescentes do GADOL não ter qualquer ocupação profissional, há significativamente mais mães adolescentes empregadas, quando as comparamos com o grupo de grávidas [$\chi^2_{(2, N = 176)} = 9.869$, $p = .007$].

Quadro 26 – GADOL_G e GADOL_M: Situação profissional

Situação profissional	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)	
	n	%	n	%
Empregada	6	6.5	19	22.6
Desempregada/Inactiva	63	68.5	51	60.7
Estudante	23	25.0	14	16.7

As profissões exercidas pelas adolescentes destes grupos são pouco qualificadas, correspondendo às baixas habilitações académicas maioritariamente exibidas e constatadas em pontos anteriores (entre as mais frequentes encontramos empregada de limpeza e empregada de caixa/de balcão).

Satisfação com a situação profissional

Das adolescentes empregadas, 81.4% dizem-se satisfeitas com o seu trabalho, enquanto 18.6% se revelam insatisfeitas. Na Figura 12, encontramos as razões manifestas na entrevista para a satisfação.

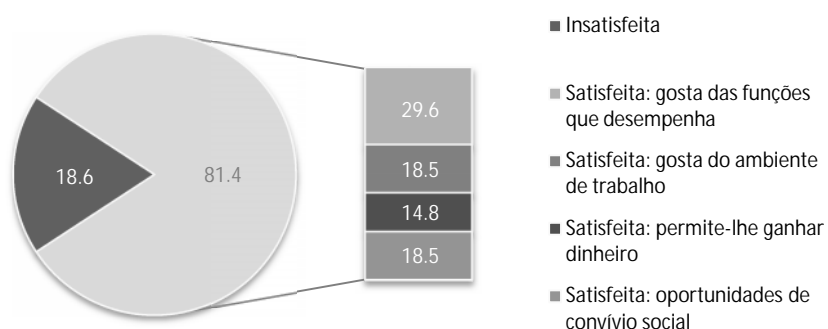


Figura 12 – GADOL: Motivos para a satisfação manifestas (%)

Para justificar a insatisfação as adolescentes referem o baixo salário, dificuldade na relação com a entidade patronal e más condições de trabalho (tarefas fatigantes e horário longo).

Desemprego e procura activa de emprego

As jovens desempregadas foram inquiridas quanto à disposição para procurar trabalho. Cerca de 71% referiram não ter no momento intenção de procurar emprego, enquanto 28.7% afirmam estar à procura - as razões invocadas para a vontade de procurar emprego prendem-se com motivações económicas (87.5%) e realização profissional (12.5%). Os motivos apontados como justificação para não procurar trabalho no momento presente ligam-se sobretudo à fase do ciclo de vida - assim, 28.4% das jovens mencionam a gravidez ou a maternidade (ter um bebé pequeno) como principal factor para não procurar um emprego. São também citados ainda estar a estudar ou querer retomar os estudos (14.2%), não ter idade para ingressar no mercado de trabalho (5.7%) e outros motivos (5.7%), nos quais se incluem não querer trabalhar fora de casa, motivos de saúde ou o companheiro não permitir que trabalhe.

Quando as jovens grávidas são confrontadas com a questão da vontade de procurar emprego e trabalhar depois de o bebé crescer o suficiente para poder ser entregue aos cuidados de outras pessoas/instituições, a maioria (80.0%) responde querer fazê-lo. Porém, ao considerarmos as respostas das adolescentes que já são mães, há pelo menos 3 meses, verificamos que cerca de 62.3% não está a procurar trabalho.

Considerando o tempo decorrido desde o nascimento dos filhos, entre as adolescentes que já são mães há mais de 12 meses, a maioria (55%) não está activamente a tentar ingressar no mercado de trabalho. Entre as mães há menos de um ano, esta percentagem ascende aos 65.8%.

1.6. Projecto de vida, expectativas e satisfação pessoal

Procurámos sondar como perspectivam as participantes no estudo o seu futuro, investigando até que ponto têm ideias definidas sobre o que querem atingir em várias áreas de vida, como a escola, a

profissão ou a família. Em seguida, tentámos explorar até que ponto as adolescentes da amostra se sentem satisfeitas com as suas condições de vida. Apresentamos em seguida estes resultados.

1.6.1. Projectos futuros: (In)definição e aspirações

Comparámos os dois grupos da amostra quanto à definição ou indeterminação dos seus projectos em áreas de vida como a escola, profissão e família (conjugalidade e maternidade).

Quadro 27 - GADOL e GC: Projectos de vida

Projectos de vida	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Escolaridade: prosseguir ou não os estudos				
Tem projecto	76	43.2	122	69.3
Não tem projecto	100	56.8	54	30.7
Profissão: carreira profissional e escolha de profissão				
Tem projecto	123	69.9	130	73.9
Não tem projecto	53	30.1	46	26.1
Conjugalidade (futuro do namoro/relação conjugal)				
Tem projecto	87	49.4	61	34.7
Não tem projecto	89	50.6	115	65.3
Maternidade (ter filhos/ter outros filhos)				
Tem projecto	75	42.6	66	37.5
Não tem projecto	101	57.4	110	62.5

Comparando as grávidas e mães adolescentes com o GC, verificamos que a distribuição pelas categorias tem planos/não tem planos definidos se diferencia significativamente nas áreas relativas à escolaridade [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 24.427, p < .001$] (as jovens do GC afirmam em maior número ter ideias definidas quanto ao seu percurso escolar) e ao projecto de vida de conjugalidade [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 7.881, p = .005$] (verificando-se que são as jovens do GADOL que mais afirmam ter planos definidos nessa área).

Não há diferenças significativas entre os grupos no que concerne ao trabalho/escolha de profissão - a maioria das jovens em ambos os grupos afirma ter ideias concretas nesta área [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 0.689, p = .407$] e ao projecto para ter (outros) filhos - a maioria das jovens em ambos os grupos afirma não ter projectos concretos [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 0.958, p = .328$].

Foi ainda explorado, junto das jovens que afirmavam possuir planos definidos em cada uma das áreas anteriores, quais os projectos que pretendiam concretizar. Considerámos pertinente, nesta análise, analisar separadamente os subgrupos de grávidas e mães adolescentes, por colocarmos a possibilidade de a vivência do papel materno e o confronto com as exigências do nascimento de um filho poderem exercer impacto nos projectos de vida futuros. Os resultados constam nos pontos seguintes.

Projecto de vida: Escolaridade

Existem diferenças significativas entre os grupos no que toca aos projectos mencionados relativamente ao contexto escolar [$\chi^2_{(9, N = 198)} = 111.074, p < .001$]. Os resultados vão ao encontro dos apresentados anteriormente, ao explorar as habilitações académicas e o abandono escolar. São as jovens do GC que apresentam ideias mais definidas em relação à continuação dos estudos, pretendendo na sua maioria frequentar e concluir o Ensino Superior (o que só ocorre numa minoria de adolescentes do GADOL).

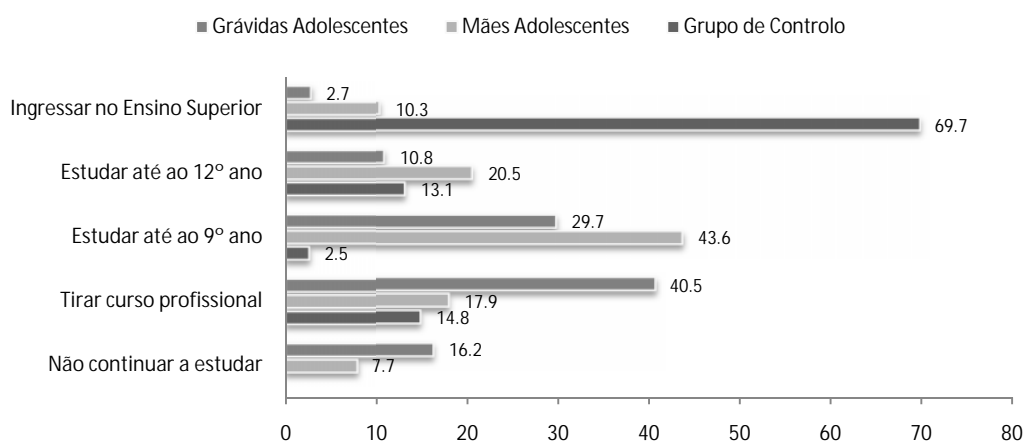


Figura 13 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relacionados com a escolaridade (%)

Maioritariamente, o projecto das mães adolescentes é concluir o 3º ciclo de escolaridade no ensino regular, enquanto as grávidas adolescentes respondem sobretudo querer tirar um curso profissional (cf. Figura 13).

Projecto de vida: Profissão

Relativamente às aspirações quanto ao exercício de uma profissão, no GC, a maioria das jovens pretende terminar a escolaridade (seja curso profissional ou superior) e procurar emprego na sua área de formação. No GADOL, a maioria manifesta indefinição quanto às opções a seguir, mencionando que pretende procurar um trabalho qualquer. Apesar disso, uma percentagem mais elevada de mães adolescentes afirma querer procurar um trabalho específico, mostrando ter preferências acerca da profissão que desejaria desempenhar. São também jovens deste subgrupo, apesar de numa percentagem pouco expressiva (3.8%), que afirmam pretender trabalhar e estudar simultaneamente.

As diferenças na distribuição dos grupos pelas várias categorias são estatisticamente significativas [$\chi^2_{(6, N=253)} = 78.198, p < .001$].

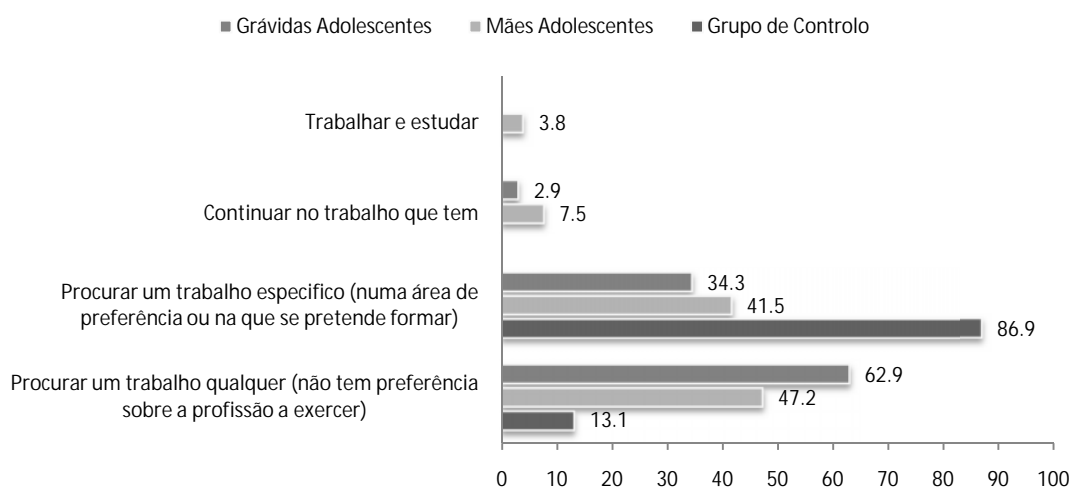


Figura 14 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à profissão (%)

Projecto de vida: Conjugalidade

A maioria das jovens de todos os grupos indica como projecto de vida, a curto ou médio prazo, casar ou iniciar uma união de facto com o companheiro ou continuar a relação em que estão envolvidas³². No GADOL, encontramos cinco adolescentes que, tendo terminado a relação com o pai do seu bebé, afirmam como projecto não querer novos envolvimento afectivos (cf. Figura 15). Existem diferenças significativas quando consideramos os projectos das adolescentes dos três grupos relativamente a esta área de vida [$\chi^2_{(9, N = 148)} = 27.607, p = .001$].

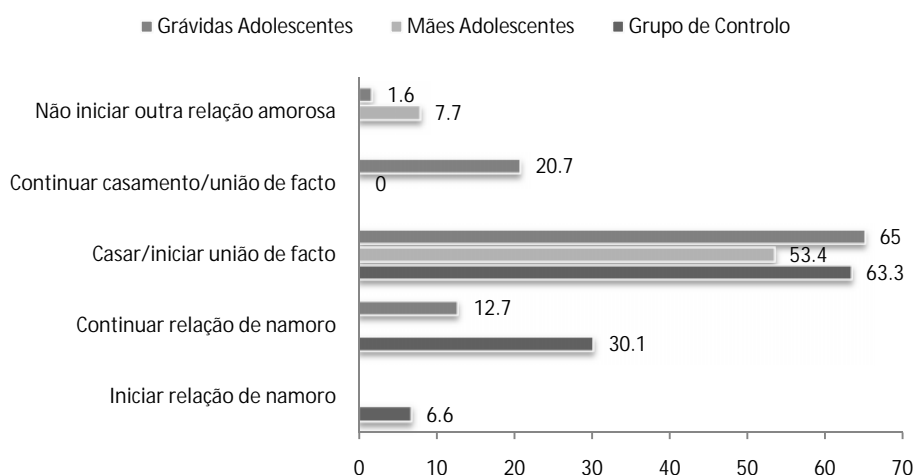


Figura 15 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à conjugalidade (%)

Projecto de vida: Maternidade

Sabendo, quer da revisão da literatura científica, quer da leitura das estatísticas nacionais e internacionais, que o risco de recorrência de nova gravidez em mães adolescentes é elevado, inquiriu-se

³² Como constatámos em pontos anteriores, na amostra encontramos poucas jovens sozinhas ou separadas dos companheiros. Nenhuma jovem refere ter já estabelecido nova relação com um companheiro que não o pai do bebé. Por parcimónia, optamos por designar os namorados/companheiros/maridos das participantes da amostra (que, no caso das adolescentes com história de gravidez, são simultaneamente, em todas as situações avaliadas, o pai do bebé da jovem grávida ou mãe) por companheiro, por nos parecer a designação mais abrangente e inclusiva.

também qual o projecto das jovens relativamente a ter outros filhos (ou ter filhos, no caso do GC). Os resultados são ilustrados pela Figura 16.

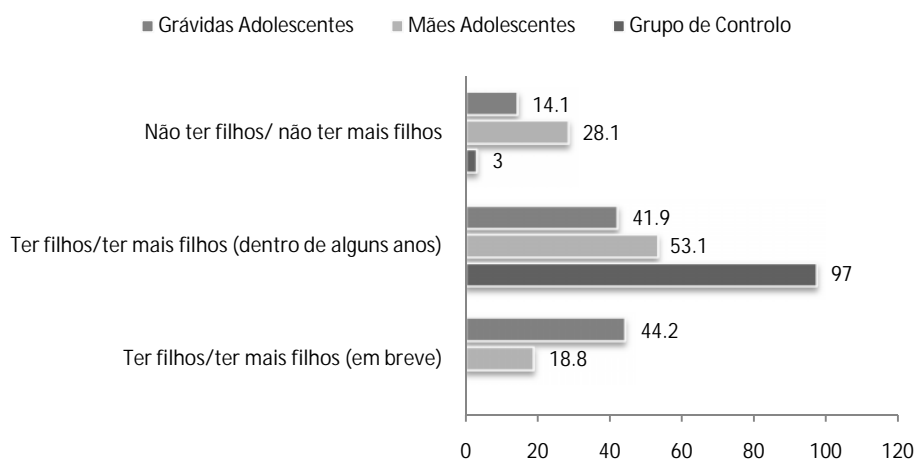


Figura 16 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Projectos relativos à maternidade (%)

A maioria das adolescentes do GC e do grupo de mães afirma pretender ter filhos ou ter mais filhos, a médio/longo prazo. Nenhuma jovem do GC refere pretender ter filhos em breve. Porém, esse projecto é indicado pela maioria das grávidas adolescentes (44.2%) e por 18.8% das mães adolescentes. Existem diferenças significativas na distribuição dos três grupos relativamente a esta área de vida [$\chi^2_{(4, N = 141)} = 53.119, p = < .001$].

1.6.2. Fontes de satisfação pessoal

As participantes foram questionadas acerca de áreas da sua vida que representam fontes de satisfação pessoal (cf. Quadro 28). Recolheram-se todas as dimensões mencionadas, que foram depois agrupadas em categorias (esta era uma questão de resposta aberta, pelo que podiam ser enumeradas todas as áreas consideradas satisfatórias pelas adolescentes – o que leva a que as percentagens anotadas no Quadro 28 possam ser superiores a 100). Tal como nos pontos anteriores, analisámos em separado as

respostas das grávidas e das mães adolescentes, pois a transição para a maternidade pode ser um factor relevante na consideração dos motivos de satisfação e insatisfação pessoal (estes últimos serão apresentados no ponto seguinte).

Quadro 28 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Fontes de satisfação pessoal

Fontes de satisfação	GADOL (N = 176)				GC (N = 176)	
	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)		n	%
	n	%	n	%	n	%
Gravidez/bebé	44	47.8	77	91.7	-	-
Relação com companheiro	25	27.2	15	17.9	46	26.6
Relação com os amigos	5	5.4	0	0	91	52.6
Família	17	18.5	6	7.1	89	51.4
Escola ou tarefas diárias	4	4.3	2	2.4	48	27.7
Actividades de lazer	13	14.1	1	1.2	30	17.3
Outros motivos	5	5.4	3	3.6	27	15.6
"Tudo"	2	2.2	0	0	3	1.7

Entre as adolescentes do GADOL, particularmente as mães (91.7%), a área mais escolhida como sendo fonte de satisfação foi a relacionada com o papel materno (a gravidez/o bebé). Imediatamente a seguir, surge como área gratificante a relação com o companheiro.

A família (51.4%) e os amigos (52.4%) são dimensões particularmente satisfatórias para o GC, cujas participantes também escolhem a vida escolar (27.7%) numa percentagem muito superior à registada entre as grávidas adolescentes (5.4%). Entre as mães adolescentes, nenhuma indica os amigos como fonte de gratificação.

Só uma percentagem pequena das adolescentes do GADOL (5.4% grávidas e 3.6% mães) se afirma satisfeita com as suas condições de vida³³ (saúde, situação habitacional e económica). É igualmente restrito o número de participantes que se afirma satisfeito com tudo na sua vida, não conseguindo distinguir diferentes dimensões (2.2% de grávidas adolescentes e 1.7% de jovens do GC; nenhuma mãe adolescente relata esta categoria).

³³ Esta dimensão encontra-se agrupada na categoria outros motivos.

Considerando globalmente o número total de áreas de vida consideradas gratificantes e satisfatórias, e tal como podemos observar no Quadro 29, encontramos diferenças significativas entre o GC e o GADOL – as jovens do GC manifestam-se satisfeitas com um maior número de dimensões de vida; as grávidas e mães adolescentes referem menos áreas gratificantes.

Quadro 29 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Fontes de satisfação pessoal (total indicado)

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	F de Welch (gl)	Post-hoc [†]
	GADOL_G (n = 92)	GADOL_M (n = 84)			
	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)		
Fontes de satisfação (número total indicado)	1.25 (0.60) (0 – 3)	1.23 (0.47) (1 – 3)	1.93 (0.48) (0 – 6)	32.185*** (2, 220.12)	GADOL_G < GC GADOL_M < GC

*** p < .001.

ANOVA; [†]Dunnett T3

1.6.3. Fontes de insatisfação pessoal e desejo de mudança

Complementando a informação anterior, indagámos quais as áreas de vida em que as adolescentes se sentem insatisfeitas e nas quais gostariam que ocorressem alterações. Foi utilizada a mesma metodologia – elencaram-se todas as expressões e dimensões expostas pelas participantes em resposta à questão “Que mudanças desejaria que ocorressem na sua vida?” e procedeu-se posteriormente a um agrupamento em categorias (cf. Quadro 30).

Quadro 30 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Mudanças desejadas

	GADOL (N = 176)				GC (N = 176)	
	GADOL_G (n = 92)		GADOL_M (n = 84)		n	%
Mudanças desejadas	n	%	n	%	n	%
Gravidez (não ocorrência)	4	4.4	4	4.8	-	-
Condições de vida	27	30.8	59	58.3	19	11.2
Relações familiares	5	5.5	2	2.8	22	12.9
Relação com o companheiro	4	4.4	8	9.5	13	7.6
Vida escolar ou profissional	12	13.2	17	20.3	42	24.7
Outras mudanças	5	5.5	3	2.4	37	21.7
Nenhuma mudança	40	44.0	18	21.4	61	35.9

A percentagem de jovens de todos os grupos que indica não desejar qualquer mudança na sua vida é bastante elevada – é, de resto, a resposta mais frequente das grávidas adolescentes (44%) e do GC (35.9%), sendo superada no grupo de mães adolescentes apenas pelo desejo de que ocorram mudanças nas condições de vida (21.4% vs. 58.3%), categoria que engloba o desejo de dispor de melhores condições económicas e habitacionais.

Entre as adolescentes do GADOL, apenas uma pequena percentagem refere desejar que a gravidez não tivesse ocorrido (4.4% das grávidas e 4.8% das mães). As mudanças na relação com a família são mencionadas sobretudo pelo GC, no sentido do desejo de práticas educativas parentais mais permissivas; entre as adolescentes com história de gravidez, estas mudanças seriam no sentido da diminuição de conflitos entre membros da família. Nas mudanças a que as adolescentes aspiram na relação com o companheiro, são particularmente desejadas mudanças de estado civil (casar) ou viverem sozinhos ou com o filho, no caso do GADOL.

Mudanças relacionadas com o percurso escolar (terminar os estudos, mudar de curso ou de escola) e com a situação profissional (conseguir emprego, mudar de emprego) são citadas com maior frequência pelo GC e pelas mães adolescentes (respectivamente, 24.7% e 20.3%).

Na categoria outras mudanças incluíram-se aspirações como desejo de mudança de condições de saúde em pessoa próxima e de mudança de competências pessoais (maior confiança e auto-estima, menor ansiedade, entre outras). São as jovens do GC que mais as mencionam (21.7%).

Ponderando também esta variável de forma global, verifica-se que, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, é mais uma vez o GC que apresenta maior satisfação com os seus contextos de vida já que, em média, indica um menor número de áreas em que a mudança é desejada (cf. Quadro 31).

As mães adolescentes são as que assinalam um maior número de dimensões que gostariam de ver alteradas (apesar de apenas se diferenciarem significativamente das grávidas adolescentes) e essas ligam-se sobretudo a aspectos económicos e logísticos, verificando-se particularmente um desejo de autonomia traduzido na vontade de mudar de casa para viver apenas com o companheiro e o filho.

Quadro 31 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Mudanças desejadas (total indicado)

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	F de Welch (g)	Post-hoc [†]
	GADOL_G (n = 92)	GADOL_M (n = 84)			
	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)		
Fontes de insatisfação (mudanças desejadas) (número total indicado)	0.64 (0.67) (0 – 3)	0.99 (0.68) (0 – 3)	0.79 (0.69) (0 – 3)	5.801** (2, 186.45)	GADOL_M > GADOL_G

** p < .01.

ANOVA; [†]Dunnett T3

2. Contextos relacionais do GADOL e do GC

Nos pontos seguintes, procederemos à caracterização dos contextos relacionais das adolescentes da amostra. Começaremos por estudar as especificidades e estrutura do agregado familiar (na infância e actualmente) e por proceder à caracterização sociodemográfica dos progenitores das adolescentes. Analisaremos também a percepção das adolescentes acerca das práticas educativas parentais.

Embora, no ponto 1 deste capítulo, tenhamos caracterizado o estado civil e a duração da relação das adolescentes com o companheiro, consideramos pertinente, para um conhecimento mais profundo da amostra em causa, proceder à apresentação das principais características sociodemográficas destes.

2.1. História e agregado familiar

Composição do agregado familiar na infância

Os dados acerca da constituição do agregado familiar das adolescentes com e sem história de gravidez constam no Quadro 32.

Quadro 32 - GADOL e GC: Agregado familiar na infância

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Agregado familiar na infância				
Elementos no agregado familiar				
Pais (e irmãos)	61	34.9	140	79.5
Pai ou mãe (e irmãos)	5	2.9	12	6.8
Pais (e irmãos) e outros familiares (ex.: avós)	79	45.1	6	9.1
Pai ou mãe (e irmãos) e outros familiares	14	8	3	1.7
Outros familiares	6	3.4	4	2.3
Instituição	10	5.7	1	0.6
Família nuclear vs. alargada				
Família nuclear	66	37.7	153	86.9
Família nuclear e alargada	93	53.1	18	10.2
Outra situação	16	9.1	5	2.8
Família intacta vs. não intacta ou reconstituída				
Família intacta	140	80	156	88.6
Família não intacta ou reconstituída	19	10.9	15	8.5
Outra situação	16	8.1	5	2.8

Como é possível verificar, o agregado familiar das adolescentes na infância era maioritariamente composto pelos pais (e irmãos), no caso do GC (79.5%), ou pelos pais, irmãos e outros familiares no caso do GADOL (45.1%), sendo as restantes composições (viver apenas com um progenitor ou outras situações) menos frequentes nos dois grupos. Refira-se que as frequências das composições do agregado familiar na infância se distinguem de forma significativa quando comparamos os dois grupos [$\chi^2_{(5, N = 352)} = 90.590$, $p < .001$].

As adolescentes do GADOL viviam maioritariamente com a família nuclear e alargada (53.1%), sendo a família nuclear também maioritariamente intacta (80%), embora numa proporção inferior ao GC (88.6%). Por sua vez, as adolescentes do GC viveram, na infância, maioritariamente com a família nuclear (86.9%). Os dois grupos distinguem-se significativamente relativamente a estas duas dimensões do agregado familiar [respectivamente, $\chi^2_{(2, N = 352)} = 90.997$, $p < .001$ e $\chi^2_{(2, N = 352)} = 7.095$, $p = .029$].

Composição do agregado familiar actual

A informação recolhida sugere uma grande diversidade na composição do agregado familiar actual das adolescentes, em qualquer dos grupos estudados (cf. Quadro 33).

Quadro 33 - GADOL e GC: Agregado familiar actual

Agregado familiar actual	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Elementos no agregado familiar				
Família da adolescente (nuclear e/ou nuclear e alargada)	26	14.8	172	97.7
Companheiro (e filho*)	44	25.0	0	0.0
Companheiro (e filho*) e família da adolescente	57	32.4	1	0.6
Companheiro (e filho*) e família do companheiro	37	21.0	0	0.0
Família da adolescente e filho desta	9	5.1	0	0.0
Outra situação	3	1.7	3	1.7
	*se aplicável			
Posição na fratria				
Filha única	2	1.1	18	10.2
Mais velha	44	25	60	34.1
Mais nova	55	31.3	57	32.4
Outra posição	75	42.6	38	21.6
Não responde	0	0.0	3	1.7

No GC, a maioria das jovens continua a viver com a família de origem (97.7%). No GADOL, a maioria das adolescentes vive já com o companheiro, seja sozinhas ou com o filho, caso o parto já tenha ocorrido (25%), seja em coabitação com a família da adolescente (32.4%) ou com a família do companheiro (21%). Estas diferenças entre GADOL e o GC atingem significância estatística [$\chi^2_{(5, N = 352)} = 251.726, p < .001$].

Quando nos reportamos às alterações no agregado familiar, da infância para a actualidade, observamos que há uma mudança relevante no agregado familiar das adolescentes do GADOL, porque este passa a incluir o marido/companheiro e o filho. Durante a gravidez, as jovens e os companheiros coabitam predominantemente com a família de origem de um dos membros do casal, situação que vai diminuindo no grupo de mães adolescentes, indicando uma progressiva autonomia dos jovens casais (cf. Figura 17). No GC, as jovens continuam predominantemente a viver com a família de origem (97.7%).

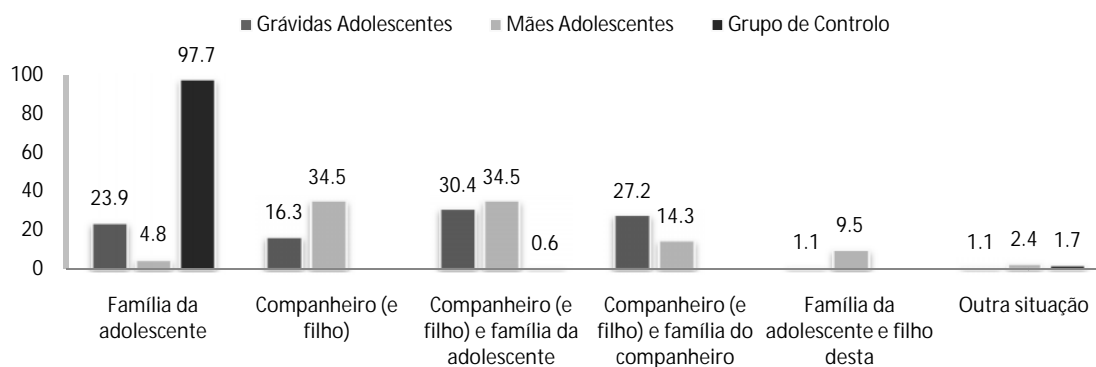


Figura 17 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Composição do agregado familiar (%)

Relativamente à posição na fratria das adolescentes (cf. Quadro 33), as adolescentes do GADOL ocupam mais frequentemente uma posição intermédia na fratria (42.6%), enquanto as adolescentes pertencentes ao GC são preponderantemente as irmãs mais velhas (34.1%) ou as mais novas (32.4%). Adicionalmente, verifica-se que a percentagem de adolescentes sem irmãos é superior no GC (10.2%, sendo de 1.1% no GADOL). Estas diferenças assumem significância estatística [$\chi^2_{(3, N = 352)} = 27.389, p < .001$].

Quadro 34 - GADOL e GC: Número total de irmãos e de elementos no agregado familiar actual

	GADOL (N = 176)	GC (N = 176)	t (gl)
	M (DP) (Mínimo – Máximo)	M (DP) (Mínimo – Máximo)	
Número total de irmãos	3.90 (2.59) (0 – 12)	2.11 (1.96) (0 – 15)	7.294*** (346)
Número total de elementos	5.69 (2.77) (1 – 15)	4.23 (2.22) (1 – 23)	4.854*** (277)

*** $p < .001$.

Teste t de Student para amostras independentes

As grávidas e mães adolescentes apresentam, quando comparadas com o GC, um número significativamente superior de irmãos e de elementos que constituem o agregado familiar. Em ambos os casos, a magnitude do efeito é moderada ($r = .36$ e $r = .30$, respectivamente) (cf. Quadro 34).

2.2. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Apresentamos em seguida as principais características sociodemográficas dos pais e mães das adolescentes de ambos os grupos que constituem a amostra (cf. Quadro 35).

Quadro 35 - GADOL e GC: Caracterização dos progenitores das adolescentes

Características dos progenitores	GADOL (N = 176)				GC (N = 176)			
	Pai		Mãe		Pai		Mãe	
	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)	M (DP) (Min. – Máx.)
Idade	46.72 (6.08) (34 – 69)		46.63 (6.35) (28 – 63)		45.39 (5.71) (34 – 66)		42.33 (6.09) (29 – 61)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado civil								
Casado(a)/União de facto	114	64.8	114	64.8	135	76.7	135	76.7
Separado(a)	16	9.1	16	9.1	9	5.1	9	5.1
Divorciado(a)	22	12.5	22	12.5	18	10.2	18	10.2
Viúvo(a)	21	11.9	21	11.9	10	5.7	10	5.7
Não responde	3	1.7	3	1.7	4	2.3	4	2.3
Habilitações literárias								
Não escolarizado(a)/analfabeto(a)	2	1.1	3	1.7	0	0.0	0	0.0
1º ciclo	109	61.9	110	62.5	72	40.9	59	33.5
2º ciclo	21	11.9	36	20.5	36	20.5	47	26.7
3º ciclo	8	4.5	10	5.7	25	14.2	24	13.6
Ensino Secundário	3	1.7	3	1.7	20	11.4	24	13.6
Ensino Superior	1	0.6	2	1.1	7	4.0	11	6.3
Não sabe	7	4.0	8	4.5	4	2.3	3	1.7
Não responde	25	14.2	4	2.3	12	6.8	12	4.5
Situação profissional								
Empregado(a)	156	88.6	66	37.5	162	92	101	57.4
Desempregado(a)/Inactivo(a)/Reformado(a)	20	11.4	110	62.5	14	8	75	42.6
Beneficiário de rendimentos sociais (RSI, desemprego, etc.)								
Sim	9	5.1	42	23.9	8	4.6	21	11.9
Não	134	76.1	122	69.3	145	82.4	143	81.3
Não sabe/não responde	33	18.8	12	6.8	23	13.1	12	6.8

Idade

Os progenitores das grávidas e mães adolescentes apresentam idades ligeiramente superiores às idades dos progenitores do GC. As diferenças não atingem diferença estatística no caso das mães [$t_{(342)} =$

1.941, $p = .053$], mas são significativas no caso dos pais [$t_{(342)} = 2.014$, $p = .045$]. Adicionalmente, verifica-se que, em cada grupo, a idade das mães das adolescentes é significativamente inferior à idade dos pais [GADOL: $t_{(146)} = 9.956$, $p < .001$; GC: $t_{(164)} = 10.415$, $p < .001$].

Estado civil

Em ambos os grupos (GADOL e GC), a maioria dos pais está casada ou vive em união de facto (respectivamente, 64.8% e 76.7%), sendo os restantes estados civis menos frequentes (cf. Quadro 35). Apesar disso, verifica-se uma maior percentagem de pais separados (9.1%), divorciados (12.5%) e viúvos (11.9%) no GADOL. Estas diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3, N = 352)} = 8.031$, $p < .045$].

Habilitações escolares

Verifica-se, pela análise do Quadro 35, que as mães das adolescentes do GADOL e do GC possuem maioritariamente o primeiro ciclo do ensino básico (respectivamente, 62.5% e 33.5%). No entanto, enquanto apenas cerca de um terço das mães das adolescentes do GADOL tem habilitações superiores ao 1º ciclo, isso acontece para cerca de dois terços das mães das adolescentes do GC. No que respeita às habilitações literárias dos pais das adolescentes, verifica-se também uma preponderância de sujeitos que possuem apenas o 1º ciclo (61.9% no GADOL e 40.9% no GC).

Enquanto no GC existem cerca de 15.4% de pais e 19.9% de mães que possuem habilitações literárias superiores à escolaridade obrigatória (3º ciclo do ensino básico), essa percentagem é residual nos pais (2.3%) e nas mães (2.8%) das adolescentes do GADOL.

As diferenças na distribuição pelas categorias de habilitações escolares são estatisticamente significativas, quer nas mães [$\chi^2_{(6, N = 352)} = 50.410$, $p < .001$], quer nos pais [$\chi^2_{(6, N = 352)} = 39.683$, $p < .001$] das adolescentes do estudo.

Situação profissional

No GADOL, cerca de 88.6% dos pais estavam empregados, mas apenas 37.5% das mães eram profissionalmente activas. Por sua vez, no GC, cerca de 57.4% das mães e 92% dos pais das adolescentes estavam, no momento da avaliação, profissionalmente activos. As diferenças constam no Quadro 35.

No que respeita às categorias profissionais dos progenitores, verifica-se uma grande diversidade nos dois grupos, e também em função do sexo dos progenitores das adolescentes, embora se trate maioritariamente de profissões não qualificadas ou pouco qualificadas, o que é coerente com as habilitações escolares exibidas. A construção civil e as actividades relacionadas com a área de agricultura e pescas são as categorias profissionais mais frequentes nos pais, quer no GC, quer no GADOL. A profissão mais frequente das mães das adolescentes do GC é empregada de limpeza, seguindo-se profissões na área do comércio (por exemplo, empregada de loja) e da saúde e educação (por exemplo, auxiliares de saúde e educação). Nas mães das adolescentes do GADOL, a profissão mais frequente é também empregada de limpeza, seguindo-se profissões na área da Indústria (por exemplo, operária fabril).

Benefício de rendimentos sociais

Apresentamos também, para os dois grupos, informação relativa ao benefício, por parte dos progenitores das adolescentes, de rendimentos sociais (Rendimento Social de Inserção ou outros). Como se verifica no Quadro XX, no GADOL, 23.9% das mães e 5.1% dos pais das adolescentes são beneficiários de rendimentos sociais (maioritariamente Rendimentos Sociais de Inserção), enquanto no GC 11.9% das mães e 4.6% dos pais beneficiam também dessas ajudas institucionais. É de salientar que estas diferenças são estatisticamente significativas, quer ao nível das mães [$\chi^2_{(4, N = 352)} = 40.194, p < .001$], quer ao nível dos pais das adolescentes [$\chi^2_{(3, N = 352)} = 15.113, p = .002$].

Estilos de vida: Consumo de substâncias por parte dos progenitores

Seguidamente, apresentamos informação relativa aos hábitos de consumo de algumas substâncias por parte dos progenitores das adolescentes, nos vários grupos considerados (cf. Quadro 36).

Quadro 36 - GADOL e GC: Hábitos de consumo dos progenitores das adolescentes

Consumos	GADOL (N = 176)				GC (N = 176)			
	Pai		Mãe		Pai		Mãe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de álcool								
Não consome	71	40.3	148	84.1	81	46.0	125	71.0
Consumo excessivo	29	16.5	4	2.3	8	4.5	0	0.0
Consumo normal ³⁴	51	29.0	19	10.8	72	40.9	36	20.5
Não sabe/não responde	25	14.2	5	2.8	15	8.5	15	8.5
Consumo de tabaco								
Não fuma	55	31.3	135	76.7	89	50.6	142	80.7
Fuma	96	54.5	38	21.6	77	43.8	28	15.9
Não sabe/não responde	25	14.2	3	1.7	10	5.9	8	3.4
Consumo de outras substâncias (estupefacientes)								
Não consome	145	82.4	171	97.2	160	90.9	167	94.9
Consome	6	3.4	1	0.6	3	1.7	1	0.6
Não sabe/não responde	25	14.2	4	2.3	13	7.4	8	4.5

No que respeita ao consumo de álcool, verifica-se que este é superior nos pais das adolescentes, quando comparado com o consumo das suas mães, nos dois grupos, sendo estas diferenças estatisticamente significativas [GADOL: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 22.804$, $p < .001$; GC: $\chi^2_{(2, N = 352)} = 36.654$, $p < .001$].

As adolescentes do GC relatam maior frequência de consumo não excessivo de álcool por parte dos seus progenitores. No GADOL, porém, são referidos mais vezes consumos de álcool em quantidades consideradas excessivas pelas adolescentes. Estas diferenças são estatisticamente significativas tanto para os pais [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 15.858$, $p < .001$], como para as mães [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 10.901$, $p = .004$].

De igual forma, o consumo de tabaco [GADOL: $\chi^2_{(1, N = 352)} = 7.496$, $p = .0061$; GC: $\chi^2_{(1, N = 352)} = 15.005$, $p < .001$] e o consumo de outras substâncias [GADOL: $\chi^2_{(1, N = 352)} = 28.795$, $p < .001$; GC: $\chi^2_{(1, N = 352)} = 52.329$, $p < .001$] são superiores nos pais, quando comparados com as mães, nos dois grupos, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

As mães e os pais das adolescentes do GADOL apresentam um maior consumo de tabaco e de outras substâncias comparativamente às mães e aos pais das adolescentes do GC. Porém, as diferenças

³⁴ A categoria "consumo normal" corresponde aos relatos das adolescentes, sempre que estas consideravam que o consumo de álcool por um ou ambos os progenitores não constituía um risco para a saúde do próprio ou para o bem-estar e equilíbrio familiares. Por sua vez, as adolescentes referiam "consumo excessivo" sempre que percecionavam que o álcool aparecia associado a problemas de saúde, conflitos familiares e outras dificuldades motivadas por essa ingestão.

apenas atingem significância estatística no que diz respeito ao consumo de tabaco por parte dos pais [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 9.426, p = .002$].

2.2.1. Estilos educativos parentais percebidas pelas adolescentes

Neste ponto, apresentamos informação relativa à percepção dos estilos educativos parentais, avaliados através da escala EMBU – Memórias de Infância, oportunamente descrita no Capítulo 4.

O Quadro 37 inclui os valores médios e desvios-padrão relativos às várias dimensões dos estilos educativos parentais, em cada grupo considerado. Pela análise desses valores verifica-se que as mães apresentam, nos dois grupos, e de acordo com a percepção das adolescentes, níveis superiores de suporte emocional, rejeição e sobreprotecção. É também possível verificar que, nos dois grupos, a dimensão em que o pai e a mãe das adolescentes mais se aproximam, em termos médios, é a sobreprotecção.

Quadro 37 - GADOL e GC: Percepção dos estilos educativos parentais

Estilos educativos parentais	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		F _(1, 325)
	M	DP	M	DP	
Pai					
Suporte emocional	17.20	5.46	19.47	5.05	15.128***
Rejeição	10.05	3.50	10.74	3.54	3.185
Sobreprotecção	13.86	3.48	14.64	3.71	3.868
Mãe					
Suporte emocional	18.87	4.82	21.03	4.40	16.896***
Rejeição	11.13	2.88	12.08	3.04	8.858**
Sobreprotecção	14.12	3.10	15.31	3.77	11.364**
Critério de Pillai: =.118, F _(6, 320) = 7.118, p < .001, $\eta^2_p = .979$					
** p < .01. *** p < .001. MANOVA					

No GADOL, as diferenças intra-grupo nos estilos educativas do pai e da mãe, avaliadas através do teste t de Student para amostras emparelhadas, atingem diferença estatística nas dimensões suporte emocional [$t_{(161)} = -5.996, p < .001$] e rejeição [$t_{(161)} = -4.776, p < .001$]. No GC, por sua vez, as diferenças intra-grupo são estatisticamente significativas em todas as dimensões: suporte emocional [$t_{(165)} = -4.670, p < .001$], rejeição [$t_{(165)} = -6.245, p < .001$] e sobreprotecção [$t_{(165)} = -4.267, p < .001$].

Para estudar as diferenças entre o GADOL e o GC relativamente à percepção de estilos educativos parentais paternos e maternos, nas suas três dimensões (suporte emocional, rejeição e sobreprotecção), recorreu-se à análise da variância multivariada (MANOVA). Os resultados constam no Quadro 38 e evidenciam que existem diferenças significativas nos dois grupos, no que respeita aos estilos parentais percebidos.

O teste multivariado foi estatisticamente significativo [Critério de Pillai = .118, $F_{(6, 320)} = 7.118$, $p < .001$, $\eta^2_p = .979$]. Pela análise dos testes univariados subsequentes, podemos verificar que, em relação aos estilos educativos paternos, os grupos distinguem-se apenas relativamente à percepção de suporte emocional, com as adolescentes do GADOL a perceberem significativamente menor suporte emocional que as do GC. Os grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa nas dimensões rejeição e sobreprotecção.

No que respeita aos estilos educativos maternos, verificam-se diferenças nas três dimensões do EMBU. Especificamente, as adolescentes do GADOL percebem menor suporte emocional do que as do GC, e adicionalmente percebem as suas mães como tendo estilos parentais pautados por menor rejeição e também menor sobreprotecção, quando comparadas com o GC.

Tendo em conta esta informação, podemos depreender que, para além de menor suporte emocional, os índices inferiores de sobreprotecção e rejeição parecem indicar uma menor supervisão parental nas grávidas e mães adolescentes. Quando nos referimos ao GADOL, a percepção dos estilos educativos parentais maternos e paternos não parece ser influenciada pelo facto de as adolescentes viverem ou não com a sua família de origem.

2.3. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Neste tópico, procedemos à caracterização dos companheiros das adolescentes, nos grupos considerados. Tal como nos pontos anteriores, apresentaremos os resultados das principais variáveis sociodemográficas (cf. Quadro 38), bem como do estilo de vida (hábitos de consumo de substâncias com potencial psicoactivo e tabaco).

Quadro 38 - GADOL e GC: Caracterização do companheiro das adolescentes

	GADOL (N = 176)		GC (N = 78) ³⁵	
	M (DP) (Min. – Máx.)		M (DP) (Min. – Máx.)	
Idade	22.94 (3.90) (16 – 40)		19.92 (3.19) (12 – 31)	
	n	%	n	%
Estado civil				
Solteiro	41	23.3	77	99.4
Casado/União de facto	134	76.1	1	0.6
Separado/divorciado	1	0.6	0	0.0
Habilitações literárias				
Não escolarizado/analfabeto	1	0.6	0	0.0
1º ciclo	23	13.1	0	0.0
2º ciclo	65	36.9	3	3.89
3º ciclo	59	33.5	30	38.46
Ensino Secundário	13	7.4	28	35.89
Ensino Superior	0	0.0	3	3.89
Não sabe	10	5.7	2	2.56
Não responde	5	2.8	12	15.38
Situação profissional				
Empregado	157	89.20	36	46.15
Estudante	7	3.97	34	43.58
Desempregado/inactivo	12	6.81	8	10.25

Idade

Pela análise dos dados do quadro anterior, onde se encontram as médias e desvios-padrão de cada grupo, podemos observar que os companheiros das adolescentes do GADOL são significativamente mais velhos que os companheiros do GC, sendo a diferença estatisticamente significativa [$t_{(251)} = 6.394$, $p < .001$]. Constata-se também que, em ambos os grupos, a média de idades dos companheiros é significativamente mais elevada do que a das adolescentes [GADOL: $t_{(175)} = -20.122$, $p < .001$; GC: $t_{(76)} = -8.388$, $p < .001$], sendo a diferença mais acentuada no grupo de adolescentes com história de gravidez (recordamos que a média de idades para as participantes do GADOL é 17.4, e para o GC é 16.39).

³⁵ A diferença no N justifica-se pelo facto de, no GC, apenas 78 adolescentes referirem ter neste momento uma relação de namoro ou marital.

Estado civil

Em pontos anteriores do Capítulo 4 e do presente capítulo, apresentámos dados comparativos do estado civil e longevidade das relações das adolescentes da amostra. Como se depreende, o estado civil dos companheiros coincide com o das jovens com quem se relacionam. Assim, e em síntese, refira-se que, no GADOL, os companheiros vivem predominantemente em situação de coabitação conjugal (casamento ou união de facto – 76.1%), enquanto no GC a categoria mais frequente do estado civil é a de solteiro (99.4%), sendo a diferença na distribuição dos grupos estatisticamente significativa [$\chi^2_{(2, N = 254)} = 130.420, p < .001$].

Acrescente-se que 6.8% dos companheiros das adolescentes do GADOL tiveram anteriormente outras relações maritais, e 6.3% têm filhos dessas relações prévias. Estas situações não são referidas por nenhuma das participantes do GC.

Habilitações escolares

No Quadro 38, apresentamos informação relativa às habilitações literárias dos companheiros, nos dois grupos considerados na análise. Os companheiros das adolescentes do GADOL possuem, na sua maioria, o 2º ou 3º ciclo do Ensino Básico (no total, 72.5%), enquanto no GC os companheiros possuem preponderantemente o 3º ciclo ou o Ensino Secundário (no total, 87.9%), revelando-se estas diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(6, N = 254)} = 71.270, p < .001$]. No GC, 45.5% dos companheiros completaram a escolaridade obrigatória (3º ciclo do Ensino Básico) e 48.9% possuem mais habilitações (ao nível do Ensino Secundário e Superior). Já no grupo de grávidas e mães adolescentes, apenas 34.5% dos companheiros completaram a escolaridade obrigatória, sendo bastante menos os companheiros neste grupo que possuem habilitações superiores (7.6%).

Adicionalmente, cerca de 43.58% dos companheiros das adolescentes do GC ainda estudam na actualidade, enquanto isso acontece apenas com 3.97% dos companheiros das grávidas e mães adolescentes, revelando-se esta diferença estatisticamente significativa [$\chi^2_{(1, N = 254)} = 70.460, p < .001$].

Situação profissional

O Quadro 38 mostra-nos que a maioria dos companheiros das adolescentes da amostra exerce uma actividade profissional (GADOL: 89.20%; GC: 46.15%). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2, N = 254)} = 67.284, p < .001$].

Verificámos ainda as categorias profissionais dos companheiros das adolescentes, nos dois grupos. No GADOL, a categoria profissional mais frequente é a construção civil (57.1%), seguindo-se as funções na área da agricultura e pescas (7.4% e 6.8%, respectivamente). No GC, como vimos no ponto anterior, verifica-se uma maior percentagem de companheiros que são ainda estudantes (43.58%), sendo a categoria profissional mais frequente entre os que exercem actividade profissional a construção civil (26.8%). Em ambos os grupos, estes exercem sobretudo profissões não qualificadas.

Estilos de vida: Consumo de substâncias por parte dos companheiros

No quadro seguinte, estão representados os hábitos de consumos dos companheiros das adolescentes, nos dois grupos considerados.

Quadro 39 - GADOL e GC: Hábitos de consumo dos companheiros das adolescentes

Companheiros	GADOL (N = 176)		GC (N = 78)	
	n	%	n	%
Consumos				
Consumo de álcool				
Não consome	126	71.6	50	64.1
Consumo excessivo	3	1.7	1	1.3
Consumo normal	47	26.7	27	34.6
Consumo de tabaco				
Não fuma	59	33.5	50	64.1
Fuma	117	66.5	28	35.9
Consumo de outras substâncias (estupefacientes)				
Não consome	143	81.3	71	91.1
Consome	33	18.7	7	8.9

No que respeita aos hábitos de consumo de álcool dos companheiros das adolescentes, não se verificam diferenças significativas [$\chi^2_{(2, N = 254)} = 1.660, p = .436$] entre os grupos. Por outro lado, verificam-se diferenças significativas entre os grupos ao nível do consumo de tabaco [$\chi^2_{(1, N = 254)} = 20.631, p < .001$] e do consumo de outras substâncias [$\chi^2_{(1, N = 254)} = 12.039, p = .034$].

Relativamente ao consumo de tabaco, encontra-se uma maior percentagem de consumo nos companheiros das grávidas e mães adolescentes (66.5%). Estas diferenças estão também patentes no número médio de cigarros consumidos pelos companheiros das adolescentes, sendo este número mais baixo nos companheiros das adolescentes do GC (M = 3.78, DP = 6.73) do que nos companheiros das adolescentes do GADOL (M = 11.85, DP = 11.94) – as diferenças são estatisticamente significativas [$t_{(227.551)} = 7.366, p < .001$]. No que concerne ao consumo de outras substâncias, os companheiros das grávidas e mães adolescentes destacam-se pela maior percentagem de consumo (18.7%).

3. Estilo de vida das adolescentes do GADOL e do GC: Saúde geral e hábitos de consumo

Passamos a apresentar dados da caracterização dos dois grupos relativos à existência ou não de problemas de saúde e a hábitos de vida das adolescentes, nomeadamente consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoactivas.

3.1. Saúde e problemas de saúde

As adolescentes da amostra dizem-se maioritariamente saudáveis - apenas 14.8% do GADOL e 18.2% do GC referem problemas de saúde crónicos. Os problemas respiratórios e as alergias (GADOL: 3.4%; GC: 6.8%), logo seguidos pelos problemas oftalmológicos no GC (GADOL: 0.6%; GC: 2.3%), e pelos problemas neurológicos e psicológicos no GADOL (GADOL: 1.1%; GC: 1.7%), são os mais referidos nos dois grupos. Outros problemas de saúde (GADOL: 10.2%; GC: 5.7%), incluem situações como problemas cardíacos congénitos, problemas osteomusculares ou hormonais, cuja percentagem em ambos os grupos,

se individualizada, é apenas residual. As doenças raras relatadas são doença celíaca ($n = 1$), acrodermatite enteropática ($n = 1$) e Síndrome de Raynaud ($n = 1$).

Não há diferenças na distribuição dos grupos, quer em relação à existência de problemas de saúde [χ^2 (Teste exacto de Fisher) $_{(1)} = 0.736$, $p = .473$], quer no que concerne ao tipo de problemas mencionados [$\chi^2_{(5, N = 352)} = 7.341$, $p = .197$].

3.2. Consumo de substâncias

No Quadro 40, podemos observar a distribuição das adolescentes relativamente ao seu consumo de substâncias, nos dois grupos, de acordo com os seus auto-relatos.

Quadro 40 - GADOL e GC: Hábitos de consumo das adolescentes

Consumos	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
Consumo de álcool				
Não consome	156	88.6	134	76.1
Consumo excessivo	0	0.0	2	1.1
Consumo normal	20	11.4	40	22.7
Consumo de tabaco				
Não fuma	136	77.3	155	88.1
Fuma	40	22.7	21	11.9
Consumo de outras substâncias (estupefacientes)				
Não consome	164	93.2	167	94.9
Consome ou já consumiu	12	6.8	9	5.1

Verificamos que há uma percentagem mais elevada de jovens do GC que referem o consumo habitual de álcool (23.8% vs. 11.4% no GADOL), sendo a diferença significativa [$\chi^2_{(2, N = 352)} = 10.656$, $p = .005$]. Nenhuma adolescente do GADOL refere consumo excessivo de álcool.

Relativamente ao consumo de tabaco, a percentagem de adolescentes com história de gravidez que dizem fumar (22.7%) é sensivelmente o dobro da encontrada no GC (11.9%), continuando as diferenças a ser estatisticamente significativas [χ^2 (Teste exacto de Fisher) $_{(1)} = 7.159$, $p = .011$]. Existem também diferenças significativas quanto ao número de cigarros fumados diariamente [$t_{(270.66)} = 3.408$, $p =$

.001], com a média mais elevada a ser relatada pelas adolescentes do GADOL (GADOL: $M = 2.52$, $DP = 5.66$; GC: $M = 0.86$, $DP = 3.06$).

É entre as adolescentes com história de gravidez que encontramos a percentagem mais elevada de jovens que afirmam consumir ou ter consumido drogas (6.8%; GC: 5.1%) - a diferença entre os grupos não é significativa [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 0.456, $p = .654$].

Consumo de substâncias durante a gravidez

Considerámos também os comportamentos de consumo referidos pelas jovens do GADOL durante a gestação, que se encontram representados nas figuras seguintes (18, 19 e 20). Distinguimos os relatos das grávidas (GADOL_G) e das mães adolescentes (GADOL_M).

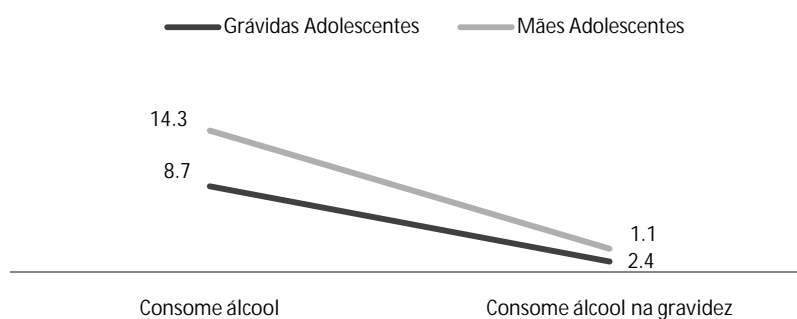


Figura 18 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de álcool - Mudanças na gravidez (%)

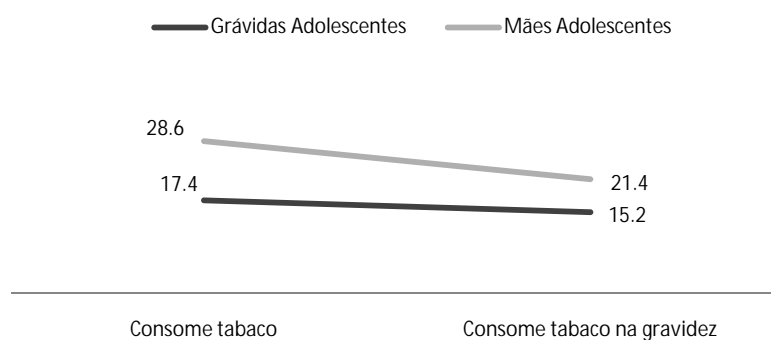


Figura 19 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de tabaco - Mudanças na gravidez (%)

O número médio de cigarros fumados também diminui, tanto nas grávidas (Antes da gravidez: $M = 1.55$, $DP = 4.28$; Na gravidez: $M = 0.84$, $DP = 2.54$), como nas mães adolescentes (Antes da gravidez: $M = 3.54$, $DP = 6.73$; Na gravidez: $M = 1.98$, $DP = 5.26$), sendo a diferença estatisticamente significativa [GADOL_G: $t_{(90)} = 2.121$, $p = .037$; GADOL_M: $t_{(83)} = 3.096$, $p = .003$].

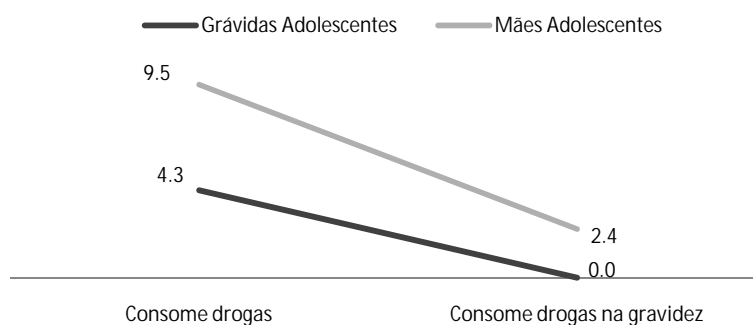


Figura 20 – GADOL_G e GADOL_M: Consumo de outras substâncias - Mudanças na gravidez (%)

Regista-se uma mudança positiva de hábitos, sendo menor a percentagem de adolescentes que referem consumo de álcool, tabaco ou substâncias psicoactivas ilícitas durante a gestação. Nas três situações consideradas, é entre as participantes que já são mães na altura do estudo que se notam as diminuições mais significativas de consumos. Note-se também (cf. Quadro 40 e Figuras 18, 19 e 20) que é neste subgrupo de mães adolescentes que, à partida, se verificam maiores índices de consumo de tabaco e outras substâncias psicoactivas ilícitas, sendo as percentagens superiores às relatadas quer entre as grávidas adolescentes, quer no GC.

4. História de saúde reprodutiva

Iniciamos a apresentação dos resultados referentes à história sexual e reprodutiva considerando dados biológicos e relacionais acerca da sexualidade. Em primeiro lugar, destacamos o indicador

fisiológico da capacidade reprodutiva das jovens, a menarca, que constitui uma condição necessária para a ocorrência de gravidez. Em seguida, damos relevo à vivência da sexualidade, no que toca à percentagem de adolescentes sexualmente activas, à idade de início da vida sexual e ao número de parceiros. As informações relativas aos conhecimentos sobre métodos contraceptivos e à sua utilização são alvo de uma análise mais extensa, atendendo à sua relevância para o tema em estudo. Também serão estudadas as informações de que as jovens dispõem quanto às DST. Por último, os dois grupos são comparados em aspectos associados à gravidez: a história familiar de gravidez adolescente e a percepção do impacto da gravidez em várias áreas da vida.

4.1. Idade de ocorrência da menarca

Quase todas as jovens que participaram no estudo já tiveram a menarca - apenas quatro adolescentes pertencentes ao GC (2.4%) referem ainda não ter tido a primeira menstruação. O facto de, em comparação, todas as jovens do GADOL já serem menstruadas traduz uma diferença estatisticamente significativa na percentagem de adolescentes com capacidade reprodutiva que existem nos dois grupos [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 4.291, p = .038].

A idade média de aparecimento da primeira menstruação é de 12.20 anos (DP = 1.44), sendo que, na amostra do estudo, as respostas oscilam entre os 9 e os 17 anos. Não há diferenças significativas entre a idade em que ocorreu a menarca nas adolescentes do GADOL (M = 12.13, DP = 1.5) e nas do GC (M = 12.35, DP = 1.11) [$t_{(321)}$ = -0.862, p = .389, r = .05].

4.2. Vida sexual: Início e actividade

Enquanto a totalidade das adolescentes com história de gravidez já iniciou a sua vida sexual activa, no GC apenas 73 jovens (41.5%) o fizeram, o que constitui uma diferença significativa entre os grupos [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 144.604, p < .001].

A idade média de início da vida sexual corresponde, nesta amostra, aos 15.27 anos (DP = 1.33), variando entre os 11 e os 19 anos. Considerando apenas as adolescentes que já iniciaram actividade

sexual, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na idade de início [$t_{(243)} = -2.514$, $p = .013$, $r = .162$], sendo que as adolescentes do GADOL tendem a começar a sua vida sexual ligeiramente mais cedo ($M = 15.14$, $DP = 1.29$), do que as jovens do GC ($M = 15.61$, $DP = 1.38$).

Excluindo as jovens que ainda não iniciaram a vida sexual, o número médio de parceiros sexuais das participantes no estudo é de 1.55 ($DP = 0.95$), havendo respostas que variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 6 parceiros. O número médio de parceiros do GADOL ($M = 1.56$, $DP = 0.96$) e do GC ($M = 1.51$, $DP = 0.92$) é muito semelhante, e esta variável não constitui uma diferença significativa entre os grupos [$t_{(241)} = 0.401$, $p = .689$].

4.3. Contraceção

4.3.1. Conhecimento de métodos contraceptivos

No que respeita à informação de que as jovens dispõem acerca de métodos contraceptivos, considerámos pertinente não agrupar as grávidas e as mães adolescentes já que, no último grupo, a vivência da gestação e do nascimento do bebé, bem como o possível acesso a consultas de planeamento familiar após o parto, poderão ter contribuído positivamente para o conhecimento que estas jovens têm sobre os métodos disponíveis para prevenir a gravidez. Assim, nas análises seguintes consideraremos o GADOL dividido em dois subgrupos, já anteriormente utilizados: grávidas adolescentes (GADOL_G) e mães adolescentes (GADOL_M).

Quadro 41 - GADOL_G, GADOL_M e GC: Métodos contraceptivos conhecidos

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	F _(2, 344)	Post-hoc [†]
	GADOL_G (n = 92)	GADOL_M (n = 84)			
	M (DP) (Mín. – Máx.)	M (DP) (Mín. – Máx.)	M (DP) (Mín. – Máx.)		
Métodos conhecidos	2.27 (0.94) (0 – 4)	2.70 (1.01) (1 – 5)	2.29 (1.10) (0 – 6)	5.120**	GADOL_M > GADOL_G* GADOL_M > GC*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

ANOVA; [†]Bonferroni

Importa destacar, em primeiro lugar, o facto de apenas uma pequena percentagem de jovens referir não conhecer qualquer método contraceptivo³⁶ (2.8% no GC³⁷ e 3.3% no GADOL_G). No que toca às mães adolescentes, todas afirmam conhecer pelo menos um método contraceptivo (cf. Quadro 41).

O número médio de métodos contraceptivos mencionados pelas adolescentes é de 2.39 (DP = 1.05), com respostas a variar entre 0 e 6. Como se verifica no quadro anterior, não existem diferenças significativas entre o GADOL_G e o GC. Quando consideramos o GADOL_M, verificamos que estas jovens conhecem um número significativamente superior de métodos contraceptivos tanto em comparação com as grávidas adolescentes, como com o GC.

Os métodos mais frequentemente referidos são, em todos os grupos, a pílula e o preservativo, como se observa na Figura 21.

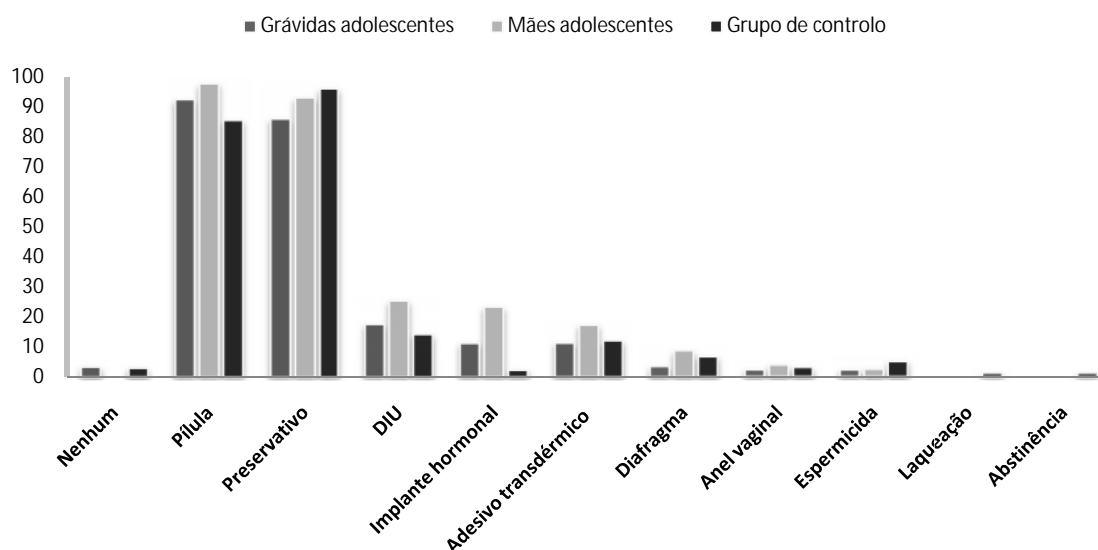


Figura 21 – GADOL_G, GADOL_M e GC: Métodos contraceptivos eficazes conhecidos (%)

³⁶ Esta variável foi avaliada solicitando às adolescentes que referissem todos os métodos que conheciam para evitar a gravidez. Foram anotadas e contabilizadas todas as opções mencionadas.

³⁷ Importa também mencionar o facto de cinco adolescentes do GC (correspondentes a 2.8% da amostra) terem deixado esta pergunta por responder, o que poderá indicar que não têm qualquer informação acerca das formas que permitem evitar a gravidez. No GADOL, não há respostas em falta a estas questões.

Alguns métodos são mais conhecidos pelas mães adolescentes, possivelmente por serem propostos como opções contraceptivas após o parto, nomeadamente o implante hormonal (22.6%) e o dispositivo intra-uterino (25%). Notamos ainda que alguns dos métodos mencionados como possíveis formas de evitar a gravidez não constituem uma contracepção eficaz (pelo que não foram incluídos no gráfico anterior) - especificamente, surgiram o método do calendário (referido por 1.3% das jovens do GC) e o coito interrompido (mencionado por 2.2% das grávidas, 1.2% das mães e 1.8% das adolescentes do GC).

Foram igualmente referidas opções que não podem, em rigor, ser categorizadas como métodos contraceptivos, pois o recurso é feito post-facto, seja após uma gravidez não desejada ou após uma relação sexual não protegida: a interrupção voluntária da gravidez (que 0.6% das jovens do GC, e apenas estas, destacaram) e a pílula do dia seguinte (opção elencada por 1.1% das grávidas, 2.4% das mães e 4.7% das jovens do GC como sendo um dos métodos contraceptivos disponíveis).

4.3.2. Métodos contraceptivos: Fontes de informação

Tendo verificado a inexistência de diferenças significativas entre grávidas e mães adolescentes no que concerne às fontes de informação acerca de práticas contraceptivas, optámos por, no estudo desta variável, voltar a reunir o grupo de adolescentes com história de gravidez, comparando-o com o GC.

A escola é a fonte de informação acerca de métodos contraceptivos mais referida por ambos os grupos (GADOL: 55.7%; GC: 78.9%), embora tenha um papel significativamente mais importante [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 20.844, $p < .001$] na educação sexual das jovens do GC (como notámos anteriormente, há uma elevada taxa de abandono escolar no GADOL). Da mesma forma, a sexualidade é um tema abordado com uma frequência significativamente superior nas famílias das adolescentes sem história de gravidez (GADOL: 27.8%; GC: 47.6%), sendo uma fonte de informação privilegiada para este grupo [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 14.228, $p < .001$] - nas adolescentes com história de gravidez, a família é a terceira fonte mencionada, atrás da escola e dos técnicos de saúde (GADOL: 29.5%; GC: 14.5%). Os técnicos de saúde são, pois, uma fonte significativamente mais presente no caso das jovens do GADOL [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 11.251, $p = .001$].

A percentagem de jovens do GC que recorrem aos amigos [GADOL: 11.4%; GC: 21.1%; χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 5.981, p = .014] e aos meios de comunicação como televisão, revistas e Internet [GADOL: 12.5%; GC: 25.3%; χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 9.203, p = .003], com o objectivo de obter informação sobre métodos contraceptivos, é significativamente superior quando comparada com o GADOL, sendo que apenas não se verificam diferenças entre os grupos que respeita ao recurso aos livros [GADOL: 3.4%; GC: 1.8%; χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 0.855, p = .504].

4.3.3. Utilização de métodos contraceptivos

Atendendo a que, no GC, cerca de 58.5% das adolescentes afirmam não ter iniciado a actividade sexual, apenas considerámos, nas análises que se seguem, as adolescentes sexualmente activas. A utilização de contracepção nestas jovens esclarece-se na Figura 22 (no caso do GADOL, foi-lhes pedido que se reportassem ao seu comportamento antes da ocorrência da gestação).

Existem diferenças significativas na utilização de métodos contraceptivos por parte das adolescentes sexualmente activas, com o GADOL a apresentar uma percentagem muito mais baixa de jovens a usar contracepção (cf. Figura 22) [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 68.081, p < .001].

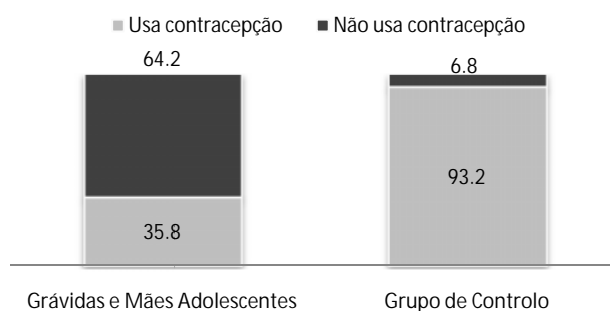


Figura 22– GADOL e GC: Utilização de métodos contraceptivos (%)

Também se registam diferenças nos métodos utilizados que, embora sejam globalmente os mesmos (preservativo, pílula ou a combinação de ambos), não são referidos com a mesma frequência

pelas adolescentes, como nos indica o Quadro 42 [$\chi^2_{(6, N = 249)} = 90.975, p < .001$]. Assim, considerando apenas as adolescentes que usam contracepção, enquanto a pílula é a forma de contracepção mais utilizada pelo GADOL (47.6%), seguida do preservativo (28.6%), no GC este constitui a primeira opção (47.7%), constando em segundo lugar a pílula (19.3%), mas numa percentagem muito próxima à da combinação da pílula e do preservativo (18.2%). É também de referir que uma das adolescentes do GC afirma recorrer ao coito interrompido como forma de evitar a gravidez, um método de elevada falibilidade. Nenhuma jovem com história de gravidez menciona esta opção. O implante contraceptivo, método de longa duração, é apenas referido entre as adolescentes com história de gravidez, e numa percentagem baixa (3.2%).

Quadro 42 - GADOL e GC: Utilização de métodos contraceptivos

	GADOL (N = 176)		GC (N = 73)	
	n	%	n	%
Método(s) utilizados				
Nenhum	113	64.2	5	6.8
Pílula	30	17.0	12	16.4
Preservativo	18	10.2	38	52.1
Pílula + preservativo	13	7.4	16	21.9
Implante	2	1.1	0	0
Pílula do dia seguinte	0	0	1	1.4
Coito interrompido	0	0	1	1.4
Razões para a utilização				
Para evitar a gravidez	41	66.1	36	55.4
Para evitar a gravidez e DST	16	24.2	27	41.5
Para evitar a gravidez e regular o ciclo menstrual	5	8.1	2	3.1
Não sabe	1	1.6	-	-
Razões para a não utilização				
Queria engravidar	19	26.0	0	0
Prejudica a relação com o parceiro/não gostam de usar	21	28.8	1	1.4
Falhas na informação sobre sexualidade e contracepção	17	23.3	0	0
Dificuldade/demora no acesso à contracepção	4	5.5	0	0
Vergonha de admitir a actividade sexual	4	5.5	0	0
Não tem no momento actividade sexual	1	1.4	1	1.4
Outros motivos/Não sabe/Não responde	7	9.6	5	97.3

Ainda relativamente ao GADOL, uma vez que as opções de contracepção, quando existem, recaem sobre alternativas consideradas bastante fiáveis no que respeita à prevenção da gravidez, tal poderá indicar que a sua má utilização terá estado na origem de algumas gestações não planeadas ocorridas neste grupo - num ponto posterior deste capítulo, exploraremos esta possibilidade.

As razões apontadas para a utilização de contraceptivos, tal como a percentagem em que surgem nas respostas das participantes, estão também expressas no Quadro 42, sendo que os grupos não se distinguem nesta variável [$\chi^2_{(5, N = 128)} = 9.544, p = .089$].

Verificam-se diferenças entre os grupos, porém, quando consideramos as justificações apresentadas pelas jovens que já iniciaram actividade sexual e que referem não usar qualquer método contraceptivo [$\chi^2_{(6, N = 146)} = 18.960, p = .004$]. As motivações subjacentes a este comportamento, bem como a percentagem em que foram mencionadas, constam também no quadro anterior.

Enquanto no GC as motivações referidas foram apenas duas, que surgiram com a mesma frequência de respostas (não gostar de usar contracepção e não ter no momento uma vida sexual activa), no GADOL as razões são bastante mais variadas, sendo a mais frequente o facto de a própria ou o companheiro não quererem ou não gostarem de usar qualquer dos métodos existentes (28.8%). Uma percentagem igualmente significativa das jovens desse grupo (26%) refere como motivo a intenção de engravidar.

É importante evidenciar também a percentagem expressiva de adolescentes do GADOL que não possui informação, ou possui informação incorrecta, acerca da sexualidade e contracepção (23.3%): nesta categoria agruparam-se expressões como “não sabia que podia engravidar usando coito interrompido”, “não conhecia métodos contraceptivos” ou “achava que não podia usar nada/tomar a pílula por ser muito nova”. Na categoria outros motivos incluem-se justificações como “era descuidada a tomar a pílula” ou “deixei de tomar porque estava a engordar”. Algumas das adolescentes (11%, no total) mencionam também a dificuldade de conseguir contraceptivos ou a vergonha, que as inibe de abordar o tema com a família ou com os técnicos de saúde.

4.4. Conhecimento e prevenção de IST³⁸

A existência de uma elevada taxa de adolescentes com vida sexual activa que não utiliza qualquer método contraceptivo, em particular no GADOL, coloca estas jovens perante risco acrescido de contraírem

³⁸ Começámos por comparar as grávidas adolescentes (M = 0.97, DP = 0.73) com as mães adolescentes (M = 1.14, DP = 0.64), no que diz respeito às IST conhecidas. Não se verificando diferenças significativas [$t_{(194)} = -1.68, p = .094$], mantivemos a opção de comparar GADOL e GC.

IST - este é um risco também constatado, como vimos, na literatura científica revista, pelo que, no protocolo de avaliação, procurámos avaliar o conhecimento acerca destas doenças e as práticas de prevenção utilizadas pelas participantes.

Em primeiro lugar, explorámos quais as IST conhecidas pelas adolescentes da amostra e, tal como em questões anteriores, anotámos todas as que citaram, tendo posteriormente contabilizado o número total de IST referidas. O conhecimento acerca deste tema revelado pelas adolescentes com história de gravidez ($M = 1.05$, $DP = 0.70$) é significativamente inferior ao do GC ($M = 1.69$, $DP = 0.98$), quando consideramos o número médio de IST conhecidas [$t_{(305.13)} = -6.969$, $p < .001$, $r = .21$], sendo a magnitude do efeito pequena. A infecção por VIH/SIDA é a IST mais frequentemente citada pelas participantes (83% do GADOL e 97.7% do GC). Porém, é relevante notar que 17% das adolescentes do GADOL não conseguem nomear qualquer IST (o que só ocorre em 1.2% das do GC). No Quadro 43, encontram-se os resultados obtidos³⁹.

Questionadas acerca de métodos de prevenção das IST, 23.3% do GADOL e 6.8% do GC afirmam desconhecer qualquer forma de prevenir a sua transmissão, sendo a diferença nesta distribuição estatisticamente significativa [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₃₎ = 24.127, $p < .001$]. Entre as jovens que referem métodos para prevenir as IST, a utilização de preservativo é a forma de prevenção mais citada, quer no GADOL (97.8%), quer no GC (91%).

Quanto às práticas de prevenção das IST, a maioria das adolescentes do GADOL afirma não utilizar qualquer método para esse fim (63.6% no GADOL e 16.4% no GC). Entre as participantes sexualmente activas que mencionam práticas de prevenção das IST, o método de eleição é o preservativo, que é referido no GADOL (36.4%) numa percentagem muito inferior à que ocorre no GC (78.1%). As diferenças entre os grupos relativamente aos métodos utilizados para prevenir as IST são estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2, N = 249)} = 46.888$, $p < .001$].

Considerando apenas as adolescentes que já iniciaram actividade sexual e que afirmaram não usar qualquer método para evitar a transmissão de IST, os motivos mais apontados por ambos os grupos prendem-se com a manutenção de uma relação monogâmica em que confiam no parceiro, pelo que

³⁹ Na categoria Outras IST incluímos clamídia, hepatites, candidíase genital e pediculose púbica, que apenas foram referidas residualmente (0.6%) no GC.

acham desnecessário prevenir as IST (GADOL: 30.3%; GC: 44.4%), não gostarem/não quererem (a adolescente ou o companheiro) utilizar preservativo (GADOL: 25.7%; GC: 22.2%), não conhecer métodos de prevenção (GADOL: 39.4%; GC: 22.2%), e com o facto de não ter, no momento, vida sexual activa (GADOL: 1.8%; GC: 11.1%). Apenas no GADOL, e numa percentagem pouco expressiva (2.8%), aparece a dificuldade de acesso ao preservativo como razão para a sua não utilização. Os dois grupos não se distinguem quanto aos motivos enunciados para justificar a falta de prevenção das IST [$\chi^2_{(4, N = 124)} = 4.490$, $p = .481$].

Quadro 43 - Conhecimento e prevenção de IST: Comparação entre GADOL e GC

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	n	%	n	%
IST conhecidas				
Nenhuma	30	17.0	2	1.2
VIH/SIDA	146	83.0	167	97.7
Gonorreia	2	1.1	15	8.8
Sífilis	6	3.4	20	11.7
Herpes genital	5	2.8	36	21.1
HPV/Condilomas	26	14.8	47	27.4
Outras	0	0	3	1.8
Métodos de prevenção das IST: Quais conhece				
Nenhum	41	23.3	12	6.8
Preservativo	134	76.1	155	88.1
(Saber se o companheiro tem doenças)	1	0.6	1	0.6
Não sabe/Não responde	0	0	8	4.5
	(N = 176)		(N = 73)	
Métodos de prevenção das IST: Quais utiliza				
Nenhum	112	63.6	12	16.4
Preservativo	64	36.4	57	78.1
(Pílula)	0	0	2	2.7
Não sabe/Não responde	0	0	2	2.7

4.5. História familiar de gravidez na adolescência

De acordo com a revisão de literatura efectuada, a gravidez na adolescência aparece frequentemente como um fenómeno transgeracional, ou seja, com tendência a acontecer repetidamente dentro da mesma família. Tendo em conta esse dado, analisámos as diferenças existentes entre as adolescentes com e sem história de gravidez, no que toca à existência de uma gestação em idade precoce

entre membros da família. Os resultados mostram-nos que as jovens do GADOL (45.4%) referem com uma frequência significativamente superior às do GC (26.1%) história familiar de gravidez na adolescência [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 11.145, p < .001$].

Procurámos igualmente identificar o grau de parentesco entre as participantes no estudo e as familiares com história de gravidez adolescente. No GADOL, a familiar referida com maior frequência como tendo engravidado na adolescência foi a irmã (19%). No GC, a prima foi a parente mais vezes referida (11.4%). As mães foram mencionadas por 11.5% do GADOL e 7.4% do GC. Embora em todos os graus de parentesco ocorram percentagens superiores de familiares que engravidaram na adolescência no GADOL, apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere ao número de vezes que as irmãs são mencionadas [$\chi^2_{(1, N = 352)} = 17.592, p < .001$].

4.6. Percepção do impacto da gravidez na adolescência em diferentes dimensões de vida

Procurámos avaliar a percepção acerca do impacto que uma gravidez na adolescência pode exercer em várias áreas de vida da jovem. Assim, para cada uma das dimensões consideradas e apresentadas em seguida, foi perguntado à participante que mudanças considerava que a gravidez podia trazer à adolescente, ou seja, se cada área de vida especificada ficaria igual, melhor ou pior⁴⁰.

Pressupondo que a experiência da gravidez ou/e da maternidade pode modificar estas percepções, optámos por analisar separadamente as respostas dos subgrupos de grávidas adolescentes, de mães adolescentes e do GC. Estes resultados são ilustrados pelas Figuras 23, 24 e 25.

Considerando em primeiro lugar o subgrupo de grávidas adolescentes, verificamos na Figura 23 que a percepção das jovens varia bastante consoante a área de vida considerada. Existem algumas dimensões que as adolescentes acreditam maioritariamente que não serão afectadas pela gravidez, nomeadamente no que toca à escola/trabalho, ao relacionamento com os amigos, ao tempo disponível para si próprias, ao estado emocional (sendo que, apesar disso, 37.4% adolescentes afirma que, neste parâmetro, o impacto da gravidez é negativo), à situação financeira e ao relacionamento com a família

⁴⁰ No caso das adolescentes com história de gravidez, era-lhes pedido que considerassem as dimensões de vida especificadas e pensassem no antes e no durante ou após a gravidez. Às participantes do GC foi solicitado que avaliassem, no seu entender, o que acontece em diferentes áreas de vida quando uma adolescente engravida.

(embora, nesta última área, a percentagem de jovens que acredita que o impacto é positivo – 47.9% – seja quase tão expressiva como a das jovens que crêem não existirem alterações significativas trazidas pela gravidez – 48.9%). As áreas que as jovens indicam como sendo mais beneficiadas pela gravidez dizem respeito aos cuidados pessoais e ao estilo de vida (adoção de hábitos saudáveis – alimentação, menor consumo de tabaco, entre outros) e à relação com o companheiro. Por último, a única área de vida em que a maioria das jovens (59.8%) acredita que o impacto da gravidez é negativo prende-se com as modificações corporais trazidas pela gestação.

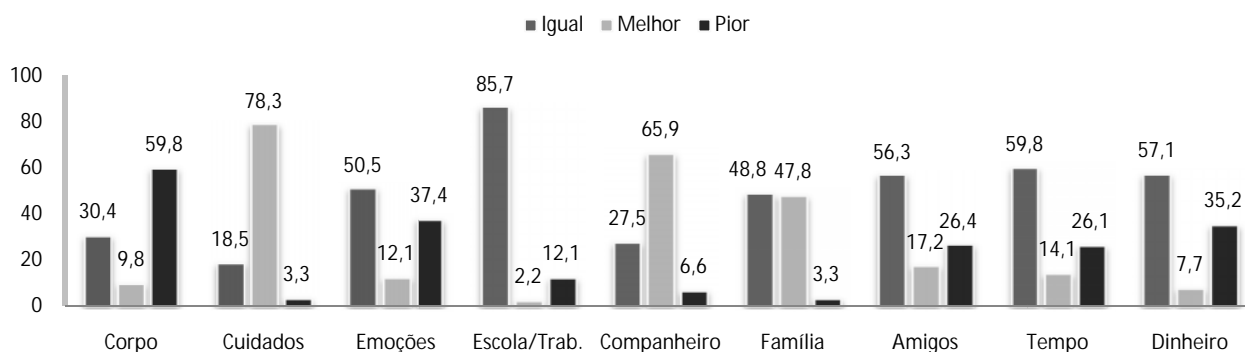


Figura 23 – GADOL_G: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)

Na Figura 24, podemos observar que o perfil das mães adolescentes assume contornos diferentes do das grávidas, com a percentagem de jovens que apresentam uma percepção negativa do impacto da gravidez a subir consideravelmente nalgumas áreas de vida, sendo especialmente acentuada no que respeita à disponibilidade de tempo e de dinheiro, e às questões corporais (respectivamente 65.5%, 50% e 47.6% das participantes deste subgrupo referem um impacto negativo da gravidez nessas dimensões). As áreas que, na perspectiva destas adolescentes, parecem manter-se inalteradas com a gravidez prendem-se com o estado emocional (48.2%), a relação com os amigos (49.4%) e a escola ou trabalho (63.1%). Por sua vez, há três áreas que as jovens perspectivam como sendo especialmente beneficiadas pela gravidez: os cuidados pessoais (52.4%) e a relação com o companheiro (45.2%) e com a família (54.2%).

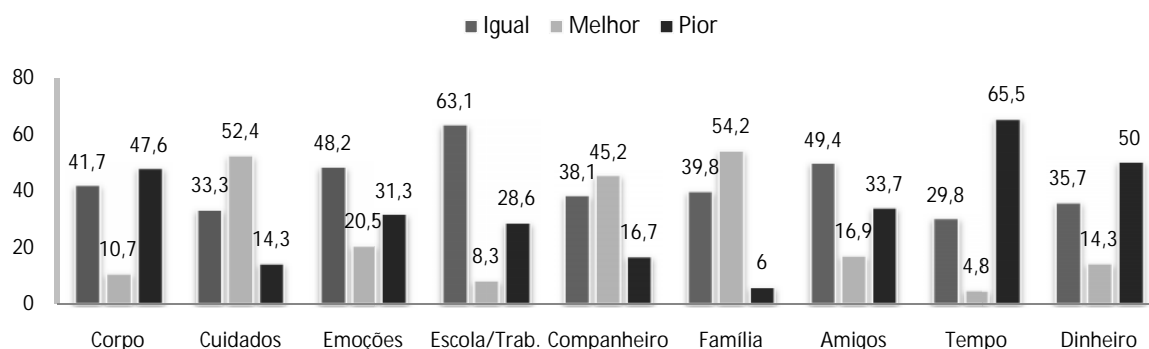


Figura 24– GADOL_M: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)

O GC, como se verifica na Figura 25, denota uma tendência para avaliar de forma negativa o impacto da ocorrência de gravidez na adolescência, com sete das nove áreas avaliadas a serem maioritariamente consideradas como mudando para pior. Esta perspectiva é especialmente acentuada no que se prende com o corpo (85.7%), o estado emocional (85.7%), a escola/trabalho (90.9%), a disponibilidade de tempo para si mesma (74.4%) e a disponibilidade financeira (87.4%). Relativamente às restantes áreas, é de mencionar que os cuidados pessoais são avaliados pela maioria das adolescentes deste grupo (61.8%) como sendo influenciados de forma positiva pela gravidez, enquanto mais de metade das jovens (49.4%) afirma considerar que a gravidez não exerce qualquer impacto na relação com os amigos, mantendo-se esta igual.

Em síntese, é o GC que denota uma percepção mais negativa acerca do impacto que a gravidez na adolescência pode exercer em diferentes áreas de vida da jovem. Globalmente, as adolescentes com história de gravidez consideram que esta pode acarretar uma influência positiva em diferentes dimensões de vida. Os grupos distinguem-se significativamente na sua distribuição por todas as categorias consideradas, com valores de significância de p inferiores a .001, à exceção da variável relação com os amigos, em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas⁴¹.

⁴¹ Auto-imagem corporal: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 47.640, p < .001$; Cuidados pessoais (adoção de hábitos saudáveis): $\chi^2_{(4, N = 352)} = 28.254, p < .001$; Estado emocional: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 99.025, p < .001$; Vida escolar ou profissional: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 190.887, p < .001$; Relação com o companheiro: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 71.107, p < .001$; Relação com a família de origem: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 143.250, p < .001$; Relação com os amigos:

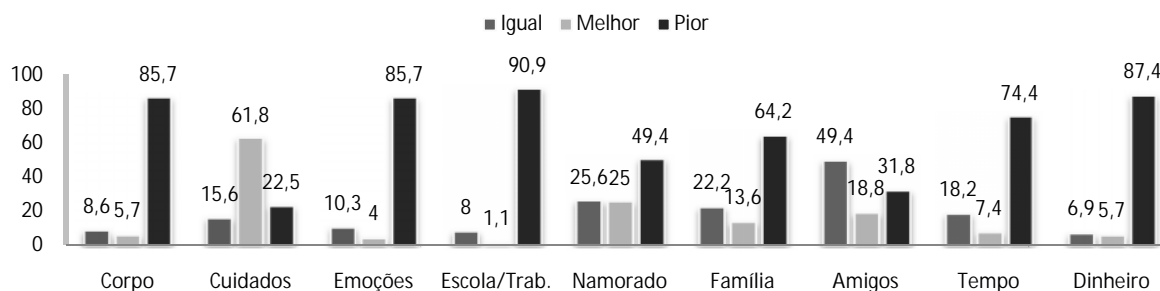


Figura 25 – GC: Percepção do impacto da gravidez na adolescência (%)

5. Caracterização do GADOL e do GC: Outras variáveis do contexto individual

Passamos a apresentar os resultados obtidos na avaliação de outras variáveis do contexto individual, nomeadamente vulnerabilidade ao stress, competências cognitivas e acontecimentos de vida adversos, bem como na comparação dos grupos de adolescentes com e sem história de gravidez.

5.1. Vulnerabilidade ao stress

A vulnerabilidade ao stress, entendida como a maior ou menor capacidade de resistência perante situações adversas ou que exigem uma forte mobilização de recursos, vem-se revelando um conceito central para a compreensão dos processos de adaptação dos indivíduos. Neste estudo, como descrito no capítulo anterior, foi avaliada através do questionário 23 QVS (Vaz Serra, 2000). No Quadro 44, apresentamos os resultados globais obtidos em cada um dos grupos da amostra - não consideramos as subescalas, pois as suas características psicométricas (consistência interna), quando aplicadas à amostra em causa, não se revelaram fiáveis (cf. Capítulo 4).

$\chi^2_{(4, N = 352)} = 1.572, p = .814$; Tempo disponível para si mesma: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 62.359, p < .001$; Disponibilidade financeira: $\chi^2_{(4, N = 352)} = 93.656, p < .001$.

Quadro 44 – GADOL e GC: Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		$t_{(250)}$	p
	M	DP	M	DP		
Vulnerabilidade ao stress 23 QVS (Pontuação global)	39.77	11.29	41.71	9.98	-1.706	.089

t de Student

Como podemos observar, os resultados obtidos indicam que, embora os grupos não se distingam na pontuação global da 23 QVS, o GC apresenta uma média mais elevada, o que indica maior vulnerabilidade ao stress.

5.2. Competências cognitivas – raciocínio abstracto

Na prova AR da Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial, que avalia as aptidões de raciocínio lógico e abstracto, o resultado obtido pelo GADOL (M = 11.13, DP = 6.72) é significativamente inferior ao do GC (M = 17.28, DP = 6.53) [$t_{(349)} = -8.689$, $p < .001$, $r = .17$], sendo a magnitude de efeito pequena.

Embora seja necessário ter em conta que a prova AR é menos sensível, mas não imune, à influência da escolarização e de outras variáveis socioculturais (cf. Capítulo 4), os resultados parecem indicar que as adolescentes com história de gravidez possuem capacidades cognitivas de raciocínio lógico e abstracto menos desenvolvidas do que as jovens do GC.

5.3. Acontecimentos de vida adversos

Apresentamos seguidamente informação relativa à experiência de acontecimentos adversos pelas adolescentes, avaliados através da Lista de Acontecimentos de Vida – LAV (cf. Capítulo 4). Consideramos inicialmente a percentagem de adolescentes da amostra que refere ter experienciado ou não cada um dos acontecimentos incluídos na LAV, e procedemos em seguida à comparação dos grupos quanto à média de situações adversas vividas.

Quadro 45 - GADOL e GC: Experiência de acontecimentos adversos (LAV)

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)	
	Não lhe aconteceu/ Não se aplica	Aconteceu-lhe ou viu acontecer	Não lhe aconteceu/ Não se aplica	Aconteceu-lhe ou viu acontecer
Acontecimentos de vida adversos	%	%	%	%
Experiência traumática	64.2	35.8	65.9	34.1
Desastre natural	59.1	40.9	54.5	45.5
Fogo ou explosão	73.9	26.1	76.7	23.3
Acidente num meio de transporte	52.8	47.2	60.8	39.2
Acidente grave em casa, meio laboral, recreio	83.0	17.0	80.7	19.3
Exposição a substâncias tóxicas	94.3	5.7	95.5	4.5
Agressão física	64.8	35.2	63.1	36.9
Ameaça com arma	85.2	14.8	90.9	9.1
Agressão sexual	92.0	8.0	93.8	6.3
Outro contacto sexual não desejado	90.9	9.1	92.6	7.4
Perseguições perigosas	85.8	14.2	84.7	15.3
Atropelamento	77.8	22.2	72.2	27.8
Doença ou ferimento que ameaçou a vida	79.5	20.5	71.6	28.4
Sufrimento humano intenso	71.0	29.0	68.8	31.3
Assistir a morte repentina, violenta	91.5	8.5	92.0	8.0
Assistir a morte inesperada de alguém próximo	79.5	20.5	88.6	11.4
Causar ferimento, dor ou morte de alguém	89.5	12.5	81.8	18.2
Outra experiência extremamente stressante	69.3	30.7	66.5	33.5
LAV (Pontuação total)	M	DP	M	DP
	3.99	2.85	3.99	3.24

Verificamos que, em ambos os grupos, os acontecimentos adversos mais frequentes que as adolescentes experienciaram ou viram acontecer são os acidentes de viação/transporte, desastres naturais (por exemplo, inundação ou tremor de terra), agressões físicas (por exemplo, ser atacada, batida, esbofetada ou pontapeada) e experiências traumáticas (por exemplo, ferimentos graves ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros).

Os grupos apenas se distinguem na sua distribuição relativamente ao acontecimento assistir à morte inesperada de alguém próximo [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₄₎ = 5.436, p = .028], que foi mais frequente entre o GADOL. Considerando o número médio de acontecimentos adversos experienciados, constatamos que a média é igual em ambos os grupos, pelo que estes não se distinguem nesta variável [$t_{(350)} = 0.000$, p = 1.000].

6. Caracterização do GADOL relativamente aos contextos associados à ocorrência e curso da gestação

Neste ponto, consideraremos dados relativos às adolescentes com história de gravidez. De acordo com o enunciado no objectivo geral 2 e respectivos objectivos específicos (cf. Capítulo 4), abordaremos diversas variáveis relacionadas com a gravidez actual, começando por explorar as motivações subjacentes à decisão de engravidar ou, nos casos em que a gravidez não foi planeada, as razões inerentes à falha dos métodos contraceptivos em uso. A reacção emocional da grávida, bem como as reacções dos familiares mais próximos (mãe e pai) e do pai do bebé à notícia da gravidez também são analisadas. Consideraremos ainda a percepção das grávidas acerca do seu bebé, no período pré-natal.

Serão igualmente apresentados dados de ordem médica, no que respeita a antecedentes obstétricos e informações relativas ao curso obstétrico da presente gestação.

6.1. Gravidez: Motivação e desejo

Procurámos avaliar junto das adolescentes do GADOL se a gravidez actual, durante a qual foram avaliadas, fora desejada. Os resultados encontram-se ilustrados na Figura 26.

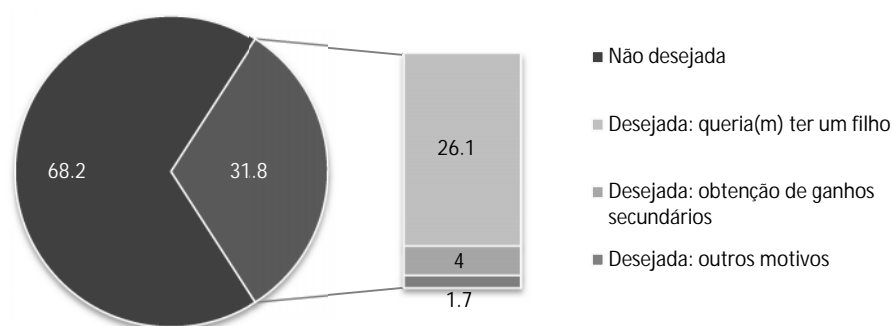


Figura 26 - GADOL: Gravidez não desejada vs. desejada (%)

Para 120 (68.2%) das 176 adolescentes do GADOL, a gravidez não foi desejada. As restantes 56 (31.8%) mencionam como razões para desejar a gravidez a vontade de um ou de ambos os membros do casal terem um filho e/ou o casal já ter a vida organizada, a possibilidade de obtenção de ganhos secundários, nos quais se incluem passar a viver com o companheiro/sair de casa, conseguir a aprovação do namoro por parte dos pais e evitar a institucionalização; e outros motivos, apenas mencionados residualmente, mas entre os quais se cita, por exemplo, a vontade de saber se conseguia engravidar.

6.2. Gravidez: Ponderação da possibilidade de interromper a gestação

Apesar de 68.2% das adolescentes afirmarem que a gravidez não foi desejada, 91.4% declararam não ter sequer ponderado a hipótese de a interromper, permitida pela Lei nº 16/2007 de 17 de Abril, que estabelece a exclusão de ilicitude nos casos de interrupção de gravidez. Assim, apenas 8.2% das adolescentes que engravidaram consideraram a possibilidade de não prosseguir a gestação, e destas nenhuma fez essa opção. Na Figura 27, estão representadas as razões invocadas para justificar a decisão de não interromper a gravidez, bem como a percentagem em que foram mencionadas entre as jovens que colocaram essa hipótese. Na categoria Outros motivos incluímos razões como não existir legislação que o permitisse na altura em que engravidou, sentimento de falta de coragem para optar pela IVG, e crença de que deveria assumir a responsabilidade pelo erro cometido.

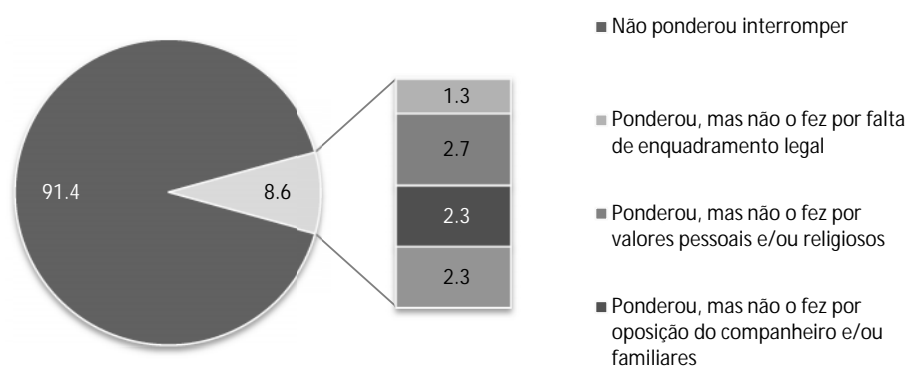


Figura 27 – GADOL: Ponderação e razões para a opção de não realizar IVG (%)

6.3. Gravidez: Razões apontadas para a sua ocorrência

Entre as adolescentes que indicam não ter desejado a gravidez, a principal razão indicada para justificar a sua ocorrência (64.8%) foi a não utilização de métodos contraceptivos, ou a utilização de métodos pouco fiáveis, como o coito interrompido. Outros motivos prendem-se com falhas na utilização dos métodos contraceptivos (esquecimento da toma da pílula; uso esporádico de contraceptivos; falhas no manuseamento do preservativo - 21.6%), diminuição da eficácia da pílula (interacção com outros medicamentos; problemas gastrointestinais - 9,3%), e abandono da contracepção hormonal oral sem substituição por outro método (4,3%) - por motivos de saúde, para evitar os seus efeitos secundários ou pelo facto de a marca a que recorriam ter deixado de ser comercializada/distribuída pelos centros de saúde.

6.4. Reacções emocionais e atitudes da adolescente e figuras significativas face à gravidez actual/mais recente

Para avaliar esta variável, recorreremos a uma escala de tipo Likert de 7 pontos, variando entre 1 (Extremamente bem) e 7 (Extremamente mal). Comparámos inicialmente as respostas de grávidas ($M = 4.47$, $DP = 1.63$) e mães adolescentes ($M = 4.46$, $DP = 1.48$), e concluímos que não se verificaram diferenças significativas nas médias dos grupos [$t_{(176)} = -0.013$, $p = .989$], pelo que analisamos em conjunto o GADOL.

Reacções emocionais iniciais à gravidez

Na Figura 28, podemos observar sumariamente as reacções emocionais relatadas pela adolescente perante o conhecimento da ocorrência da gravidez. A figura ilustra também a percepção da jovem acerca das reacções dos familiares mais próximos.

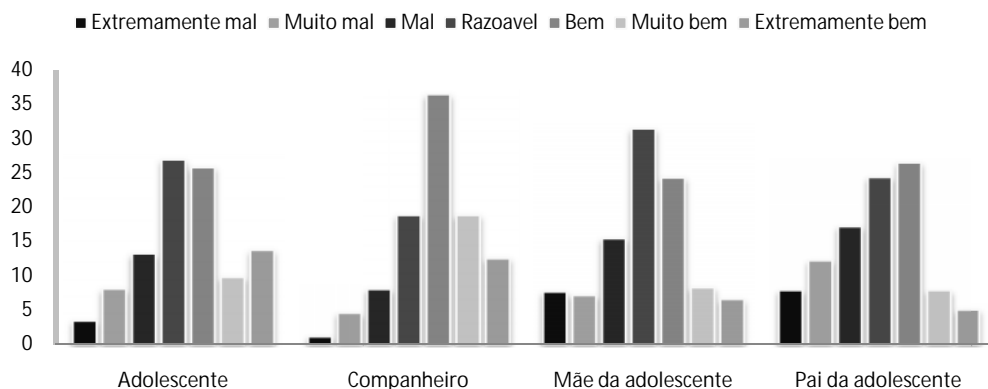


Figura 28 – GADOL: Reacção inicial da adolescente e percepção da reacção dos familiares próximos à notícia da gravidez (%)

Verificamos que a gravidez da adolescente é, no geral, bem aceite pela própria. A sua percepção acerca da reacção das outras figuras significativas é também maioritariamente positiva.

Procurámos avaliar quais os motivos enunciados pelas adolescentes para justificar o impacto emocional exercido pela ocorrência de gravidez ("Porque acha que reagiu assim?"). Para 33.8% das adolescentes, tratou-se de uma gravidez planeada ou desejada, à qual reagiram positivamente dado o seu desejo de terem (mais) filhos. 23.3% das adolescentes dizem ter reagido muito bem ou extremamente bem à gravidez.

No entanto, a maior parte das jovens (76.7%) manifestaram uma perspectiva menos exuberante: para 24.4%, trata-se de uma ocorrência com impacto emocional negativo pelas desvantagens que acarreta, nomeadamente devido ao facto de serem muito jovens, de implicar mudanças significativas e, em casos pontuais, por já terem outros filhos ou já não manterem uma relação com o pai do bebé. Para aproximadamente um quinto das adolescentes (20.5%), a gravidez constituiu uma surpresa, tratando-se de um acontecimento imprevisto e inesperado. Cerca de 15% das adolescentes aceitaram ou conformaram-se com a gravidez, por não a perspectivarem como um problema, gostarem de crianças, terem apoio da família ou identificarem vantagens na situação. Por fim, algumas adolescentes (3.5%)

justificam a sua apreensão face à notícia da gravidez com o facto de temerem a reacção da restante família e recearem dificuldades futuras.

O pai do bebé, como evidenciado na Figura 28, tende, segundo a adolescente, a reagir de maneira ainda mais positiva do que ela própria (de forma razoável, boa, muito boa ou extremamente boa em 86.5% dos casos), tendendo a considerar a gravidez desejada (66.7%), dada a sua vontade em ser pai. Em 14.8% dos casos, a gravidez é considerada não desejada, sobretudo devido à percepção de que é demasiado cedo para serem pais ou, em casos pontuais, ao facto de já terem filhos de relações anteriores. As reacções de surpresa (9.2%), aceitação/conformismo (4.9%) e apreensão (4.4%) devido ao receio das consequências (a nível financeiro e familiar) são as menos frequentes.

A reacção da mãe da adolescente à gravidez da filha tende a ser mais variada, oscilando entre negativa (30%), razoável (31.2%) e positiva (38.8%), o que se traduz na Figura 28. Embora, segundo as adolescentes, 24.5% das mães considerem a gravidez desejada, por desejarem ser avós ou ter mais netos, e 13.6% se conformem e aceitem (justificando a sua reacção pelo facto de já terem passado pela mesma situação com outra filha; já estarem à espera; não perspectivarem a situação como problemática; ou acharem aceitável pelo facto de a filha viver em união de facto), para algumas (20.3%) a notícia constitui uma surpresa, por ser inesperada. 41.6% das adolescentes acreditam que as mães ficam apreensivas ao pensar nas consequências da gravidez precoce, nomeadamente no que toca à idade da filha, às condições económicas, a possíveis problemas médicos, à reacção do pai da adolescente e ao facto de aquela já ter outro(s) filho(s).

Ainda de acordo com a Figura 28, o pai da adolescente é a pessoa que, com maior frequência, tem uma reacção má, muito má ou extremamente má perante a notícia da gravidez da filha (36.9%). As adolescentes justificam essa reacção do pai pela apreensão sentida (33%), sobretudo devido à idade da filha e à sua imaturidade para assumir o papel de mãe. A notícia constitui uma surpresa para 8.7% dos pais, é aceite com conformismo numa percentagem significativa dos casos (23.4%), segundo as filhas, pelo facto de o pai gostar de crianças, ter uma mente aberta, ser uma pessoa calma ou tratar-se de um acontecimento já esperado, e é bem recebida algumas vezes (17.4%), dada a vontade de ter (mais) netos.

Atitude dos familiares mais próximos face à gravidez da adolescente

Obtivemos ainda que, na grande maioria dos casos, a reacção dos familiares mais próximos é de aceitação e apoio perante a gravidez da adolescente (Companheiro: 96.5%, Mãe: 90.0%, Pai: 83.80%). O pai do bebé é, pois, o elemento que com maior frequência demonstra este comportamento, sendo o pai da adolescente a figura que mais vezes tem uma postura inicial de hostilidade (3.5%), distanciamento (6.3%) ou de choque e tristeza (4.9%).

Nesta análise, excluímos os familiares que, segundo a adolescente, ainda não estavam informados da gravidez (0.6% dos companheiros, 0.6% das mães e 1.4% dos pais da jovem).

Questionámos ainda as adolescentes do GADOL relativamente à sua percepção da constância ou mudança de atitude dos familiares próximos à medida que a gravidez avançava. Como se pode constatar na Figura 29, segundo as jovens, a atitude das figuras significativas tende maioritariamente a mudar para melhor ao longo da gestação. É na atitude do pai do bebé que tendem a perceber com frequência mais elevada uma mudança negativa (5.3%).

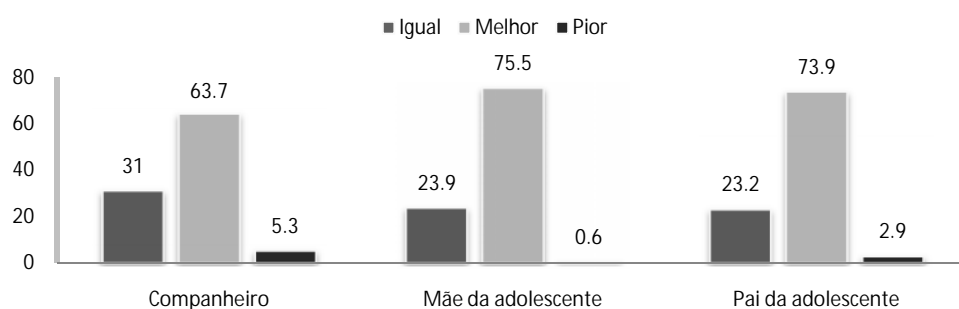


Figura 29 – GADOL: Atitude dos familiares próximos perante a gravidez - Mudança ao longo da gestação (%)

6.5. História obstétrica

6.5.1. Antecedentes obstétricos

No Quadro 46, apresentamos os dados relativos aos antecedentes obstétricos das grávidas e mães adolescentes, prévios à ocorrência da gestação que permitiu a inclusão no presente trabalho.

Quadro 46 – GADOL: Antecedentes obstétricos

GADOL (N = 176)		
	n	%
Gestações anteriores		
Nenhuma (Primigesta)	153	86.6
Uma	21	11.9
Duas	2	1.1
Abortamentos em gestação anterior		
Nenhum	166	94.3
Perda espontânea	6	3.4
Interrupção voluntária	3	1.7
Interrupção por causas médicas	1	0.6
Partos pré-termo		
Não ocorreu	175	99.4
Ocorreu	1	0.6
Outras complicações ginecológicas ou obstétricas		
Sim	0	0.0
Não	100	100.0
Número de filhos		
Nenhum	161	91.5
Um	15	8.5

Salientamos o facto de 13% das adolescentes terem estado grávidas antes da gestação que motivou a inclusão nesta amostra, sendo que, para duas delas (1.1%), essa situação repetiu-se duas vezes. As gestações anteriores tiveram lugar, em média, há 17.67 meses (DP = 8.80), embora este intervalo tenha variado entre 9 e 36 meses. Do total de gestações anteriores, dez não chegaram a termo, sendo que seis delas terminaram espontaneamente e as outras quatro foram terminadas por razões pessoais ou médicas. As restantes quinze gestações resultaram no nascimento de um bebé, pelo que 8.5% das adolescentes do GADOL já eram mães quando foram avaliadas pela nossa equipa a propósito deste estudo. Nenhuma das adolescentes refere complicações ginecológicas, ou complicações obstétricas nas gestações prévias, sendo que apenas num caso (0.6%) se registou um nascimento prematuro.

6.5.2. Dados obstétricos da gestação actual/mais recente

No Quadro 47, que se apresenta abaixo, constam os dados mais relevantes no que se refere à gravidez actual das adolescentes do GADOL (nos casos em que se trata da segunda gesta ou posterior, as informações reportam-se à gravidez mais recente).

Quadro 47 – GADOL: Dados obstétricos da gestação actual

GADOL (N = 176)		
	n	%
Número de fetos		
Um	173	98.3
Dois	3	1.7
Complicações obstétricas/intercorrências ^a		
Sim	20	11.4
Não	156	88.6
Vigilância da gravidez		
Vigiada no Centro de Saúde	42	28.8
Vigiada em consulta de especialidade – “Consulta de Alto Risco”	121	68.8
Vigiada por médico especialista (consultório privado)	13	2.4
Número de ecografias ^a		
Menos de 3	53	30.6
3 ou mais	123	69.4
	M (Min. – Máx.)	DP
Início da vigilância da gravidez (semanas de gestação)	10.20 (2 – 30)	5.18
Total de consultas ^a	8.64 (2 – 20)	3.40

Nota: ^aNo caso do GADOL_G, estes dados referem-se ao seguimento da gravidez até ao momento da avaliação.

Verifica-se que a maioria das gestações é de apenas um feto, havendo três casos de gravidez gemelar (com dois fetos). Registaram-se complicações em 11.4% das gestações, que incluíram ameaça de aborto (5.1%), infecção urinária (1.5%), toxoplasmose (1.2%), cólica renal (0.6%), anemia (0.6%), metrorragias (0.6%), tromboflebite (0.6%), problemas de desenvolvimento do feto nos primeiros meses de gravidez (0.6%) e problemas associados ao consumo de opiáceos (0.6%).

Todas as adolescentes do GADOL que participaram no estudo tiveram a sua gravidez vigiada, com maior ou menor regularidade. O critério utilizado para a avaliação da regularidade da vigilância consistiu na conjugação de dois pressupostos: um número mínimo de três consultas realizadas ao longo da gestação e a realização da primeira consulta obstétrica antes das 12 semanas de gravidez. A idade gestacional média para o início da vigilância clínica é de 10.2 semanas. Constatamos que o número de consultas realizadas durante o período gestacional foi, para 83.4% das adolescentes, igual ou superior a seis, sendo a média para o total da amostra de 8.64 consultas. 67.8% das jovens iniciou a vigilância médica antes das 12 semanas, 7.6% fizeram-no apenas após as 20 semanas de gestação, e registámos 4 situações

(1.8%) em que a vigilância se iniciou já durante o terceiro trimestre de gravidez, isto é, depois das 24 semanas. Quanto ao número de ecografias, 69.4% das adolescentes realizaram pelo menos três ao longo da gestação, sendo que a primeira aconteceu, para 51% das jovens, até às doze semanas de gravidez.

O acompanhamento obstétrico é assegurado, na maioria dos casos (68.8%), por consultas hospitalares da especialidade - na Região Autónoma dos Açores, as consultas de especialidade vocacionadas para o atendimento de grávidas adolescentes, situadas nos hospitais de referência para cada grupo de ilhas (Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta) designam-se por Consultas de Alto Risco. Frequentemente, as jovens são simultaneamente seguidas no Centro de Saúde. Cerca de 28.8% das grávidas foi acompanhada exclusivamente no seu Centro de Saúde, e 2.4% fizeram o seguimento em consultório privado com médico especialista.

Acompanhamento nas consultas de vigilância da gravidez

No que respeita ainda ao seguimento obstétrico realizado durante a gravidez, obtivemos informação relativamente à pessoa ou pessoas que normalmente acompanhavam a grávida às consultas. Em 17.8% dos casos, a adolescente dirigia-se sozinha à instituição de saúde onde era vigiada. Quando a jovem era acompanhada, a pessoa que participava consigo nas consultas era, com maior frequência (46%), o pai do bebé, sendo a mãe da jovem uma presença também frequente (41.4%). O acompanhamento por outras figuras de apoio (sogra, irmãos, amiga ou outros) verificou-se em menos situações.

Expectativas acerca da utilização de contraceção no pós-parto

A grande maioria das adolescentes grávidas no momento da avaliação para o estudo (93.6%) afirma a intenção de utilizar pelo menos um método contraceptivo após o parto, sendo a pílula o método mais vezes referido como possível opção (67%), logo seguida pelo implante (13.2%) e pelo dispositivo intra-uterino (9.9%). Apenas 1.1% das jovens menciona a intenção de utilizar um método de barreira (preservativo) como complemento da opção contraceptiva.

6.6. Percepção das grávidas acerca do bebé: Expectativas relativamente ao comportamento e à prestação de cuidados ao recém-nascido

Procurámos avaliar as expectativas das grávidas adolescentes relativamente ao seu bebé, que ainda não conhecem. Para tal, foi utilizado o NPI – Inventário de Percepção Neonatal (cf. Capítulo 4). Os resultados constam no quadro seguinte. Verifica-se que as expectativas das grávidas adolescentes acerca do comportamento do seu bebé, quando lhes é pedido que o comparem com o da generalidade dos bebés, são maioritariamente positivas.

Quadro 48 - GADOL_G: Percepção do bebé no período pré-natal

GADOL_G (N = 92)		
Percepção do bebé	n	%
Positiva	69	75.0
Negativa	23	25.0

Considerando de novo apenas as grávidas adolescentes, estas foram ainda inquiridas quanto aos projectos para cuidar do recém-nascido, nomeadamente quem esperavam que fosse a principal figura prestadora de cuidados após o período neonatal imediato. Constatou-se que a maioria das jovens grávidas espera vir a ser a principal figura cuidadora do seu bebé, seja exclusivamente (83.5%), seja com ajuda da sua própria mãe (4.4%); a avó materna aparece como principal cuidadora esperada em 2.2% dos casos e nenhuma das grávidas menciona a avó paterna como possível cuidadora; só uma minoria (9.9%) espera que o bebé venha a ser cuidado por pessoas/instituições externas à família (ama ou creche).

7. Caracterização do GADOL_M relativamente a contextos associados à maternidade

No ponto anterior, foram apresentados dados relativamente ao curso da gravidez. Agora, o foco é colocado nos contextos associados à maternidade, pelo que, das adolescentes com história de gravidez, focar-nos-emos nas que já eram mães há pelo menos três meses na altura da avaliação (N = 84).

7.1. Dados relativos ao parto

No Quadro 49, sumarizam-se os dados clínicos referentes ao parto.

Quadro 49 - GADOL_M: Dados obstétricos do parto actual

	GADOL_M (N = 84) ⁴²	
	n	%
Parto		
Pré-termo	10	11.9
Termo	74	88.1
Apresentação fetal		
Cefálica	31	36.9
Pélvica	1	1.2
s/informação	52	61.9
Tipo de parto		
Eutócico	50	59.5
Distócico (ventosa)	3	3.6
Distócico (fórceps)	3	3.6
Cesariana (programada)	4	23.8
Cesariana (urgente)	20	4.8
s/informação	4	4.8
Analgesia		
Nenhuma	26	31.0
Epidural	41	48.8
Geral	15	17.9
s/informação	2	2.4

Para 88.1% das adolescentes, o parto ocorreu depois de completadas as 37 semanas de gestação. Registaram-se dez partos pré-termo, tendo um deles ocorrido às 27 semanas, e os restantes entre as 35 e as 37 semanas. 66.7% dos nascimentos aconteceram por via vaginal, sendo o parto instrumentado com fórceps ou ventosas em 7.6% dos casos.

Nas situações em que o parto ocorreu por cesariana (28.8%), as razões para esta opção prenderam-se, em proporções semelhantes, com causas maternas (incompatibilidade feto-pélvica; existência de problemas médicos; cesariana prévia; má evolução do trabalho de parto) ou fetais (posição; tamanho; estado fetal não tranquilizador). Grande parte das adolescentes (48.8%) fez analgesia durante o trabalho de parto, com recurso a anestesia epidural.

⁴² Os números parciais em cada categoria podem não coincidir com o N total do GADOL_M - tal acontece quando não foi possível confirmar os dados através do processo clínico ou dos registos de saúde da grávida e/ou do bebé.

A experiência do parto foi vivenciada, grande parte (69%) das vezes, individualmente. Nos casos em que o parto foi assistido por acompanhante, o pai do bebê foi quem mais vezes esteve presente (28.2%); a mãe da adolescente esteve presente em duas situações (2.8%), não havendo referência a outros elementos.

7.2. Dados desenvolvimentais do bebê

As informações que apresentamos no Quadro 50 resumem, para além do género, os principais indicadores desenvolvimentais do bebê no que toca a dois momentos distintos: aquando do nascimento (incluindo a idade gestacional, o peso, comprimento e perímetro cefálico com que nasceu; o Índice de Apgar, calculado ao primeiro e ao quinto minutos de vida do bebê; e o regime de alimentação que seguiu no puerpério) e no momento de avaliação das mães adolescentes, em que os bebês registam entre três a dezoito meses, sendo a média de aproximadamente 10 meses de idade (em relação a esta etapa, considerámos os percentis referentes ao peso, à estatura e às competências, bem como a assiduidade verificada na vacinação e nas consultas de Saúde Infantil). Uma vez mais, consideramos apenas os dados passíveis de confirmação através de registos clínicos.

A maioria dos bebês nasceu após ter completado 38 semanas de gestação (88.1%), havendo a assinalar dez (11.9%) nascimentos prematuros. O peso médio ao nascer (em gramas) é de 3327.17 (DP = 474.41) para os meninos e de 3218.82 (DP = 327.71) para as meninas, situando-se entre o percentil 25 e o 50 para ambos os géneros.

Quanto à estatura (em centímetros) dos recém-nascidos, a média é de 48.48 (DP = 3.23) para os rapazes e de 48.74 (DP = 1.75) para as raparigas. Estes valores correspondem, no primeiro caso, ao intervalo entre o percentil 25 e o 50 e, no segundo, ao percentil 50. No que toca ao perímetro cefálico (em centímetros), os valores médios são de 35.11 (DP = 2.08) para o sexo masculino e de 34.48 (DP = 1.87) para o sexo feminino, pelo que, novamente, estão entre os pontos correspondentes ao percentil 25 e 50 para os dois grupos.

O Índice de Apgar foi medido ao primeiro e ao quinto minuto de vida dos bebês. Na primeira avaliação, 91.1% dos bebês teve um valor igual ou superior a 8, sendo que os restantes sete apresentaram

valores que oscilaram entre 3 e 7. Os valores obtidos na segunda medição foram mais elevados e variaram entre 8 e 10 (sendo este o valor mais frequente, atribuído a 87.3% dos recém-nascidos).

Quadro 50 - Dados desenvolvimentais do bebê: Caracterização do GADOL_M

GADOL_M (Filhos) (N = 84)		
Nascimento e puerpério	n	%
Sexo		
Masculino	34	42.0
Feminino	47	58.0
Alimentação no puerpério		
Leite materno exclusivo	34	41.5
Leite materno com suplemento	21	25.6
Leite adaptado	27	32.9
	M (Mínimo - Máximo)	DP
Idade gestacional	39.14 (27 - 42)	1.89
Peso (gramas)	3206.47 (1060 - 4320)	593.04
Estatura (centímetros)	48.41 (36 - 54)	3
Perímetro cefálico (centímetros)	34.36 (27 - 44)	3.69
Índice de Apgar		
1º minuto	8.67 (3 - 10)	1.34
5º minuto	9.87 (8 - 10)	0.37
Desenvolvimento (dados no momento da avaliação)	n	%
Peso		
Normal	49	58.3
Acima da média	28	33.3
Abaixo da média	7	8.3
Estatura		
Na média	53	63.1
Acima da média	21	25.0
Abaixo da média	10	11.9
Desenvolvimento psicomotor		
Na média	81	96.4
Acima da média	1	1.2
Abaixo da média	2	2.4
Vacinação		
Em dia	82	97.6
Em atraso	2	2.4
Assiduidade nas consultas de Saúde Infantil		
Assíduo	84	100.0

A maioria dos bebês (88%) não tem registo de quaisquer problemas após o nascimento. Porém, ocorreram sete situações (8.4%) em que houve necessidade de reanimação e/ou recurso a máscara de

oxigênio, dois recém-nascidos (2.4%) com hiperbilirrubinemia e um outro (1.2%) que necessitou de uma lavagem gástrica por aspiração de mecônio.

A maioria das adolescentes amamentou inicialmente os seus bebês (67.1%). A alimentação dos recém-nascidos no puerpério consistiu, com maior frequência, em leite materno exclusivo, tendo sido, em cerca de um quarto dos casos, complementado com suplemento de leite adaptado. As mães adolescentes deste estudo mencionam que, em média, amamentaram os seus filhos durante cerca de 1.98 meses (DP = 1.64), com valores a oscilar entre os 0 e os 7 meses.

O peso, estatura e desenvolvimento psicomotor dos bebês foi categorizado com recurso aos registos do Boletim de Saúde Infantil. Nas três dimensões, os bebês situam-se maioritariamente no percentil 50 ("Normal"), embora a percentagem de bebês que registam valores acima deste percentil nos dois primeiros parâmetros também seja considerável. Os filhos das mães adolescentes da amostra vão assiduamente às consultas de Saúde Infantil e, à excepção de dois casos, têm as vacinas em dia.

7.3. Seguimento clínico e práticas contraceptivas após o parto

Mais de metade (51.3%) das mães adolescentes da amostra afirma não ter ficado com consulta de revisão puerperal marcada após o parto. Porém, muitas receberam a indicação no momento da alta do puerpério para se dirigirem ao Centro de Saúde para esse efeito, o que algumas fizeram (31.3%). Das puérperas que ficaram com consulta marcada na altura do parto (48.7%), 27.5% foram referenciadas ao Centro de Saúde, para 20% essa consulta foi marcada no Hospital (Consulta de especialidade) e 1.2% marcaram-na num consultório privado.

No que toca à utilização de contraceção após o parto, 89.2% das jovens menciona o recurso a pelo menos um método contraceptivo, sendo a pílula a resposta mais frequente (56.6%). Na Figura 30, ilustram-se as práticas contraceptivas das mães adolescentes, contrastadas com as intenções de utilização de métodos contraceptivos referidas pelo GADOL_G, e que mencionámos anteriormente no ponto 6.5.4.

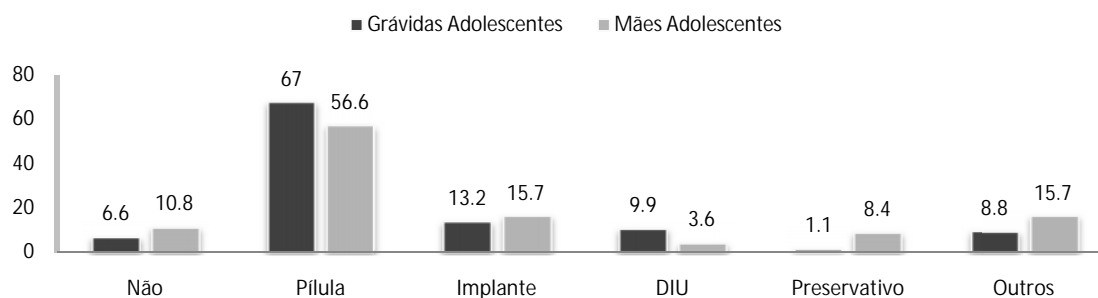


Figura 30 – GADOL_G e GADOL_M: Contracepção após o parto - Expectativas e métodos usados (%)

É de notar, então, que 10.2% destas mães adolescentes não usam qualquer método contraceptivo. As razões apontadas para esta decisão prendem-se com o facto de ainda não terem tido consulta de planeamento familiar após o parto ou de terem faltado (62.5%); o desconhecimento acerca do melhor método para usar depois do parto/durante a amamentação (12.5%) e outros motivos, como o facto de actualmente não terem companheiro ou terem a intenção de voltar a engravidar.

7.4. Percepção do bebé e prestação de cuidados ao recém-nascido

Tivemos anteriormente a oportunidade de referir que uma das variáveis avaliadas no GADOL foi a percepção que a mãe tem acerca do comportamento do seu bebé (cf. ponto 6 deste capítulo). Durante a gravidez, são avaliadas as expectativas da grávida em relação ao bebé que ainda não conhece, enquanto no pós-parto se avaliam as experiências da mãe após as primeiras semanas de interacção com o seu filho (Moreira et al., 2009). No quadro seguinte, estão representados os resultados obtidos pelas mães adolescentes do estudo. Como se verifica, a percepção das adolescentes acerca dos seus bebés é maioritariamente positiva.

Se tivermos em conta os dados acerca da percepção do bebé no período pré-natal, avaliada anteriormente junto das grávidas adolescentes da amostra, verificamos que os dois grupos não se distinguem significativamente [χ^2 (Teste exacto de Fisher)₍₁₎ = 1.323, p = .276]. A percepção positiva ou

negativa que as adolescentes têm dos seus bebés parece ser independente do período em que são avaliadas (na gravidez ou durante a transição para a maternidade).

Quadro 51 - GADOL_M: Percepção do bebé após o nascimento

GADOL_M (N = 84)		
Percepção do bebé	n	%
Positiva	69	82.1
Negativa	15	17.9

A prestação de cuidados ao bebé é maioritariamente assegurada pela mãe (75%), por vezes auxiliada pela avó materna (9.5%), ou pela avó paterna (1.2%). A avó materna raramente é a principal cuidadora (1.2%). O pai do bebé não é mencionado como principal figura cuidadora - este papel parece ser exercido sobretudo pelos elementos femininos da família e, com menor frequência, por instituições, como creches (9.5%), ou amas (9.5%).

No GADOL, as grávidas (cf. ponto 6.6. deste capítulo) não se distinguem significativamente das mães relativamente às principais pessoas/instituições que planeiam prestar ou prestam efectivamente cuidados ao bebé [$\chi^2_{(5, N = 176)} = 5.971, p = .309$].

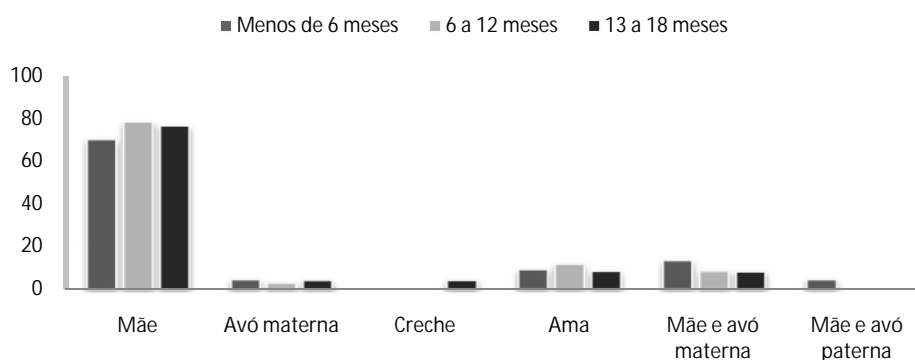


Figura 31 – GADOL_M: Principal cuidadora em função da idade do bebé (%)

No GADOL_M, procurámos verificar se o decorrer do tempo desde o parto alteraria a principal figura de prestação de cuidados ao bebé. Como podemos observar na Figura 31, a mãe é sempre a principal cuidadora, registando-se uma frequência muito superior desta situação em relação a outras pessoas ou instituições responsáveis pela prestação de cuidados à criança. Não existem diferenças significativas nesta distribuição em função do tempo que decorreu desde o parto [$\chi^2_{(10, N = 84)} = 5.845, p = .828$].

8. Caracterização dos indicadores de adaptação

Apresentamos neste ponto os dados referentes aos indicadores seleccionados para avaliar a adaptação pessoal e relacional das adolescentes participantes no estudo, de acordo com os objectivos formulados no capítulo anterior.

Começaremos por explorar alguns dados acerca do ajustamento pessoal e relacional das jovens com história de gravidez, nomeadamente índices de sintomatologia depressiva e percepção de qualidade de vida, e percepção da qualidade das relações com figuras significativas da rede social e satisfação com o apoio por elas disponibilizado, comparando-as com as adolescentes do GC. Estudaremos também as possíveis associações entre os indicadores de adaptação.

Num segundo momento, estudaremos as características da adaptação das adolescentes grávidas e mães, comparando-as, numa tentativa de verificar até que ponto o nascimento de um filho e a transição para a maternidade acarretam modificações nos indicadores anteriormente mencionados. Apresentaremos ainda resultados da avaliação de aspectos específicos da experiência emocional na gravidez e do desempenho do papel materno (indicadores de satisfação pessoal e materna e investimento materno na criança).

8.1. Comparação entre GADOL e GC

8.1.1. Ajustamento pessoal

Sintomatologia depressiva

No Quadro 52, podemos observar os resultados obtidos ao compararmos os grupos de adolescentes com e sem história de gravidez relativamente à pontuação obtida na EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh.

Quadro 52 – GADOL e GC: Sintomatologia depressiva (EPDS)

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		$t_{(350)}$	p
	M	DP	M	DP		
Sintomatologia depressiva						
EPDS (Pontuação global)	8.11	5.35	9.78	5.22	-2.973	.003

t de Student

Existem diferenças significativas entre os grupos, com as adolescentes com história de gravidez a apresentar uma pontuação inferior à do GC, o que indica menores índices de sintomatologia depressiva (a média do GC é superior ao ponto de corte situado em 9, a partir do qual é provável encontrar sintomatologia depressiva clinicamente significativa – cf. Capítulo 4, ponto 2.4.7.).

Qualidade de vida

Outro dos indicadores seleccionados no nosso trabalho para o estudo da adaptação individual foi a percepção da QdV, avaliada através do WHOQOL-Bref. Como podemos observar no Quadro 53, ambos os grupos apresentam, no geral, uma boa percepção da QdV, sendo que o GADOL pontua mais no domínio Físico, enquanto no GC a pontuação mais elevada se regista na Faceta Geral da QdV. O GADOL apresenta resultados mais elevados do que o GC nos domínios Físico e Psicológico. Nos restantes (Faceta Geral, Relações Sociais e Ambiente), é o GC que apresenta melhor percepção de QdV.

Quadro 53 – GADOL e GC: Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

Qualidade de vida	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		F _(1, 176)	p
	M	DP	M	DP		
Físico	73.94	12.18	71.85	13.65	1.515	.131
Psicológico	69.74	14.79	67.49	13.91	1.407	.160
Relações Sociais	69.83	18.85	70.73	16.37	-0.478	.633
Ambiente	67.08	12.75	68.66	13.75	-1.118	.164
Faceta Geral	72.87	16.00	74.15	15.67	-0.757	.450
Critério de Pillai: $\lambda = .035$, $F_{(6, 320)} = 2.506$, $p = .030$, $\eta^2_p = .035$						

MANOVA

As diferenças entre os grupos foram estudadas recorrendo à análise multivariada da variância, com o intuito de analisar em simultâneo as interações entre os vários domínios da QdV. Utilizando o Critério de Pillai, verifica-se um efeito significativo da ocorrência de gravidez na adolescência sobre as dimensões da QdV [$\lambda = .035$, $F_{(6, 320)} = 2.506$, $p = .030$] - a magnitude do efeito é pequena ($\eta^2_p = .035$). Porém, como se observa no Quadro 53, as subsequentes análises univariadas da variância realizadas para cada um dos domínios da QdV não revelam efeitos estatisticamente significativos entre os grupos.

Associação entre os indicadores de adaptação pessoal

Procurámos, para cada grupo, averiguar as associações entre os indicadores da adaptação seleccionados - para isso, recorreremos ao teste de correlação de Pearson. Os resultados encontram-se nos Quadros 54 e 55. Verifica-se que os indicadores se encontram fortemente associados em ambos os grupos.

Em síntese, podemos considerar que os valores obtidos pelo GADOL são, no geral, indicadores de boa adaptação individual, apresentando índices de sintomatologia depressiva inferiores aos do GC e não se distinguindo significativamente deste no que concerne à percepção de QdV.

Quadro 54 – GADOL: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal

Variáveis	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
EPDS	-					
Qualidade de vida						
Físico (QdV_F)	-.391**	-				
Psicológico (QdV_P)	-.549**	.430**	-			
Relações Sociais (QdV_RS)	-.433**	.332**	.524**	-		
Ambiente (QdV_A)	-.312**	.318**	.580**	.513**	-	
Faceta Geral (QdV_G)	-.417**	.315**	.520**	.397**	.421**	-

** p < .01.

Quadro 55 – GC: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal

Variáveis	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
EPDS	-					
Qualidade de vida						
Físico (QdV_F)	-.451**	-				
Psicológico (QdV_P)	-.547**	.663**	-			
Relações Sociais (QdV_RS)	-.374**	.449**	.584**	-		
Ambiente (QdV_A)	-.373**	.607**	.595**	.499**	-	
Faceta Geral (QdV_G)	-.348**	.532**	.587**	.429**	.604**	-

** p < .01.

8.1.2. Ajustamento relacional

No ponto 2 do presente capítulo, procedemos à descrição do contexto relacional das adolescentes do estudo, em termos da sua estrutura e características gerais das figuras mais significativas (pais e companheiros). Neste momento, ao estudarmos os indicadores de adaptação das jovens, seleccionamos a percepção da qualidade das relações actuais, bem como a satisfação experienciada com o apoio social recebido. Tal como no ponto anterior, contrastaremos os indicadores das adolescentes com e sem história de gravidez.

8.1.2.1. Percepção da qualidade das relações actuais com figuras significativas

A percepção da qualidade das relações actuais das adolescentes com pessoas significativas, nomeadamente pais, companheiro e grupo de amigos, foi avaliada através de escalas de adjectivos, que

tivemos oportunidade de descrever no capítulo anterior (cf. Capítulo 4, ponto 2.4.). Começamos por apresentar os resultados obtidos em termos percentuais. Procederemos, posteriormente, a análises multivariadas que nos permitirão comparar os grupos em termos da qualidade das relações com as figuras indicadas.

Percepção da qualidade da relação com os progenitores

Ao avaliarem a qualidade de relação com os pais, as adolescentes do GADOL e GC percebem, de forma global, uma melhor relação com a mãe: 82.9% das adolescentes com história de gravidez e 85.8% das do GC classificam-na nas categorias boa a extremamente boa, sendo percebida em termos médios pelo GADOL como boa a muito boa e pelo GC como muito boa.

A relação com o pai é classificada por 60.6% das adolescentes do GADOL como boa a extremamente boa, estando o valor médio situado em razoável a boa. Cerca de 18.3% das jovens referem não ter relação com o pai, seja por falecimento, seja sobretudo por afastamento deste do agregado familiar. No GC, a relação é classificada por 68.7% das adolescentes como boa a extremamente boa, com o valor médio também disposto nas categorias razoável a boa.

Percepção da qualidade da relação com o companheiro

Relativamente à avaliação que as adolescentes fazem acerca da qualidade da relação com o companheiro, a média do GADOL é semelhante à do GC (cf. Quadro 56). A relação é classificada por 93.7% das participantes do GADOL e por 94.9% das adolescentes do GC nas categorias boa a extremamente boa, com o valor médio de ambos a situar-se na categoria muito boa.

Percepção da qualidade da relação com o grupo de amigos

A percepção das adolescentes relativamente à qualidade da sua relação com o grupo de amigos é, em termos médios, diferente nos dois grupos. De forma geral, 66% das adolescentes do GADOL

classificam a relação com o grupo de amigos como boa a muito boa, enquanto no GC são 92% as jovens a percepcioná-la nessas categorias. Em termos médios, as adolescentes com história de gravidez percepcionam a relação com os amigos como sendo razoável, enquanto as do GC a vêem como muito boa.

GADOL e GC: Comparação da percepção da qualidade da relação com figuras significativas

Como indicado, procedeu-se à análise da variância multivariada para estudar as diferenças entre o GADOL e o GC, relativamente à percepção da qualidade da sua relação com os pais e com os amigos⁴³.

Os resultados indicam que, usando como teste multivariado o Critério de Pillai, se verificam diferenças significativas na percepção da qualidade da relação com as figuras significativas indicadas, sendo a magnitude do efeito encontrado moderada. Os testes univariados subsequentes revelam efeitos significativos na percepção da qualidade da relação com o pai e com o grupo de amigos, que é mais elevada no GC, sendo a diferença mais nítida em relação a este último.

Quadro 56 - GADOL e GC: Percepção da qualidade das relações com figuras significativas

Qualidade da relação	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		F _(3, 325)	p
	M	DP	M	DP		
Pai	5.14	2.37	5.80	2.85	8.391	.004
Mãe	6.37	1.73	6.59	1.53	1.668	.167
Grupo de amigos	5.07	2.15	6.88	0.98	102.860	.000
Critério de Pillai: = .239, F _(3, 347) = 36.278, p < .001, η^2_p = .239						MANOVA

As diferenças na percepção da qualidade da relação com o companheiro (GADOL: M = 7.04, DP = 0.92; GC: M = 7.13, DP = 0.86) foram testadas através do teste t de Student, verificando-se que não são significativas, sendo a magnitude do efeito, como é de esperar, pequena [$t_{(236)} = -0.679$, p = .498, r = .004].

⁴³ Não incluímos na análise a avaliação da qualidade da relação com o companheiro, pois o facto de muitas das adolescentes do GC (n = 98) não terem no momento uma relação amorosa, poderia criar um efeito confundente nos resultados, dada a diferença no n.

8.1.2.2. Satisfação com o apoio social recebido

Através de escalas de adjetivos, foi solicitado às participantes que, numa escala de 0 (Nada satisfeita) a 5 (Extremamente satisfeita), avaliassem a satisfação que sentiam, no momento actual, com o apoio social recebido por parte de figuras significativas da rede social (pais, companheiro e família do companheiro) e de instituições (escola e técnicos/serviços de saúde especializados). Apresentamos, tal como no indicador anterior, os valores percentuais e os resultados médios obtidos, e procedemos posteriormente a análises univariadas e multivariadas que nos permitirão comparar os grupos em termos da satisfação com o apoio social recebido por parte das figuras consideradas.

Satisfação com o apoio social proporcionado pelos pais

Relativamente à satisfação percebida pelas adolescentes em relação ao apoio social que recebem dos progenitores, verifica-se que, de um modo geral, estão mais satisfeitas com o apoio recebido da mãe, com 89.5% do GADOL e 91.4% do GC a considerarem-se satisfeitas a extremamente satisfeitas. Quer no GADOL, quer no GC, existem diferenças intra-grupo significativas entre as médias da satisfação com o apoio recebido por parte da mãe (GADOL: $M = 4.23$, $DP = 1.40$; GC: $M = 4.06$, $DP = 1.12$) e do pai (GADOL: $M = 3.37$, $DP = 1.82$; GC: $M = 3.36$, $DP = 1.49$): GADOL: $t_{(148)} = 5.380$, $p < .001$; GC: $t_{(168)} = 5.961$, $p < .001$.

Entre os grupos, ao compararmos a satisfação das adolescentes com história de gravidez e do GC, constatamos que não se distinguem significativamente em relação ao apoio recebido por parte da mãe [$t_{(343)} = 1.219$, $p = .224$] e por parte do pai [$t_{(293.01)} = 0.056$, $p = .956$].

Satisfação com o apoio social proporcionado pelo companheiro e família deste

A maioria das adolescentes dos grupos considerados (95.6% do GADOL e 88.5% do GC) classificam o apoio social proporcionado pelo companheiro como muito a extremamente satisfatório [GADOL: $M = 4.63$, $DP = 0.78$; GC: $M = 4.55$, $DP = 0.76$]. Por outro lado, o apoio social da família do companheiro [GADOL: $M = 3.79$, $DP = 1.47$; GC: $M = 3.58$, $DP = 1.27$] é percebido como satisfatório a

extremamente satisfatório por 83.5% do GADOL e 83.1% do GC, mantendo-se um padrão semelhante ao verificado no apoio social prestado pelo companheiro. As diferenças entre a média dos grupos não são significativas e a magnitude do efeito é também muito pequena [Apoio recebido do companheiro: $t_{(234)} = 0.698$, $p = .486$, $r = .05$; Apoio recebido da família do companheiro: $t_{(227)} = 1.056$, $p = .292$, $r = .07$].

Satisfação com o apoio social institucional

Apoio social proporcionado pela escola

Não se verificam diferenças quando comparamos os grupos em relação à percepção do apoio social proporcionado pela escola [$t_{(219)} = 0.239$, $p = .811$, $r = .02$]. De facto, 89.1% das adolescentes do GADOL consideram o apoio social recebido da escola de satisfatório a extremamente satisfatório [$M = 3.74$, $DP = 1.30$], tal como 89.7% das do GC [$M = 3.70$, $DP = 0.98$].

Apoio social proporcionado pelos serviços e técnicos de saúde

As adolescentes do GADOL percebem maioritariamente (80.3%) o apoio social dos serviços de saúde como muito a extremamente satisfatório, distinguindo-se das adolescentes do GC, em que apenas 43.2% o percebem desse modo.

Relativamente à satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde, verificam-se também diferenças entre os grupos. Mais especificamente, 82.8% do GADOL percebe o apoio que recebe destes profissionais como muito a extremamente satisfatório, enquanto no GC 64% das participantes o consideram dessa forma.

Para avaliar as diferenças entre os grupos, relativamente à satisfação com o apoio social dos serviços e técnicos de saúde, procedeu-se à realização de uma análise multivariada da variância, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Quadro 57).

Quadro 57 – GADOL e GC: Satisfação com apoio social proporcionado por serviços e técnicos de saúde

	GADOL (N = 176)		GC (N = 176)		F _(1, 348)	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação com o apoio social						
Serviços de saúde	4.22	1.01	3.20	1.21	72.203	.000
Técnicos de saúde	4.29	0.91	3.25	1.11	90.355	.000
Critério de Pillai: $\lambda = .210$, $F_{(2, 347)} = 46.186$, $p < .001$, $\eta^2_p = .210$						

MANOVA

Os resultados do teste multivariado (Critério de Pillai) indicam que se verificam diferenças significativas na percepção da satisfação com o apoio proporcionado pelos serviços e técnicos de saúde, sendo a magnitude do efeito encontrado moderada. Os testes univariados subsequentes revelam efeitos significativos na percepção da satisfação proporcionada pelas entidades mencionadas, que é mais elevada no GADOL.

8.1.3. Associação entre os indicadores de adaptação relacional

Procurámos também examinar a possível associação entre os indicadores relacionais seleccionados, de forma a estudar a consistência entre os domínios (filial, conjugal, social) na adaptação – para isso, recorreremos ao teste de correlação de Pearson.

Quadro 58 – GADOL: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional

Variáveis	ReIM	ReIP	ReIC	ReIA	ApM	ApP	ApC	ApE	ApSS	ApTS
Qualidade da relação										
Com a mãe (ReIM)	-									
Com o pai (ReIP)	.308**	-								
Com o companheiro (ReIC)	.178*	.059	-							
Com o grupo de amigos (ReIA)	.098	.040	.006	-						
Satisfação com o apoio recebido										
Mãe (ApM)	.814**	.234**	.061	.067	-					
Pai (ApP)	.387**	.836**	.047	.094	.440**	-				
Companheiro (ApC)	.220**	.067	.627**	.069	.252	.194	-			
Escola (ApE)	.253	.078	.062	.455**	.448**	.126	.279	-		
Serviços de saúde (ApSS)	-.043	-.120	.090	.137	.053	-.037	.144	.126	-	
Técnicos de saúde (ApTS)	-.057	-.172	.138	.118	.056	-.157	.106	.123	.802**	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Podemos constatar que no GADOL há consistência intra-domínios (nomeadamente entre a percepção da qualidade da relação com a mãe/pai e a satisfação com o apoio recebido destes – $p < .001$), mas a associação entre eles é no geral fraca ou inexistente. A exceção verifica-se no domínio da satisfação com o apoio recebido da escola, que se correlaciona positivamente com a percepção da qualidade da relação com os amigos ($p = .001$) e com a satisfação com o apoio recebido por parte da mãe ($p = .002$).

No GC, é possível verificar que existe coerência entre a qualidade da relação com o progenitor e o apoio recebido por parte deste ($p < .001$), e entre a qualidade percebida da relação com a mãe e com o pai ($p = .001$), mas não entre a qualidade da relação com um progenitor e a satisfação com o apoio recebido por parte do outro. Ao contrário do encontrado no GADOL, no GC a percepção da qualidade da relação com o companheiro associa-se positivamente com a satisfação com o apoio recebido por parte das instituições (escola – $p = .004$ e serviços de saúde – $p < .001$) e negativamente com a satisfação com o apoio recebido por parte dos técnicos de saúde ($p < .001$).

Quadro 59 – GC: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional

Variáveis	RelM	RelP	RelC	RelA	ApM	ApP	ApC	ApE	ApSS	ApTS
Qualidade da relação										
Com a mãe (RelM)	-									
Com o pai (RelP)	.239**	-								
Com o companheiro (RelC)	-.075	-.034	-							
Com o grupo de amigos (RelA)	.123	.031	-.152	-						
Satisfação com o apoio recebido										
Mãe (ApM)	.810**	.202	-.008	.090	-					
Pai (ApP)	.181	.811**	-.074	-.032	.333**	-				
Companheiro (ApC)	.043	.015	.641**	.108	.185	.110	-			
Escola (ApE)	.077	.038	.222**	.359**	.130	.011	.081	-		
Serviços de saúde (ApSS)	.194	.144	.268**	.149*	.180*	.177*	.182	.289**	-	
Técnicos de saúde (ApTS)	.267**	.140	-.273**	.163*	.272**	.177*	.183	.276**	.797**	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Em suma, apesar de ambos os grupos apresentarem, no geral, bons indicadores da adaptação relacional, são consistentemente as adolescentes com história de gravidez que percebem menor qualidade nas relações com as figuras significativas da sua rede social, sendo as diferenças significativas excepto no que diz respeito à relação com a mãe. Porém, em relação à satisfação manifesta com o apoio

recebido por parte dessas figuras, e também com o apoio institucional (escola e serviços e técnicos de saúde), a tendência é contrária, sendo as jovens do GADOL que expressam maior agrado.

No GADOL, podemos ainda constatar que a qualidade da relação com a mãe se associa à satisfação geral percebida relativamente ao apoio recebido do pai e companheiro, e da escola. A relação com os amigos também se associa positivamente à satisfação sentida com o meio escolar. No GC, verificamos que, com mais frequência e significância estatística, a qualidade da relação com o companheiro e amigos se associa positivamente com a satisfação nos contextos institucionais.

8.2. Associações entre os indicadores de adaptação: GADOL e GC

Considerámos pertinente estudar globalmente as associações entre os indicadores de adaptação pessoal e relacional seleccionados para este estudo, com o objectivo de verificar a continuidade ou descontinuidade dos padrões de adaptação evidenciados em cada um dos contextos. Fizemo-lo separadamente para os grupos de adolescentes com e sem história de gravidez, como está patente nos quadros seguintes.

Quadro 60 – GADOL: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional

Adaptação relacional	GADOL (N = 176)					
	Adaptação individual					
	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
Qualidade da relação						
Com a mãe	-.610	.070	.117	.153*	.235*	.080
Com o pai	-.021	.004	.070	.141	.124	.080
Com o companheiro	-.258**	.175*	.369**	.415**	.294**	.184*
Com o grupo de amigos	-.252**	.091	.171*	.485**	.121	-.008
Satisfação com o apoio recebido						
Mãe	-.036	.053	.172*	.089	.135	.084
Pai	-.127	-.104	.111	.194*	.156	.197*
Companheiro	-.403**	.288**	.408**	.437**	.266**	.272**
Família do companheiro	-.303**	.260**	.274**	.417**	.387**	.257**
Escola	.026	-.127	.227	.290	.127	.158
Serviços de saúde	-.052	.066	.204**	.161	.250**	.060
Técnicos de saúde	-.083	.069	.252**	.152*	.248**	.062

*p < .05. ** p < .01.

No GADOL, verificamos associações significativas entre os indicadores de adaptação pessoal e relacional. É a percepção da qualidade da relação com o companheiro, bem como a satisfação sentida com o apoio proporcionado por este e pela sua família que, de modo mais consistente, se associam com todos os indicadores de adaptação pessoal (melhor qualidade e apoio correlacionam-se com menor sintomatologia depressiva e melhor percepção em todos os domínios da QdV).

Quadro 61 – GC: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional

GC (N = 176)						
Adaptação relacional	Adaptação individual					
	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
Qualidade da relação						
Com a mãe	-.025	.118	.141	.118	.092	.220**
Com o pai	-.162*	-.044	.139	-.020	.069	.213**
Com o companheiro	-.086	-.013	.031	.289**	-.159*	-.078
Com o grupo de amigos	-.269**	.197**	.286**	.377**	.330**	.272**
Satisfação com o apoio recebido						
Mãe	-.019	.185*	.155*	.145	.097	.251**
Pai	-.202**	.127	.235**	.030	.160*	.256**
Companheiro	-.168	.305**	.280**	.550**	.204	.308**
Família do companheiro	.012	.224	.166	.368**	.216	.244*
Escola	-.096	.179*	.173*	.149*	.316**	.166*
Serviços de saúde	-.035	.091	.104	.043	.267**	.271**
Técnicos de saúde	-.016	.108	.097	.038	.307**	.208**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Dos resultados obtidos para o GC, expressos no Quadro 61, destacamos as associações mais frequentes e significativas entre a qualidade da relação com o grupo de amigos e os indicadores de adaptação individual ($p < .01$), e entre a satisfação sentida com o apoio do namorado e vários indicadores da adaptação pessoal. Salientamos ainda a correlação entre a satisfação com o apoio proporcionado pela escola e os indicadores da percepção da QdV.

8.3. Caracterização da adaptação das adolescentes com história de gravidez: Comparação entre GADOL_G e GADOL_M

8.3.1. Ajustamento pessoal

Sintomatologia depressiva

Apesar de as mães adolescentes apresentarem valores de sintomatologia depressiva superiores aos verificados entre as grávidas adolescentes, a diferença não atinge significância estatística, como podemos observar no Quadro 62.

Quadro 62 – GADOL_G e GADOL_M: Sintomatologia depressiva (EPDS)

	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)		$t_{(153.327)}$	p
	M	DP	M	DP		
Sintomatologia depressiva EPDS (Pontuação global)	7.48	4.54	8.80	6.06	-1.621	.107

t de Student

Qualidade de vida

Dentro do GADOL, comparámos a percepção da QdV de grávidas e de mães recorrendo à análise multivariada da variância (cf. Quadro 63).

Quadro 63 – GADOL_G e GADOL_M: Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)		$F_{(1, 176)}$	p
	M	DP	M	DP		
Qualidade de vida						
Físico	72.67	12.03	75.34	11.97	2.119	.147
Psicológico	71.55	12.80	67.55	16.52	3.249	.073
Relações Sociais	70.19	18.20	69.44	19.63	0.070	.792
Ambiente	69.83	12.26	64.06	12.66	9.439	.002
Faceta Geral	74.45	16.03	71.13	15.87	1.906	.169
Critério de Pillai: $\lambda = .104$, $F_{(5, 170)} = 3.951$, $p = .002$, $\eta^2_p = .104$						

MANOVA

Os resultados do teste multivariado (Critério de Pillai) indicam a existência de diferenças significativas entre os grupos, sendo a magnitude do efeito moderada. As análises univariadas subsequentes ilustram esses resultados mostrando que, apesar de as grávidas adolescentes apresentarem melhor percepção da QdV em todos os domínios à exceção do Físico, as diferenças apenas atingem significado estatístico no domínio Ambiente - mais especificamente, as diferenças são significativas nas facetas recursos financeiros ($F = 13.626$, $p < .001$) e participação em actividades de recreio e lazer ($F = 12.260$, $p = .001$), com o GADOL_G a perceber maior disponibilidade de recursos financeiros, bem como mais oportunidades de participação em actividades de recreio e lazer, do que o GADOL_M.

As mães adolescentes percebem maior QdV no domínio Físico, sendo os domínios Psicológico e Ambiente aqueles em que apresentam piores resultados. Como vimos, as grávidas adolescentes apresentam uma elevada percepção de QdV geral, sendo os domínios Ambiente e Relações Sociais aqueles em que apresentam uma QdV ligeiramente inferior aos restantes.

Em síntese, as grávidas adolescentes apresentam tendencialmente melhores indicadores de adaptação individual nos domínios avaliados (bem-estar emocional e percepção de QdV) do que as mães adolescentes - a exceção ocorre no domínio Físico da QdV, em que são estas quem apresenta melhor percepção.

Associações entre os indicadores de adaptação pessoal

Através do teste de Pearson, verificámos as associações entre os indicadores de adaptação pessoal, quer para o GADOL_G, quer para o GADOL_M. Os resultados constam nos quadros seguintes.

Quadro 64 – GADOL_G: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal

Variáveis	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
EPDS	-					
Qualidade de vida						
Físico (QdV_F)	-.293**	-				
Psicológico (QdV_P)	-.515**	.428**	-			
Relações Sociais (QdV_RS)	-.412**	.363**	.542**	-		
Ambiente (QdV_A)	-.247*	.342**	.530**	.541**	-	
Faceta Geral (QdV_G)	-.324**	.351**	.462**	.336**	.407**	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Quadro 65 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação pessoal

Variáveis	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
EPDS	-					
Qualidade de vida						
Físico (QdV_F)	-.518**	-				
Psicológico (QdV_P)	-.559**	.471**	-			
Relações Sociais (QdV_RS)	-.454**	.310**	.517**	-		
Ambiente (QdV_A)	-.336**	.367**	.609**	.504**	-	
Faceta Geral (QdV_G)	-.489**	.307**	.566**	-.462**	.414**	-

** p < .01.

Verificamos que em ambos os subgrupos de adolescentes os indicadores de adaptação pessoal se correlacionam significativamente entre si, sendo a magnitude da correlação tendencialmente superior nas mães adolescentes.

8.3.2. Ajustamento relacional

8.3.2.1. Percepção da qualidade das relações actuais com figuras significativas

No ponto 8.1.2., descrevemos as tendências gerais da qualidade das relações actuais significativas percebidas pelas adolescentes com história de gravidez, pelo que, em seguida, apresentaremos os valores médios obtidos e os resultados da comparação da percepção dos dois subgrupos (grávidas e mães adolescentes), relativamente à qualidade da relação com figuras significativas (cf. Quadro 66).

Considerando o teste multivariado (Critério de Pillai), que não atinge significância estatística, constatamos que o ter ou não sido mãe não parece influenciar a percepção acerca da qualidade da relação com os elementos mencionados da rede familiar e social. Porém, ao compararmos individualmente, através de testes univariados (ANOVA), as diferenças entre os grupos, verificamos que estes se distinguem significativamente no que concerne à percepção da qualidade da relação com o companheiro: as jovens grávidas classificam esta relação de modo mais positivo do que as mães adolescentes.

Da análise do Quadro 66, obtemos ainda a informação de que, em ambos os grupos, é a relação com o companheiro que é percebida como tendo maior qualidade, seguindo-se a relação com a mãe da jovem. Entre as mães adolescentes é a percepção da qualidade da relação com o próprio pai que obtém o menor valor médio; entre as adolescentes grávidas, essa posição é ocupada pelo grupo de amigos.

Quadro 66 - GADOL_G e GADOL_M: Percepção da qualidade das relações com figuras significativas

Qualidade da relação	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)		F _(1, 174)	p
	M	DP	M	DP		
Pai	5.15	2.40	5.13	2.35	0.004	.949
Mãe	6.57	1.62	6.14	1.82	2.708	.102
Companheiro	6.89	1.50	6.21	1.15	5.879	.016
Grupo de amigos	4.96	2.34	5.19	1.93	0.515	.474
Critério de Pillai: = .047, F _(4, 170) = 2.100, p = .083, η^2_p = .047						

MANOVA

8.3.2.2. Satisfação com o apoio social recebido

Satisfação com o apoio proporcionado pelos pais

Considerando o GADOL, verifica-se que as grávidas adolescentes, no geral, sentem maior satisfação com o apoio que recebem quer da mãe, quer do pai: cerca de 92.1% das jovens sentem-se satisfeitas, muito satisfeitas ou extremamente satisfeitas com o apoio materno (M = 4.30, DP = 1.41), e 76.6% avaliam nas mesmas categorias o apoio paterno (M = 3.66, DP = 1.73). Entre as mães adolescentes, a avaliação é também muito positiva, embora a percentagem de classificação nas três categorias superiores de apoio recebido seja de 86.4% para a mãe (M = 4.05, DP = 1.52) e 70.7% para o pai (M = 3.14, DP = 1.88).

Considerando as médias intra-grupos, as adolescentes distinguem-se relativamente ao apoio recebido por parte da mãe e do pai, sentindo-se, como se depreende, mais satisfeitas com o apoio materno [GADOL_G: $t_{(75)} = 3.482$, $p = .001$; GADOL_M: $t_{(74)} = 4.099$, $p < .001$]. Porém, comparando os dois subgrupos entre si, verificamos que entre as grávidas e mães adolescentes não existem diferenças

significativas quando à avaliação que fazem do apoio recebido por parte das mães [$t_{(168)} = 1.493$, $p = .167$] ou dos pais [$t_{(150)} = 1.896$, $p = .060$].

Satisfação com o apoio proporcionado pelo companheiro e da família deste

Considerando os dois subgrupos de adolescentes com história de gravidez, constatamos que são as grávidas adolescentes quem classifica melhor a satisfação que sente com o apoio recebido do companheiro ($M = 4.76$, $DP = 0.64$; 98.8% dizem-se muito satisfeitas ou extremamente satisfeitas - apenas uma participante se diz nada satisfeita com o apoio prestado pelo pai do bebê) e com a família deste ($M = 3.96$, $DP = 1.48$; 91.8% denotam satisfação como esse apoio, sendo que 51.8% o classificam como extremamente satisfatório). No subgrupo de mães adolescentes, registamos 91.8% de jovens que consideram o apoio por parte do companheiro muito ou extremamente satisfatório ($M = 4.47$, $DP = 0.89$); 89% consideram também positivo o apoio de que dispõem por parte da família deste, sendo 34.2% as que o classificam como extremamente satisfatório ($M = 3.59$, $DP = 1.45$).

As diferenças entre o GADOL_G e o GADOL_M são significativas em relação à satisfação com o apoio recebido por parte do companheiro, sendo a magnitude de efeito pequena [$t_{(128.681)} = 2.363$, $p = .020$, $r = .20$]. Os subgrupos não se distinguem relativamente à satisfação com o apoio recebido por parte da família daquele [$t_{(156)} = 1.603$, $p = .111$, $r = .13$].

Satisfação com o apoio institucional

Satisfação com o apoio proporcionado pela escola

Considerando apenas as adolescentes com história de gravidez que ainda frequentam o sistema de ensino, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação sentida por grávidas e mães com o apoio recebido por parte da escola [$t_{(32)} = 1.830$, $p = .077$, $r = .30$]. O subgrupo de grávidas adolescentes classifica esse apoio entre satisfatório (13.2%), muito satisfatório (50%) e

extremamente satisfatório (36.4%), sendo o valor médio 4.23 (DP = 0.68). Embora a satisfação expressa pelas mães adolescentes seja também maioritariamente positiva, verifica-se que 8.3% das jovens se diz nada satisfeita, enquanto 33.3% se encontra satisfeita, igual percentagem refere-se muito satisfeita, e 25% extremamente satisfeita - o valor médio é 3.58 (DP = 1.38).

Satisfação com o apoio proporcionado pelos serviços e técnicos de saúde

Entre as adolescentes com história de gravidez, a análise das diferenças da satisfação com o apoio prestado pelos serviços de saúde evidencia que são as grávidas adolescentes as que classificam mais positivamente esse apoio, embora em ambos os subgrupos predomine a satisfação. No GADOL_G, 97.8% das adolescentes consideram esse apoio satisfatório, variando o grau entre razoavelmente satisfeita (1.1%), satisfeita (12.1%), muito satisfeita (25.1%) e extremamente satisfeita (59.3%). Já em relação ao apoio recebido por parte dos técnicos de saúde, 98.9% das adolescentes considera-o satisfatório, chegando a percentagem de extrema satisfação aos 60.4%.

No GADOL_M, a satisfação com o apoio recebido dos serviços de saúde e dos técnicos de saúde situa-se, em ambos os casos, nos 97.6%. Relativamente aos serviços, 21.7% das mães adolescentes diz-se satisfeita, 32.5% muito satisfeita e 41% extremamente satisfeita. No que concerne aos técnicos de saúde, 18.1% estão satisfeitas, 36.1% muito satisfeitas e 41% extremamente satisfeitas.

O resultado da análise multivariada da variância, utilizada para estudar as diferenças entre os grupos, encontra-se no Quadro 67.

Quadro 67 – GADOL_G e GADOL_M: Satisfação com apoio social proporcionado por serviços e técnicos de saúde

	GADOL_G (N = 92)		GADOL_M (N = 84)		F _(1, 174)	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação com o apoio social						
Serviços de saúde	4.37	0.95	4.05	1.05	4.568	.034
Técnicos de saúde	4.47	0.74	4.08	1.03	8.207	.005
Critério de Pillai: = .046, F _(2, 171) = 4.107, p = .018, η^2_p = .046						

MANOVA

Os resultados do teste multivariado (Critério de Pillai) indicam novamente que se verificam diferenças significativas na percepção de grávidas e mães adolescentes acerca da satisfação com o apoio proporcionado pelos serviços e técnicos de saúde, sendo a magnitude do efeito encontrado pequena. Os testes univariados subsequentes revelam efeitos significativos na percepção da satisfação proporcionada pelas entidades mencionadas, que é mais elevada no GADOL_G.

Em suma, apesar de, em ambos os subgrupos, os valores obtidos para os indicadores de ajustamento relacional serem globalmente positivos, considerando os resultados médios verificamos uma tendência consistente nas mães adolescentes, no sentido de percepção de menor qualidade das relações familiares, bem como de menor satisfação com o apoio proporcionado pelas figuras e instituições da sua rede social.

8.3.3. Associações entre os indicadores de adaptação relacional

Estudámos, uma vez mais recorrendo ao teste de Pearson, as associações entre os indicadores de adaptação relacional, com o intuito de verificar a existência ou não de consistência nos padrões evidenciados pelas grávidas e pelas mães adolescentes. Os resultados podem ser observados nos Quadros 68 e 69.

Quadro 68 – GADOL_G: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional

Variáveis	ReIM	ReIP	ReIC	ReIA	ApM	ApP	ApC	ApFC	ApE	ApSS	ApTS
Qualidade da relação											
Com a mãe (ReIM)	-										
Com o pai (ReIP)	.171	-									
Com o companheiro (ReIC)	.099	-.045	-								
Com o grupo de amigos (ReIA)	.214*	-.013	.008	-							
Satisfação com o apoio recebido											
Mãe (ApM)	.748**	.117	.024	.126	-						
Pai (ApP)	.272*	.794**	-.102	.062	.489**	-					
Companheiro (ApC)	.370	-.023	.492**	-.074	.369**	-.041	-				
Família do companheiro (ApFC)	.085	.157	.151	-.137	.097	.292*	.373**	-			
Escola (ApE)	.129	-.036	.410*	.419*	.106	-.135	.007	.153	-		
Serviços de saúde (ApSS)	.004	-.021	-.033	.202	.063	.032	.062	.017	-.112	-	
Técnicos de saúde (ApTS)	-.024	-.130	-.013	.225*	.078	-.129	.010	-.028	-.071	.714**	-

*p < .05. ** p < .01.

No GADOL_G, encontramos associações entre os vários indicadores de adaptação relacional. A qualidade da relação com a mãe, pai e companheiro associa-se consistentemente de forma positiva e altamente significativa com o apoio recebido das mesmas figuras ($p < .001$). A qualidade da relação com os amigos denota correlações positivas com o apoio proporcionado pela escola ($p = .033$) e técnicos de saúde ($p = .032$), ou seja, quanto melhor é percebida a relação com os amigos, melhor a satisfação sentida com o apoio proporcionado pelo meio escolar e pelos técnicos de saúde. A qualidade da relação com o companheiro também se associa positivamente com a satisfação com o apoio da escola ($p = .038$).

Entre as mães adolescentes, como se observa no Quadro 69, o padrão é semelhante relativamente à associação entre a percepção da qualidade da relação com as figuras significativas e a satisfação com o apoio por elas dedicado ($p < .001$). Saliente-se que a relação com o pai da adolescente se correlaciona negativamente com a satisfação proporcionada pelos serviços ($p = .040$) e técnicos de saúde ($p = .043$). A satisfação com o seu apoio associa-se positivamente à satisfação com o apoio do companheiro ($p = .006$) e negativamente à satisfação com o apoio recebido dos técnicos de saúde ($p = .043$). A relação com os amigos correlaciona-se com a satisfação com o apoio prestado pelo companheiro ($p = .040$), pela família deste ($p = .033$) e pela escola ($p = .003$).

Quadro 69 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação relacional

Variáveis	RelM	RelP	RelC	RelA	ApM	ApP	ApC	ApFC	ApE	ApSS	ApTS
Qualidade da relação											
Com a mãe (RelM)	-										
Com o pai (RelP)	.446**	-									
Com o companheiro (RelC)	.201	.142	-								
Com o grupo de amigos (RelA)	-.018	.111	.025	-							
Satisfação com o apoio recebido											
Mãe (ApM)	.869**	.351**	.060	.010	-						
Pai (ApP)	.460**	.869**	.114	.161	.384**	-					
Companheiro (ApC)	.077	.161	.706**	.241*	.137	.334**	-				
Família do companheiro (ApFC)	-.014	.001	.341**	.250*	.021	.187	.532**	-			
Escola (ApE)	.194	.155	-.282	.643**	.508**	.217	.399	-.052	-		
Serviços de saúde (ApS)	-.124	-.226*	.129	.085	.007	-.146	.169	.236*	.194	-	
Técnicos de saúde (ApTS)	-.129	-.222*	.166	.053	-.003	-.239*	.110	.097	.189	.862**	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

8.4. Associação entre os indicadores de adaptação: GADOL_G e GADOL_M

Nos subgrupos de adolescentes com história de gravidez, procedemos também ao estudo das associações entre os indicadores de adaptação pessoal e relacional, com o objectivo de verificar a continuidade ou descontinuidade dos padrões de adaptação manifestos em cada um dos contextos. Os resultados apontam-se nos quadros seguintes.

Quadro 70 – GADOL_G: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional

	GADOL_G (N = 92)					
	Adaptação individual					
Adaptação relacional	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
Qualidade da relação						
Com a mãe	-.148	.138	.233*	.223*	.247*	.076
Com o pai	-.070	.029	.085	.055	.101	.031
Com o companheiro	-.105	.103	.414**	.309**	.236*	.175
Com o grupo de amigos	-.311**	.084	.262*	.516**	.160	-.045
Satisfação com o apoio recebido						
Mãe	-.115	.079	.186	.142	.080	.108
Pai	-.211	-.121	.141	.220	.135	.147
Companheiro	-.258**	.355**	.355**	.324**	.114	.109
Família do companheiro	-.255*	.290**	.214*	.459**	.385**	.214*
Escola	-.248	-.028	.369	.470*	.292	.188
Serviços de saúde	.036	-.060	.015	.107	.203	-.086
Técnicos de saúde	.085	-.069	.007	.042	.138	-.118

* p < .05. ** p < .01.

A qualidade da relação com o companheiro e o grupo de amigos, e particularmente a satisfação com o apoio recebido do companheiro e da família deste, continuam a surgir como os indicadores que, de modo mais consistente, se correlacionam com os indicadores de adaptação pessoal (negativamente com a sintomatologia depressiva e positivamente com a percepção de QdV).

Também no GADOL_M emergem associações significativas entre a qualidade da relação com o companheiro e os indicadores de adaptação pessoal, à excepção da Faceta Geral da QdV. A satisfação com o apoio proporcionado pelo companheiro e pela família deste correlacionam-se de forma significativa com todos os indicadores de adaptação pessoal. Ao contrário do que acontece com as grávidas adolescentes, no subgrupo de mães a percepção do apoio recebido dos serviços de saúde e dos técnicos de saúde

correlaciona-se significativamente com os domínios Físico, Psicológico e Faceta Geral da QdV, e ainda, no caso dos técnicos, com o domínio Relações Sociais – estas associações apontam no sentido de que maior satisfação com o apoio recebido se liga a melhores indicadores em termos de percepção de QdV.

Quadro 71 – GADOL_M: Correlações entre os indicadores de adaptação dos contextos pessoal e relacional

GADOL_M (N = 84)						
Adaptação relacional	Adaptação individual					
	EPDS	QdV_F	QdV_P	QdV_RS	QdV_A	QdV_G
Qualidade da relação						
Com a mãe	.028	.033	.004	.087	.184	.061
Com o pai	.020	-.023	.059	.220*	.154	.134
Com o companheiro	-.319**	.283**	.319**	.502**	.290**	.170
Com o grupo de amigos	-.226*	.088	.106	.461**	.109	.054
Satisfação com o apoio recebido						
Mãe	.044	.058	.139	.036	.043	.153
Pai	-.044	-.062	.065	.183	.117	.218
Companheiro	-.484**	.305**	.420**	.553**	.339**	.387**
Família do companheiro	-.366**	.268*	.310**	.382**	.355**	.286*
Escola	.264	-.065	.174	.079	-.090	.136
Serviços de saúde	-.087	.234*	.318**	.207	.241*	.174
Técnicos de saúde	-.145	.231*	.367**	.231*	.267*	.167

* p < .05. ** p < .01.

8.5. Experiência de gravidez e adaptação

Como mencionado no Capítulo 4, utilizámos o questionário de auto-resposta PRQ – Pregnancy Research Questionnaire para avaliar temas associados à experiência emocional na gravidez e às expectativas referentes ao momento do parto e à maternidade⁴⁴. Os resultados obtidos no GADOL_G constam no Quadro 72.

⁴⁴ Recordamos que o procedimento de cotação da escala previsto pelos autores torna necessário interpretar o Desejo de gravidez no sentido inverso ao das outras dimensões, ou seja, enquanto valores mais elevados indicam mais Medos em relação ao bebé ou maior Irritabilidade, pontuações mais altas indicam menor Desejo de gravidez (Rodríguez, 2009; Schaefer & Manheimer, 1960).

Quadro 72 – GADOL_G: Descrição da avaliação de aspectos associados à experiência de gravidez

	GADOL_G (N = 92)		
	M	DP	Mínimo – Máximo
PRQ			
Desejo de gravidez	16.23	6.31	8 – 29
Medos em relação ao bebé	20.84	3.82	10 – 27
Irritabilidade	29.07	4.73	20 – 43

Procurámos verificar as associações entre as dimensões que avaliam experiências emocionais na gravidez e outras variáveis relevantes do ponto de vista teórico⁴⁵, - do contexto individual, contextos mais especificamente associados à história reprodutiva e gravidez, e contexto relacional - bem como com os outros indicadores de adaptação seleccionados. No Quadro 73, encontramos os resultados obtidos - apenas constam aquelas variáveis em que foram encontradas associações significativas.

Pela análise do Quadro 73, constatamos que cada dimensão das vivências emocionais durante a gravidez avaliadas pela escala PRQ se correlaciona significativamente com variáveis dos diferentes contextos considerados. São as jovens mais velhas ($p = .040$) e com ocupação profissional ($p = .014$) que manifestam maior desejo de gravidez; esta dimensão correlaciona-se também positivamente com o resultado da EPDS ($p = .042$) sugerindo, tendo em conta a interpretação desta subescala, que são as adolescentes que desejam/desejaram a gravidez que apresentam menor sintomatologia.

É nos contextos associados à história reprodutiva e à gravidez actual, bem como no contexto relacional, que encontramos mais associações com o desejo de gravidez. Como seria de esperar, a correlação é positiva e significativa ($p < .001$) com o estarmos perante uma gestação que a adolescente afirma ter sido desejada. Por sua vez, esta dimensão é mais pontuada pelas adolescentes cuja reacção emocional à gravidez ($p < .001$), bem como a das principais figuras significativas da rede relacional, foi positiva (pai do bebé: $p = .001$; mãe: $p = .037$; pai: $p = .001$).

⁴⁵ Procurámos verificar associações com variáveis sociodemográficas como a idade, zona de residência, estado civil, escolaridade e abandono escolar, situação profissional, projectos de vida, variáveis relativas ao agregado familiar na infância e actual, percepção das práticas educativas parentais, experiência de acontecimentos adversos, variáveis relacionadas com a ocorrência e impacto da gravidez em diferentes áreas de vida, áreas de satisfação e insatisfação pessoal e ainda características individuais como competências cognitivas (raciocínio abstracto) e vulnerabilidade ao stress, para além dos indicadores de adaptação que temos vindo a apresentar.

Quadro 73 – GADOL_G: Correlações entre as dimensões do PRQ e variáveis e indicadores de adaptação dos contextos individual e relacional

Variáveis	GADOL_G (N = 92)		
	PRQ		
	Desejo de gravidez	Medos em relação ao bebé	Irritabilidade
Contexto individual			
Idade	-.216*	.180	-.100
Ocupação/actividade profissional	.256*	.032	.143
Acontecimentos de vida adversos (LAV)	.110	.335**	.156
Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)	.135	.203	.435**
Sintomatologia depressiva (EPDS)	.213*	.268*	.571**
QdV – Faceta Geral (WHOQOL-Bref)	-.206	-.155	-.246*
QdV – Físico (WHOQOL-Bref)	.011	-.375**	-.348**
QdV – Psicológico (WHOQOL-Bref)	-.120	-.386**	-.383**
QdV – Relações Sociais (WHOQOL-Bref)	-.127	-.298**	-.263*
QdV – Ambiente (WHOQOL-Bref)	-.144	-.320**	-.223*
Contextos associados à história reprodutiva/gravidez			
Número de parceiros sexuais	-.004	.232*	.133
Gravidez actual: desejada ou não	.811**	-.112	.099
Reacção à gravidez: adolescente	.611**	-.020	.239*
Reacção à gravidez: pai do bebé	.357**	.128	.267**
Reacção à gravidez: mãe da adolescente	.224*	.085	-.104
Reacção à gravidez: pai da adolescente	.167	-.016	-.144
Atitude perante a gravidez: pai do bebé	-.222*	-.122	-.239*
Impacto da gravidez: estado emocional da adolescente	-.092	-.130	-.364**
Impacto da gravidez: relação com os amigos	.058	-.253*	-.114
Impacto da gravidez: tempo para si mesma	-.269*	-.004	.061
Contexto relacional			
Viver com o companheiro	-.326**	-.046	-.007
Viver com membros da família alargada	.236*	.156	.122
Total de elementos no agregado	.232*	-.008	.046
Qualidade da relação com o companheiro	-.255*	.009	-.291**
Satisfação com o apoio social do companheiro	-.137	-.073	-.318**

*p < .05. **p < .01.

O desejo de gravidez é menor nas grávidas adolescentes que não se sentem apoiadas pelo pai do bebé ($p = .038$), naquelas que consideram que a gestação teve um impacto negativo no tempo de que dispõem para si mesmas ($p = .010$), em que membros da família alargada fazem parte do agregado em que se inserem (avós, tios ou outros – $p = .024$) e em que o agregado é mais numeroso ($p = .030$); é maior naquelas que coabitam com o companheiro ($p = .002$) e que consideram positiva a qualidade da relação com ele ($p = .015$).

Os medos em relação ao bebé aparecem significativamente correlacionados sobretudo com variáveis do contexto individual e com os outros indicadores de adaptação: a experiência de acontecimentos de vida adversos ($p = .001$) e maior índice de sintomatologia depressiva ($p = .001$) associam-se a mais receios com o bem-estar do bebé, enquanto os domínios da QdV (Físico: $p < .001$; Psicológico: $p < .001$; Relações Sociais: $p = .005$; Ambiente: $p = .002$) se correlacionam negativamente com esta subescala (ou seja, melhores indicadores de QdV correspondem a menos preocupações em relação ao bebé). Um maior número de parceiros sexuais ($p = .027$) e o impacto negativo da gravidez na relação com o grupo de amigos ($p = .021$) também se associam a maior apreensão quanto à saúde e bem-estar do bebé.

A irritabilidade experienciada na gestação também apresenta correlações significativas, em particular com os outros indicadores de adaptação e com as variáveis relativas à relação com o companheiro. Assim, maior vulnerabilidade ao stress ($p < .001$) e maior índice de sintomatologia depressiva ($p < .001$) associam-se positivamente à tensão e carga emocional negativa experienciadas na gravidez. Por sua vez, melhor percepção da QdV em todos os domínios (Faceta Geral: $p = .019$; Físico: $p = .001$; Psicológico: $p < .001$; Relações Sociais: $p = .012$; Ambiente: $p = .033$) ligam-se a menor irritabilidade. São as adolescentes que reagem positivamente perante a ocorrência de gravidez ($p = .022$), e cujos companheiros o fazem também ($p = .010$), que percebem maior qualidade na relação com o pai do bebé ($p = .005$) e que dispõem de apoio social por parte deste ($p = .003$) que apresentam menor irritabilidade. O contrário acontece com as jovens que se confrontam com uma atitude de não apoio ou hostilidade por parte do pai do bebé ($p = .025$), ou que percebem como negativo o impacto exercido pela gravidez no seu bem-estar emocional ($p < .001$).

8.6. Experiência do papel materno e adaptação

Tal como exposto no ponto anterior, procurámos avaliar aspectos relacionados com a experiência das adolescentes com história de gravidez na transição para a maternidade. Para tal, utilizámos dois tipos de instrumentos (cf. Capítulo 4): escalas de adjectivos e a escala EIPC – Escala de Investimento Parental na Criança (através das suas dimensões Prazer, Sensibilidade e Aceitação do papel parental).

8.6.1. Caracterização da adaptação relacional associada ao papel materno

Através de escalas de adjetivos com sete possibilidades de resposta (variando entre 1 – Extremamente insatisfeita e 7 – Extremamente satisfeita), avaliamos três dimensões ligadas à relação com o bebê e ao desempenho do papel materno: a satisfação com a relação com o bebê, a percepção de competência materna e a percepção de realização materna. Os resultados descritivos obtidos para o GADOL_M expressam-se no Quadro 74.

Quadro 74 – GADOL_M: Descrição da percepção materna no domínio parental

Percepção materna	GADOL_M (N = 84)		
	M	DP	Mínimo – Máximo
Satisfação com a relação com o bebê	6.49	0.68	5 – 7
Percepção de competência materna	6.16	0.83	4 – 7
Percepção de realização materna	6.28	0.80	4 – 7

Podemos constatar que as mães adolescentes se sentem satisfeitas a extremamente satisfeitas com a relação com o bebê e apresentam igualmente resultados elevados em termos de percepção de competência e realização materna

8.6.2. Investimento materno na criança

No Quadro 75, encontramos os resultados descritivos obtidos na avaliação do investimento materno na criança.

Quadro 75 – GADOL_M: Descrição do investimento materno na criança

EIPC	GADOL_M (N = 84)		
	M	DP	Mínimo – Máximo
Aceitação do papel parental	16.73	2.79	10 – 24
Prazer	22.69	3.40	10 – 28
Sensibilidade e conhecimento	13.97	2.80	9 – 23
Total	53.38	5.49	35 – 71

Estes resultados são coerentes com os obtidos quando as mães adolescentes foram questionadas acerca do que mais lhes agrada e do que é mais difícil na interacção com o bebé: no primeiro caso, 61.3% das jovens referem aspectos relacionados com a interacção com o filho, como brincar/mimar/passear com o bebé, vê-lo sorrir e procurar a mãe; 9.1% das adolescentes mencionam o assistir às conquistas desenvolvimentais do bebé como principal fonte de gratificação, associada ao facto de sentirem que contribuem para elas.

Apesar de 13.1% das mães adolescentes citarem a prestação de cuidados ao bebé (vestir, alimentar, mudar a fralda, ...) como fonte de prazer, esta dimensão da relação com o filho aparece frequentemente mencionada quando se referem aos aspectos mais difíceis dessa relação (39.7%). Outras das situações consideradas difíceis por estas mães são o lidar com o choro do bebé, sobretudo durante a noite (seja por cólicas ou outro motivo – 25%), e as doenças/cuidados de saúde (12.5%).

8.6.3. Associação entre os indicadores de adaptação ao papel materno

Procurámos averiguar a associação entre estes indicadores de adaptação ao papel materno, de modo a estudar a consistência entre eles. Como está patente no Quadro 76, todos os indicadores relativos à relação com o bebé e ao papel materno se associam significativa e positivamente.

Quadro 76 – GADOL_M: Matriz de correlações entre os indicadores de adaptação ao papel materno

Variáveis	Sat_RB	Comp_M	Real_M	EIPC1	EIPC2	EIPC3	EIPCT
Percepção materna							
Satisfação com a relação com o bebé (Sat_RB)	-						
Percepção de competência materna (Comp_M)	.474**	-					
Percepção de realização materna (Real_M)	.482**	.584**	-				
EIPC							
Aceitação do papel parental (EIPC1)	.346**	.199	.237*	-			
Prazer (EIPC2)	.269*	.038	.140	.096	-		
Sensibilidade e conhecimento (EIPC3)	.107	.093	.020	.285*	-.178	-	
Total (EIPCT)	.397**	.172	.217*	.714**	.577**	.546**	-

* p < .05. ** p < .01.

Verificamos que as questões que avaliam a percepção de realização, competência e satisfação maternas se associam positiva e significativamente. O mesmo acontece com a pontuação global da EIPC e as respectivas dimensões subjacentes.

A satisfação sentida com a relação com o bebé correlaciona-se positivamente com todos os outros indicadores de adaptação ao papel materno consideradas ($p = .012$ para a dimensão prazer e $p < .001$ para todas as outras), à excepção da sensibilidade e conhecimento das necessidades básicas do bebé (EIPC3). A realização materna associa-se também positivamente à aceitação do papel parental ($p = .028$) e tangencialmente à pontuação total da EIPC ($p = .045$).

As mães adolescentes que parecem ter melhor aceitação do papel parental também pontuam mais na dimensão de sensibilidade e conhecimento do seu bebé ($p = .008$) e revelam maior investimento materno no seu filho ($p < .001$).

8.6.4. Associações entre os indicadores de adaptação materna, variáveis e outros indicadores de adaptação pessoal e relacional

À semelhança do que fizemos para os indicadores específicos das experiências emocionais na gravidez (cf. ponto 8.5.), analisámos as possíveis associações entre as variáveis expostas nos pontos anteriores e outras do contexto individual, contextos mais especificamente associados à história reprodutiva e gravidez, e contexto relacional, tal como com os outros indicadores de adaptação seleccionados. No Quadro 77, estão expostos os resultados obtidos - uma vez mais, relatamos apenas as variáveis em que foram encontradas associações significativas.

Da análise dos resultados patentes no quadro, podemos verificar que existem algumas associações significativas entre os indicadores de adaptação materna e outras variáveis e indicadores de adaptação - passamos agora a elencá-las, esclarecendo o seu sentido.

A percepção materna da satisfação com a relação com o bebé é menor em adolescentes com maior vulnerabilidade ao stress ($p = .037$) e é maior quanto melhor é a percepção da QdV nos domínios Físico ($p = .023$), Relações Sociais ($p = .003$) e Ambiente ($p = .007$). Parece ser influenciada pelo estilo de vida da jovem, nomeadamente diminuindo quando ocorreu consumo de álcool durante a gravidez ($p = .036$). A reacção negativa do pai da adolescente ao ter conhecimento da ocorrência da gravidez também se associa tangencialmente ao aumento da satisfação posteriormente sentida na relação da jovem com o bebé ($p = .046$). Efeito contrário parece ter a percepção da qualidade da relação com o companheiro ($p =$

.049), e sobretudo a satisfação com o apoio recebido deste ($p < .001$): quanto melhores, mais elevada é a satisfação sentida na relação com o filho.

Quadro 77 – GADOL_M: Correlações entre os indicadores de adaptação materna e variáveis e indicadores de adaptação dos contextos individual e relacional

Variáveis	GADOL_M (N = 84)						
	Percepção materna			EIPC			
	Sat_RB	Comp_M	Real_M	EIPC1	EIPC2	EIPC3	EIPCT
Contexto individual							
Zona de residência (rural vs. urbano e semi-urbano)	.226	.085	.100	.082	.084	-.282*	-.001
Habilitações escolares	.151	-.098	.053	.090	.190	.155	.242*
Estilo de vida: consumo de tabaco	-.083	.123	.123	-.031	-.259*	.146	-.101
Estilo de vida: número de cigarros fumados	-.022	.193	.092	.059	-.318**	.234*	-.047
Acontecimentos de vida adversos (LAV)	-.033	-.119	.114	-.320**	.047	-.082	.176
Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)	-.223*	-.238*	-.201	-.165	.038	-.130	-.126
Sintomatologia depressiva (EPDS)	-.082	-.217*	-.218*	-.089	.107	.010	.026
QdV - Físico (WHOQOL-Bref)	.242*	.373**	.357**	.369**	.071	-.089	.186
QdV - Relações Sociais (WHOQOL-Bref)	.309**	.185	.188	.225*	.003	.102	.168
QdV - Ambiente (WHOQOL-Bref)	.287**	.306**	.330**	.264*	.084	-.096	.138
Contextos associados à história reprodutiva/gravidez							
Estilo de vida: consumo de álcool na gravidez	-.224*	-.029	-.246*	-.068	-.077	.140	-.011
Estilo de vida: consumo de tabaco na gravidez	-.053	.133	.090	.021	-.315**	.208	-.078
Estilo de vida: número de cigarros fumados na gravidez	.049	.145	.062	.091	-.326**	.224*	-.042
Reacção à gravidez: adolescente	.049	-.105	-.227*	.112	.116	.056	.158
Reacção à gravidez: pai da adolescente	-.236*	.059	.003	-.115	-.085	.024	.098
Impacto da gravidez: imagem corporal	-.151	-.147	-.287**	-.048	-.077	.080	.018
Impacto da gravidez: escolaridade ou profissão	.158	.244*	.225*	.132	.062	-.054	.078
Impacto da gravidez: tempo para si	.101	.117	.125	.360**	.005	.088	.231*
Idade gestacional do bebé no nascimento	.145	.186	.210*	.040	.061	.101	.172
Número de consultas realizadas na gravidez	.114	.266*	.282**	.002	.166	-.100	.054
Contexto relacional							
Agregado na infância: ter vivido com os pais	.084	.025	.066	.215*	.196	.015	.238*
Suporte emocional – Pai (EMBU)	.148	.122	.269*	-.007	.207	-.035	.106
Suporte emocional – Mãe (EMBU)	.188	.096	.195	.125	.225*	-.082	.161
Agregado actual: viver sem a mãe	-.136	-.112	-.224*	-.210	-.076	-.134	-.222*
Agregado actual: viver com outros familiares	.008	-.019	-.279**	-.094	-.044	-.026	-.088
Total de elementos no agregado	.097	.253*	.108	-.112	-.084	-.003	-.114
Qualidade da relação com o companheiro	.211*	.187	.243*	.259*	-.031	-.026	.099
Satisfação com o apoio social do companheiro	.420**	.343**	.398**	.027	.149	.059	.139
Satisfação com o apoio social da família do companheiro	.156	.322**	.262*	-.019	.049	.075	.060
Satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde	.119	.038	.096	.243*	.225*	-.007	.259*
Percepção do bebé (NPI)	.104	.161	.086	.060	.285*	-.028	.192

* $p < .05$. ** $p < .01$.

A maior vulnerabilidade ao stress ($p = .025$), e índices mais elevados de sintomatologia depressiva ($p = .043$) surgem associados a menor percepção de competência relativamente ao desempenho do papel materno. Pelo contrário, melhor percepção nos domínios Físico ($p < .001$) e Ambiente ($p = .004$) da QdV correlacionam-se positivamente com este indicador. Durante a vigilância da gravidez, um maior número

de consultas realizadas também indicia melhor percepção de competência para cuidar do bebé. A percepção de que a gravidez/maternidade teve um impacto positivo na vida escolar/profissional da jovem ($p = .022$) associa-se a melhor percepção de competência. No contexto relacional, é uma vez mais a satisfação com o apoio recebido do companheiro ($p = .002$) e da família deste ($p = .004$) que, de forma mais significativa, se correlacionam positivamente com a competência percebida pela mãe adolescente. A pertença a agregados familiares mais numerosos ($p = .020$) associa-se também positivamente à competência experienciada.

A percepção de realização materna associa-se também a algumas das variáveis citadas anteriormente em relação aos outros indicadores da adaptação ao papel materno, sendo menor quando os índices de sintomatologia depressiva são mais elevados ($p = .041$), quando ocorreu consumo de álcool durante a gravidez ($p = .021$), quando a adolescente reagiu negativamente à ocorrência de gravidez ($p = .033$), quando sente como neutro ou positivo o impacto que a gravidez teve na sua imagem corporal ($p = .007$) e quando o agregado familiar actual não inclui a mãe da jovem ($p = .036$) ou inclui membros da família alargada ($p = .008$). Ao invés, a adolescente revela-se mais realizada no desempenho do papel materno quando é mais alta a sua percepção de QdV nos domínios Físico ($p = .001$) e Ambiente ($p = .001$), quando sente como positivo o impacto da gravidez/maternidade na sua actividade escolar/profissional ($p = .035$), quando as consultas de vigilância de gravidez foram mais numerosas ($p = .037$) e o bebé nasceu no termo da gestação ($p = .009$). Uma vez mais, encontramos correlações positivas com significância estatística entre a percepção de realização materna e variáveis do contexto relacional, como o suporte emocional disponibilizado pelo pai da adolescente na infância ($p = .015$), a qualidade da relação com o companheiro ($p = .023$) e a satisfação com o apoio proporcionado por este ($p < .001$) e pela sua família ($p = .021$).

Quanto às dimensões do investimento parental na criança, verificamos que habitar numa zona rural se associa a menor sensibilidade e conhecimento das necessidades da criança ($p = .016$). As variáveis relacionais e outras relativas à história reprodutiva, bem como os indicadores de adaptação avaliados, não se correlacionam com este domínio do investimento parental.

A aceitação do papel materno correlaciona-se negativamente com o número de acontecimentos adversos experienciados ao longo da vida ($p = .003$), e aparece positivamente associada à percepção de QdV nos domínios Físico ($p < .001$), Relações Sociais ($p = .037$) e Ambiente ($p = .014$), ao facto de ter vivido

com os pais na infância ($p = .047$), a considerar que a gravidez/maternidade teve um impacto positivo no tempo disponível para ela própria ($p = .001$), à qualidade da relação com o companheiro ($p = .016$) e à satisfação com o apoio proporcionado pelos técnicos de saúde ($p = .025$).

O prazer experienciado na interacção com o filho aparece negativamente correlacionado com variáveis do estilo de vida da adolescente: é menor quando ocorreu consumo de tabaco na gravidez ($p = .003$) e habitualmente ($p = .016$), diminuindo também quanto mais elevado é o número de cigarros fumado diariamente na gravidez ($p = .002$) e no dia-a-dia ($p = .003$). Por outro lado, melhor percepção do suporte emocional recebido da mãe na infância ($p = .037$), maior satisfação com o apoio proporcionado pelos técnicos de saúde ($p = .039$) e percepção mais positiva do bebé ($p = .008$) associam-se a maior prazer na relação com este.

No geral, o investimento materno na criança correlaciona-se negativamente com o facto de a mãe da adolescente não fazer parte do agregado familiar actual, por morte ou outro motivo ($p = .040$); associa-se positivamente com o ter vivido com ambos os pais na infância ($p = .027$), com as habilitações escolares da mãe adolescente ($p = .025$), com a possibilidade de esta dispor de tempo para si mesma após a gravidez e nascimento do bebé ($p = .032$) e, ainda, com a satisfação sentida pela jovem relativamente ao apoio que recebe dos técnicos de saúde ($p = .017$).

9. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para a ocorrência de gravidez na adolescência

Ao longo da parte inicial deste trabalho, tivemos oportunidade de rever perspectivas que concebem a gravidez e a maternidade na adolescência enquanto cadeia de acontecimentos, que se sucedem através de uma série de decisões, mais ou menos conscientes, acerca dos comportamentos a adoptar perante cada necessidade de escolha (Hardy & Zabin, 1991; Pereira, 2001). De acordo com esta abordagem, como vimos, uma das principais tarefas da investigação consistiria em estudar, em cada fase, os factores susceptíveis de influenciar a tomada de decisão, em cada momento crucial de escolha. Tendo em conta os dados recolhidos junto das participantes do nosso estudo, procurámos explorar que variáveis

poderiam ajudar a prever o comportamento das jovens perante duas situações fundamentais neste contexto: a ocorrência de gravidez e, a montante, como condição sine qua non para aquela, a decisão de iniciar a vida sexual.

Iniciámos a apresentação dos resultados do estudo por uma caracterização exaustiva dos grupos de participantes, procurando identificar em que se distinguem as jovens com e sem história de gravidez, ou seja, que variáveis podem constituir factores de risco (ou de protecção) para a ocorrência de gravidez precoce - esses dados foram explorados e expostos ao longo do presente capítulo. A partir dos factores identificados, procedemos a análises de regressão logística⁴⁶, com o intuito de verificar quais as variáveis que se revelam mais significativas para prever a pertença das jovens a cada uma das situações que mencionámos – ter iniciado ou não a vida sexual, e ter ou não engravidado.

9.1. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para o início da vida sexual

Sendo que duas das características diferenciadoras das adolescentes com e sem história de gravidez são, por um lado, a percentagem de adolescentes sexualmente activas (cerca de 100% no GADOL e de 41.5% no GC) e, por outro lado, a idade de início da vida sexual (as adolescentes do GC que já iniciaram a vida sexual fizeram-no significativamente mais tarde que as adolescentes do GADOL), começámos por identificar as principais variáveis em que se distinguem as adolescentes que iniciaram e as adolescentes que não iniciaram a vida sexual, através de análises univariadas⁴⁷. Os resultados permitiram seleccionar os preditores de cada contexto (individual, sociodemográfico⁴⁸ e

⁴⁶ O modelo de regressão logística parte da análise da associação entre diversos factores e um determinado fenómeno, delineando um modelo global simultaneamente significativo, no que diz respeito à predição de um fenómeno resposta, e parcimonioso, no sentido em que se pretende sobretudo detectar as linhas de força mais relevantes, das relações concomitantes entre um conjunto de variáveis independentes e uma variável resposta. Adicionalmente, o modelo de regressão logística permite a formulação de previsões sobre a manifestação do fenómeno num dado indivíduo isolado, ou seja, procura determinar até que ponto factores de risco isolados, ou actuando em conjunto, permitem a formulação de um prognóstico a nível individual. Este aspecto concretiza-se através da quantificação da probabilidade de um indivíduo apresentar uma certa resposta (por exemplo, iniciar ou não a vida sexual) a partir de um modelo global da associação dos factores com a condição específica, deduzida a partir de um grupo (Field, 2009; Pedrosa, 2002).

⁴⁷ Foram consideradas as variáveis descritas ao longo do presente capítulo (factores sociodemográficos, variáveis relativas à estrutura do agregado familiar na infância e actualmente, estilos educativos parentais e características individuais – competências cognitivas e experiência de acontecimentos adversos).

⁴⁸ Apesar de terem surgido diferenças significativas entre os grupos relativamente à variável Abandono escolar, esta não foi introduzida no modelo por uma das categorias de distribuição se encontrar vazia, o que tornaria o resultado instável ou impossível de obter. De facto, constata-se que todas as jovens que abandonaram a escola já iniciaram actividade sexual, pelo que na categoria Abandono x Não iniciou vida sexual, na tabela de dupla entrada, não havia observações.

familiar/relacional) que foram então inseridos em análises de regressão logística binária. Os resultados para o modelo final encontram-se no Quadro 78.

Quadro 78 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério o início da vida sexual das adolescentes: Modelo final

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou vida sexual = 1							
		Coef. (Erro Padrão)		Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
						Limite inferior	Limite superior
	Constante	3.789	(1.223)				
NSE		1.161	(0.399)	8.477**	3.192	1.461	6.971
Número de reprovações no percurso escolar		0.503	(0.189)	7.105**	1.654	1.142	2.394
Agregado familiar na infância: outros familiares		-1.928	(0.412)	21.914***	0.145	0.065	0.326
Suporte emocional – Mãe (EMBU)		0.007	(0.036)	0.033	1.007	0.939	1.079
Rejeição – Mãe (EMBU)		-0.102	(0.051)	3.970*	0.903	0.817	0.998
Prática religiosa		-1.192	(0.376)	10.037**	0.304	0.145	0.635
Competências cognitivas – raciocínio abstracto		-0.061	(0.024)	6.557**	0.940	0.897	0.986

Número de observações: 296

-2Log-Likelihood = 275.028, Pseudo $R^2 = .263$ (Cox & Snell), $.371$ (Nagelkerke), R^2_L (Hosmer & Lemeshow) = 10.717, $p = .218$

Modelo: $\chi^2_{(7)} = 90.254$, $p < .001$

Nota. NSE – categoria de referência: Baixo; Agregado familiar na infância: outros familiares – categoria de referência: Não; Prática religiosa: 0 – Não praticante, 1 – Praticante.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística para -2Log-likelihood é 365.282, descendo para 275.028 quando as variáveis são introduzidas no modelo, o que indica que a capacidade preditiva deste melhora com a inclusão dos preditores - o modelo final é estatisticamente significativo [$\chi^2_{(7)} = 90.254$, $p < .001$]. O teste de Hosmer e Lemeshow é não significativo ao nível .05, ou seja, dá-nos informação positiva sobre a adequabilidade do modelo aos dados existentes, permitindo-nos fazer previsões fiáveis acerca da variável dependente (ter iniciado ou não a vida sexual), se tivermos informação acerca das variáveis predictoras dos vários contextos apresentados.

As variáveis NSE, número de reprovações, agregado familiar (ter vivido com outros familiares que não os pais e irmãos na infância), estilo educativo materno marcado por práticas de rejeição, a prática religiosa e as competências cognitivas dão um contributo significativo para a classificação das adolescentes num dos grupos da variável critério. Considerando os coeficientes, os valores dos odds ratio e respectivos intervalos de confiança, temos que adolescentes que pertencem ao NSE baixo, com mais

reprovações no seu percurso escolar, que na infância viveram com outros familiares que não a família de origem e cujas práticas educativas maternas são marcadas por mais comportamentos de rejeição têm uma probabilidade mais alta de ter iniciado a vida sexual. Por sua vez, adolescentes com crença e prática religiosa e com melhores resultados na avaliação de competências de raciocínio abstracto apresentam menor probabilidade de ter iniciado a sua vida sexual.

Quadro 79 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério o início da vida sexual das adolescentes: Quadro de classificação (modelo final)

Grupo observado	Grupo predito		
	Não iniciou vida sexual	Iniciou vida sexual	Percentagem correcta
Não iniciou vida sexual	45	46	49.5
Iniciou vida sexual	24	181	88.3
			Percentagem global de acertos 76.4

Se atendermos aos resultados expressos no Quadro 79, verificamos que a eficácia global do modelo na classificação das adolescentes que não iniciaram ou iniciaram actividade sexual é 76.4%. Porém, note-se que, apesar de o modelo revelar boa sensibilidade, ou seja, capacidade de predição para classificar as adolescentes que iniciaram a sua vida sexual (88.3%), não é tão eficaz na especificidade (capacidade de classificar correctamente as adolescentes que não iniciaram actividade sexual: 49.5%). Se considerarmos a classificação de todas as participantes no grupo com maior frequência, obtemos uma percentagem de acertos de 69.3%, pelo que o contributo do modelo é pouco relevante.

9.2. Factores de risco e protecção: Modelos explicativos para a ocorrência de gravidez

Identificadas algumas variáveis que se associam à decisão de iniciar ou não a vida sexual, procurámos estudar outras que contribuíssem para esclarecer determinantes da ocorrência de gravidez na adolescência, neste grupo de participantes. De forma semelhante ao que fizemos no passo anterior, começámos por identificar as principais variáveis em que as adolescentes com história de gravidez e as adolescentes sem história de gravidez se distinguiam (excluindo aquelas que ainda não tinham iniciado a vida sexual). Essas variáveis foram, posteriormente, introduzidas de forma exploratória, em modelos de

regressão logística. No Quadro 80, apresentamos os resultados relativos ao modelo final de regressão logística, que se revelou estatisticamente significativo [$\chi^2_{(6)} = 145.512$, $p < .001$].

Quadro 80 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final

Variável critério: Ocorreu gravidez = 0; Não ocorreu gravidez = 1							
	Coef. (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%			
				Limite inferior	Limite superior		
Constante	-10.104 (2.914)						
Agregado familiar: família intacta	0.239 (0.592)	1.271	0.163	0.398	4.056		
Companheiro: situação profissional	2.181 (0.503)	8.858	18.820***	3.306	23.731		
Fonte de informação sobre sexualidade: família	-1.277 (0.448)	0.279	8.127**	0.116	0.671		
Idade de início da vida sexual	0.560 (0.181)	1.750	9.576**	1.228	2.494		
Utilização de métodos contraceptivos	-3.462 (0.661)	0.031	27.448***	0.009	0.115		
Competências cognitivas – raciocínio abstracto	0.110 (0.032)	1.116	11.837**	1.048	1.188		

Número de observações: 246

-2Log-Likelihood = 140.030, Pseudo $R^2 = .452$ (Cox & Snell), .652 (Nagelkerke), $R^2_{L(0)}$ (Hosmer & Lemeshow) = 2.945, $p = .938$

Modelo: $\chi^2_{(6)} = 145.512$, $p < .001$

Nota. Agregado familiar: família intacta – categoria de referência: Não; Companheiro: situação profissional – categoria de referência: Desempregado; Fonte de informação sobre sexualidade: família – categoria de referência: Não; Utilização de métodos contraceptivos – categoria de referência: Não.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Todas as variáveis, excepto o agregado familiar (pertença a uma família intacta), dão um contributo significativo para a capacidade preditiva do modelo. Constatamos que a ocorrência de gravidez pode ser predita a partir de variáveis pertencentes a diferentes contextos, sendo mais provável em adolescentes que iniciaram mais cedo a vida sexual, que não usam métodos contraceptivos, cujas famílias não são fonte de informação sobre as áreas da sexualidade e cujos companheiros se encontram profissionalmente activos. A obtenção de melhores resultados na avaliação de competências cognitivas (raciocínio abstracto) torna menos provável a ocorrência de gravidez.

Quadro 81 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Quadro de classificação (modelo final)

Grupo observado	Grupo predito		
	Ocorreu gravidez	Não ocorreu gravidez	Percentagem correcta
Ocorreu gravidez	161	14	92.0
Não ocorreu gravidez	22	45	67.2
			Percentagem global de acertos 85.1

Pela observação do Quadro 81, verificamos que a eficácia global do modelo na classificação das adolescentes que engravidaram ou não engravidaram é de 85.1%, revelando boa sensibilidade (92%) e especificidade (67%). Tendo em conta a classificação de todas as participantes no grupo com maior frequência, obtemos uma percentagem de acertos de 72.3%, pelo que o contributo do modelo é relevante, permitindo um acréscimo de 12.8% nos casos correctamente classificados.

Para além de o modelo se revelar estatisticamente significativo, o teste de Hosmer e Lemeshow [$\chi^2_{(8)} = 2.945$, $p = .938$] dá-nos informação positiva sobre a adequabilidade do modelo aos dados existentes, permitindo-nos fazer previsões fiáveis acerca da variável dependente (ocorrência ou não de gravidez), se tivermos informação acerca das variáveis predictoras dos vários contextos apresentados.

Uma vez que o melhor predictor para a ocorrência ou não de gravidez (cf. Quadro 80) é a (não) utilização de métodos contraceptivos fiáveis, procurámos explorar, no contexto das participantes no estudo, que factores poderiam indicar o sentido da decisão das adolescentes. As variáveis foram seleccionadas de acordo com o processo descrito anteriormente, e inseridas em análises de regressão logística, cujo modelo final se apresenta no Quadro 82.

Quadro 82 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a utilização de contracepção: Modelo final

Variável critério: Não usa contracepção = 0; Usa contracepção = 1							
		Coef. (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%		
					Limite inferior	Limite superior	
	Constante	0.560 (1.261)					
	Habilitações literárias	0.132 (0.077)	2.942	1.141	0.981	1.327	
	Coabitar com o companheiro	1.207 (0.355)	11.524	3.342**	1.665	6.707	
	Companheiro: idade	-0.077 (0.045)	2.890	0.926	0.847	1.102	
	Companheiro: habilitações literárias	-0.718 (0.326)	0.197	0.488*	0.258	0.925	

Número de observações: 206

-2Log-Likelihood = 238.993, Pseudo $R^2 = .202$ (Cox & Snell), $.269$ (Nagelkerke), $R^2_{L(8)}$ (Hosmer & Lemeshow) = 3.305, $p = .914$

Modelo: $\chi^2_{(4)} = 46.706$, $p < .001$

Nota. Coabitar com o companheiro: 0 – Vive com o companheiro, 1 – Não vive com o companheiro; Companheiro: habilitações escolares: 0 - 7º ano ou mais, 1 – 6º ano ou menos.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Verificamos que o modelo final é significativo [$\chi^2_{(4)} = 46.706$, $p < .001$] e adequado aos dados existentes, de acordo com o teste de Hosmer e Lemeshow. As variáveis que dão um contributo significativo para a capacidade preditiva do modelo permitem concluir que a probabilidade de não utilizar métodos contraceptivos é maior em adolescentes que coabitam com o companheiro e em que o companheiro apresenta habilitações literárias baixas (inferiores ao 3º ciclo de escolaridade). Apesar de a variável não dar um contributo significativo para o modelo final, refira-se que, quanto mais novo o companheiro, maior a probabilidade de a adolescente não utilizar métodos contraceptivos.

A análise do Quadro 83 mostra que o modelo revela boa capacidade para prever a classificação quer no grupo que não utiliza, quer no que utiliza contracepção, sendo a percentagem global de acertos de 67.5%. Considerando a classificação de todas as participantes no grupo com maior frequência, obtemos uma percentagem de acertos de 51%, pelo que o contributo do modelo não é negligenciável.

Quadro 83 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a utilização de contracepção: Quadro de classificação (modelo final)

Grupo observado	Grupo predito		
	Não utiliza contracepção	Utiliza contracepção	Percentagem correcta
Não utiliza contracepção	72	29	71.3
Utiliza contracepção	38	67	63.8
			Percentagem global de acertos 67.5

10. Adaptação das adolescentes com história de gravidez durante a gestação e na transição para a maternidade

Ao longo dos pontos anteriores, foram sendo apresentados os resultados relativos à descrição e ao estudo das diferentes variáveis que podem influenciar a adaptação na gravidez e após o nascimento de um filho das adolescentes participantes no estudo, designadamente os contextos sociodemográficos, contextos associados à história reprodutiva, contextos relacionais e contexto pessoal (características individuais ou experiências idiossincráticas que podem influir na adaptação).

Perante os resultados anteriormente expostos, e considerando as numerosas variáveis estudadas, organizadas em torno da adaptação das adolescentes à gravidez e à maternidade, procurámos explorar e estabelecer alguns modelos que reflectam o valor explicativo dos diferentes contextos de influência sobre os indicadores de adaptação seleccionados: adaptação pessoal (bem-estar emocional/sintomatologia depressiva e percepção da QdV) e adaptação relacional, nomeadamente ao papel materno (experiência emocional da gravidez, investimento parental no filho e percepção de satisfação, competência e realização maternas).

Para tal, procedemos à análise das correlações entre as variáveis independentes consideradas e as variáveis critério, de modo a conhecer as associações entre essas variáveis e a identificar as associações significativas. Considerando a natureza das variáveis em causa, utilizámos diferentes tipos de correlações (estes resultados foram sendo expostos ao longo do presente capítulo). Posteriormente, com o objectivo de apurar a contribuição independente dos factores em cada contexto na explicação dos indicadores de adaptação, utilizámos análises de regressão linear múltipla hierárquica. Na selecção das variáveis a utilizar considerámos, para além do mencionado critério de ordem empírica, outros de ordem teórica - assim, foram introduzidas nos modelos de regressão múltipla as variáveis que demonstraram associações significativas com as variáveis critério e para as quais existem evidências teóricas acerca do seu poder explicativo neste âmbito, e que posteriormente se revelaram predictoras significativas da adaptação nas análises unifactoriais⁴⁹ prévias.

Para os vários indicadores de adaptação, os modelos de regressão foram concretizados em cinco passos: num primeiro passo foram incluídas, pela ordem indicada no texto, variáveis acerca da constituição e estrutura do agregado familiar, na infância e actualmente (nomeadamente com quem viveu, provir ou não de uma família intacta), dados demográficos e de estilo de vida dos pais e companheiro⁵⁰ e os estilos parentais educativos, avaliados através do EMBU; num segundo passo,

⁴⁹ De acordo com o preconizado por Field (2009), devem testar-se variáveis predictoras (por exemplo, em que surgiram associações significativas) para as quais existam fundamentos teóricos que pressuponham serem explicativas da variável critério, recorrendo a análises de regressão em que se insiram todos os esses preditores e seleccionando aqueles que contribuem significativamente para a capacidade explicativa do modelo. Depois de estabelecer quais as variáveis significativas, deve repetir-se a análise incluindo apenas essas, utilizando as estimativas encontradas para definir o modelo de regressão.

⁵⁰ Nenhuma das variáveis sociodemográficas relativas às adolescentes, nomeadamente idade, proveniência de meio rural ou urbano, escolaridade, ter ou não abandonado o sistema de ensino, situação profissional actual, crença e prática religiosa e estado civil (viver ou não com o companheiro) se revelou significativa para a capacidade explicativa dos modelos de regressão, pelo que não foram incluídas nos modelos finais. Para cada variável critério, foram introduzidas nos modelos de regressão aquelas variáveis que demonstraram poder explicativo significativo.

inseriram-se variáveis relativas ao estilo de vida da adolescente na gravidez, variáveis do contexto reprodutivo (idade de início da vida sexual, número de parceiros, utilizar ou não métodos contraceptivos antes de engravidar, gravidez desejada ou não desejada, ser primigesta ou multigesta) e, no caso das mães adolescentes, dados relativos ao bebé (nomeadamente, idade gestacional, peso ao nascer, existência ou não de problemas de saúde ou desenvolvimentais) e à percepção do recém-nascido; no terceiro passo, consideraram-se as variáveis relativas ao impacto da gravidez em diferentes áreas de vida da adolescente e as atitudes manifestas pelas figuras mais próximas (pais e companheiro); no quarto passo, entraram no modelo variáveis do contexto relacional, designadamente a qualidade da relação com as figuras significativas e a satisfação com o apoio por elas proporcionado; finalmente, introduziram-se no modelo características individuais susceptíveis de influenciar a adaptação (experiência de acontecimentos adversos e competência cognitiva – raciocínio abstracto).

Para cada indicador de adaptação, o número de passos que constam no modelo final pode ser variável, pois optámos por excluir os que não revelassem uma contribuição significativa para o incremento (R^2) na capacidade explicativa da adaptação. Em cada um dos passos, incluem-se as estatísticas de mudança, de modo a permitir a identificação da contribuição de cada um dos passos para a explicação da adaptação. Em cada quadro constam os coeficientes do modelo final, bem como a constante, que permite a replicação do modelo.

Iremos expor, em primeiro lugar, os modelos relacionados com a adaptação na gravidez, e posteriormente os associados à adaptação na maternidade e ao papel materno, pois, apesar de existirem variáveis predictoras em comum, há distinções que, pela sua relevância, devem ser salientadas.

10.1. Modelos explicativos da adaptação das grávidas adolescentes

A contribuição independente dos factores reprodutivos, individuais e relacionais relevantes na explicação dos indicadores de adaptação seleccionados (bem-estar emocional, percepção dos diferentes domínios da QdV e experiências emocionais na gravidez) foi explorada, como mencionado, através de análises de regressão múltipla hierárquica, sendo introduzidas as variáveis que, nas análises unifactoriais, se apresentavam significativas para um nível de significância de .05, pela ordem indicada no ponto anterior.

O Quadro 84 apresenta os resultados das análises que tiveram por variável critério a sintomatologia depressiva (avaliada através da EPDS). Depois de todas as variáveis terem sido introduzidas no modelo, este explica 24.3% da variância nos resultados obtidos para a sintomatologia depressiva. No primeiro passo, as variáveis relativas ao agregado familiar explicam 17.2% da variância; ao introduzir-se a variável relativa à percepção da qualidade da relação com o grupo de amigos, regista-se um aumento significativo do R^2 , que se traduz em 7.2% adicionais da variância explicada. O modelo final é estatisticamente significativo [$F_{(4, 77)} = 6.191, p < .001$]. O valor do coeficiente ajustado de determinação (R^2 ajustado), que nos dá uma indicação da possibilidade de generalização do modelo à população da qual a amostra foi retirada, é de .204, o que implica uma diminuição de cerca de 3.2% na capacidade preditiva do modelo, se este for aplicado à população de origem da amostra do estudo.

Quadro 84 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a sintomatologia depressiva (EPDS) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .172, F_{3, 78} = 5.383^{**}$)			
Constante	3.160	1.663	
Viver sem a mãe na infância	1.218	3.052	.051
Viver sem a mãe actualmente	11.302	5.060	.276*
Rejeição - Pai (EMBU)	0.389	0.162	.251*
Passo 2 ($\Delta R^2 = .072, F_{1, 77} = 7.308^{**}$)			
Constante	6.044	1.922	
Qualidade da relação com os amigos	-0.510	0.189	-.270**

Nota. Viver sem a mãe na infância/actualmente – categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

No modelo final, as grávidas adolescentes que têm a mãe presente no agregado familiar actual, cujo estilo educativo do pai é marcado por menos comportamentos de rejeição e cuja relação com os amigos é de boa qualidade, tendem a apresentar níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

Passamos, em seguida, a expor os modelos de regressão em que têm como variáveis critério os vários domínios da QdV, avaliada pela escala WHOQOL-Bref. No Quadro 85, apresentam-se os resultados para a Faceta Geral da QdV.

Quadro 85 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .115$, $F_{2,87} = 5.655^{**}$)			
Constante	62.500	5.105	
Viver sem o pai na infância	28.307	7.490	.441 ^{***}
Família nuclear intacta	14.183	5.042	.330 ^{**}
Passo 2 ($\Delta R^2 = .142$, $F_{2,85} = 8.132^{***}$)			
Constante	36.809	9.950	
Gravidez: impacto nos cuidados pessoais	17.126	8.367	.192 [*]
Gravidez: impacto na disponibilidade económica	11.103	3.141	.329 ^{**}

Nota. Viver sem o pai na infância – categoria de referência: Não; Família nuclear intacta – categoria de referência: Não; Gravidez – impacto nos cuidados pessoais/na disponibilidade económica: 0 – Pior; 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Verifica-se que o modelo final de regressão é significativo [$F_{(4, 85)} = 7.357$, $p < .001$], explicando 25.7% da variância total. As variáveis relativas ao agregado familiar dão inicialmente conta de 11.5% da variância total. A introdução das variáveis ligadas à avaliação do impacto exercido pela ocorrência de gravidez leva a um incremento significativo do R^2 , explicando mais 14.2% da variância. O valor do R^2 ajustado no modelo final é de .222.

No modelo final, todas as variáveis revelam poder preditivo da Faceta Geral da QdV. Assim, encontramos melhor percepção de QdV geral em adolescentes com história de gravidez que viveram apenas com a mãe (sem o pai) na infância ou que pertencem a uma família nuclear intacta, e consideram que a gravidez manteve ou melhorou os cuidados que têm consigo mesmas (alimentação, higiene, hábitos saudáveis, ...) e a sua disponibilidade financeira.

No Quadro 86, constam os resultados das análises que tiveram como variável critério o domínio Físico da QdV.

O modelo final é significativo [$F_{(4, 66)} = 11.078$, $p < .001$], explicando 40.2% da variância total. Inicialmente, a variável viver sem a mãe no agregado actual explica 10.2% da variância; este valor aumenta para 29.1% quando se introduz no modelo o impacto exercido pela gravidez nos cuidados pessoais (nomeadamente alimentação, higiene e hábitos saudáveis). O R^2 aumenta igualmente ao serem inseridas no modelo as variáveis relativas à satisfação com o apoio social do pai e da família do

companheiro (passo 3). A relação da variável viver actualmente sem a mãe e a variável critério parece ser mediada pela introdução das variáveis relativas ao apoio social proporcionado por outras figuras da rede social – surge inicialmente como preditor significativo dos resultados no domínio Físico da QdV ($\beta = -.319$, $p = .007$), deixando de o ser no passo 3 ($\beta = -.193$, $p = .064$). O valor do R^2 ajustado para o modelo final é de .365, afastando-se em 3.7% do R^2 da amostra.

Quadro 86 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da QdV (WHOQOL_Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .102$, $F_{1,69} = 7.828^{**}$)			
Constante	73.827	1.314	
Viver sem a mãe actualmente	-18.766	9.967	-.193
Passo 2 ($\Delta R^2 = .189$, $F_{1,68} = 18.118^{***}$)			
Constante	44.643	6.956	
Gravidez: impacto nos cuidados pessoais	31.533	6.594	.456^{***}
Passo 3 ($\Delta R^2 = .111$, $F_{2,66} = 6.114^{**}$)			
Constante	36.756	7.440	
Satisfação com o apoio social do pai	-1.333	0.660	-.206*
Satisfação com o apoio social da família do companheiro	2.790	0.827	.362^{**}

Nota. Viver sem a mãe actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez - impacto nos cuidados pessoais: 0 – Pior; 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Considerando os preditores que, no modelo final, melhor explicam a QdV percebida pelas grávidas adolescentes no domínio Físico, destaca-se que esta é mais favorável nas que julgam positivo o impacto da gravidez sobre os cuidados que têm consigo, estão mais satisfeitas com o apoio proporcionado pela família do companheiro e menos satisfeitas com o recebido do seu próprio pai.

As análises tendo como variável critério o domínio Psicológico da QdV constam no Quadro 87.

Após a introdução de todas as variáveis no modelo, este é significativo [$F_{(7, 75)} = 6.956$, $p < .001$], permitindo explicar 39.4% da variância na variável critério. Inicialmente, a variável viver com outros familiares (que não os pais, o companheiro e/ou a família deste) actualmente explica 7% da variância. A introdução das variáveis ligadas ao contexto reprodutivo permite o incremento do R^2 , contribuindo para a explicação de mais 14.7% da variância. Também as variáveis que se referem à qualidade das relações com

o companheiro e amigos acrescem em 17.7% a variância explicada pelo modelo. O valor do R^2 ajustado, no modelo final, é .417, ou seja, a percentagem de variância explicada decresce cerca de 5% quando se considera a aplicação do modelo à população de onde foi retirada a amostra.

Quadro 87 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .070$, $F_{1,81} = 6.134^*$)			
Constante	74.923	1.696	
Viver com outros familiares actualmente	-4.074	2.519	-.152
Passo 2 ($\Delta R^2 = .147$, $F_{3,78} = 4.868^{**}$)			
Constante	34.919	11.658	
Gravidez: atitude do companheiro	2.949	10.291	.035
Gravidez: impacto nos cuidados pessoais	20.979	6.198	.307^{**}
Gravidez: impacto na relação com o companheiro	-7.487	7.469	-.109
Passo 3 ($\Delta R^2 = .177$, $F_{3,75} = 7.283^{***}$)			
Constante	-0.017	13.484	
Qualidade da relação com o companheiro	3.803	1.696	.241*
Qualidade da relação com o grupo de amigos	1.307	0.493	.245*
Satisfação com o apoio social do companheiro	5.088	2.785	.257

Nota. Viver com outros familiares actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez – atitude do companheiro: 0 – Não apoia, 1 – Apoia; Gravidez – impacto nos cuidados pessoais/na relação com o companheiro: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tendo em conta as variáveis que, no modelo final, predizem significativamente o domínio Psicológico da QdV, os resultados sugerem que a percepção da QdV é sobretudo explicada pelo impacto da gravidez nos cuidados pessoais da grávida adolescente e pela qualidade da relação com o companheiro e com o seu grupo de amigos, sendo o sentido da relação positivo para todas as variáveis.

Quando consideramos o domínio Relações Sociais da QdV, os resultados são os expostos no Quadro 88. O modelo final apurado é significativo [$F_{(4,85)} = 17.551$, $p < .001$], explicando 45.2% da variância associada à variável critério. O valor do R^2 ajustado situa-se em .427.

O modelo inicial explica 23.3% da variância. A introdução das variáveis do contexto relacional leva a um incremento significativo do R^2 , que se traduz num aumento de 22% em termos da variância explicada. Tendo em conta os preditores significativos no modelo final, constatamos que estilos educativos maternos caracterizados por bom suporte emocional e boa relação com o companheiro e com o grupo de amigos são indiciadores de melhor percepção de QdV no domínio Relações Sociais, para o

grupo de grávidas adolescentes. Temos ainda que viver com outros familiares que não a família de origem, ou o companheiro e a família dele, prediz menor QdV neste domínio.

Quadro 88 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .233$, $F_{2, 87} = 13.193^{***}$)			
Constante	44.424	7.573	
Viver com outros familiares actualmente	-6.766	3.139	-.179*
Suporte emocional - Mãe (EMBU)	1.092	0.337	.270**
Passo 2 ($\Delta R^2 = .220$, $F_{2, 85} = 17.044^{**}$)			
Constante	16.736	9.284	
Qualidade da relação com o companheiro	2.726	1.012	.225**
Qualidade da relação com o grupo de amigos	3.391	0.646	.432***

Nota. Viver com outros familiares actualmente – categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

O último domínio da QdV avaliado pelo WHOQOL-Bref – Ambiente – foi também considerado como variável critério - os resultados indicam-se no Quadro 89. O modelo final é significativo [$F_{(7, 69)} = 8.175$, $p < .001$], explicando 45.3% da variância associada à variável critério. A introdução de variáveis em cada passo do modelo traduz-se num incremento significativo do R^2 e, logo, no aumento da proporção de variância explicada, como se constata pela observação das estatísticas de mudança indicadas no quadro. O valor do R^2 ajustado é .398.

Considerando os preditores que trazem um contributo significativo para o modelo final, temos que a melhor percepção de QdV no domínio Ambiente regista-se quando a grávida adolescente não vive actualmente com outros familiares que não a família de origem, nem com a família do companheiro, e quando não é apoiada pela sua mãe quando esta tem conhecimento da gravidez. Julgar positivo o impacto da gravidez na disponibilidade de tempo para si, uma boa relação com o companheiro e a satisfação com o apoio que recebe deste são também indicadores de melhor percepção de QdV neste domínio.

Quadro 89 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV (WHOQOL) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .162$, $F_{3,73} = 4.691^{**}$)			
Constante	59.908	6.369	
Viver com outros familiares actualmente	-5.577	2.541	-.222*
Viver com a família do companheiro actualmente	-7.964	2.802	-.293**
Suporte emocional - Mãe (EMBU)	0.363	0.262	.134
Passo 2 ($\Delta R^2 = .160$, $F_{3,71} = 8.361^{**}$)			
Constante	69.340	6.925	.279
Gravidez: atitude da mãe da adolescente	-9.892	3.761	-.239*
Gravidez: impacto na disponibilidade de tempo para si	8.396	2.498	.314**
Passo 3 ($\Delta R^2 = .132$, $F_{2,69} = 8.326^{**}$)			
Constante	35.854	11.681	
Qualidade da relação com o companheiro	3.392	1.397	.223*
Satisfação com o apoio social da família do companheiro	2.609	0.810	.300**

Nota. Viver com outros familiares actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez – atitude da mãe da adolescente: 0 – Não apoia, 1 – Apoia; Gravidez – impacto na disponibilidade de tempo para si: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

No estudo da adaptação das adolescentes à gravidez, considerámos ainda como variáveis critério as dimensões do PRQ, indicadoras das experiências emocionais vivenciadas ao longo da gestação - são esses resultados que passamos a apresentar. A primeira dimensão considerada é o Desejo de gravidez (cf. Quadro 90).

O modelo obtido após a introdução de todas as variáveis é significativo [$F_{(5,85)} = 14.363$, $p < .001$], explicando 45.8% da variância relativa à variável Desejo de gravidez. As variáveis ligadas à estrutura do agregado familiar actual, inseridas no passo 1, explicam 15% da variância, devendo-se o incremento do R^2 no modelo final ao contributo significativo das variáveis associadas ao contexto reprodutivo. O R^2 ajustado é igual a .426, valor próximo do coeficiente de determinação do modelo aplicado à amostra. Da análise do Quadro 90, podemos ainda concluir que o Desejo de gravidez é maior nas grávidas adolescentes que não vivem actualmente com ambos os progenitores, que não coabitam com o pai (mas apenas com a mãe) e que não vivem inseridas na família do companheiro – pressupõe-se que será maior nas grávidas adolescentes que coabitam com a mãe, exclusivamente com o companheiro ou com outros familiares. O principal preditor desta dimensão é a reacção inicial da adolescente ao ter conhecimento da gravidez, sendo que uma reacção positiva se associa a maior Desejo experienciado ao longo da gestação.

Quadro 90 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Desejo de Gravidez (PRO) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .150$, $F_{3,87} = 5.715^{**}$)			
Constante	11.810	1.292	
Viver com os pais (família de origem) actualmente	3.351	1.401	.255*
Viver com o pai actualmente	4.738	1.705	.264**
Viver com a família do companheiro actualmente	3.100	1.454	.220*
Passo 2 ($\Delta R^2 = .308$, $F_{2,85} = 24.139^{***}$)			
Constante	22.844	1.720	
Gravidez: reacção inicial da adolescente	-7.732	1.236	-.535***
Gravidez: impacto na disponibilidade de tempo para si	-2.603	1.189	-.143

Nota. Viver com os pais/pai/família do companheiro actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez – reacção inicial da adolescente: 0 – Negativa, 1 – Positiva; Gravidez – impacto na disponibilidade de tempo para si: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

No quadro seguinte, constam os resultados quando a variável critério seleccionada são os Medos em relação ao bebé. O modelo final é significativo [$F_{(4, 67)} = 7.635$, $p < .001$], explicando 31.3% da variância atribuível à variável Medos em relação ao bebé. A introdução de variáveis em cada passo produz um incremento significativo do R^2 . O R^2 ajustado é .272, o que representa uma diminuição de cerca de 4% da capacidade explicativa do modelo, se aplicado à população de onde se extraiu a amostra.

Quadro 91 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Medos em relação ao bebé (PRO) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .186$, $F_{2,69} = 7.866^{**}$)			
Constante	21.275	0.382	
Pai da adolescente: consumo de drogas	-7.197	2.136	-.344**
Mãe da adolescente: consumo excessivo de álcool	-8.687	2.985	-.296**
Passo 2 ($\Delta R^2 = .080$, $F_{1,68} = 7.358^{**}$)			
Constante	19.431	0.772	
Vida sexual: número de parceiros	0.977	0.454	.227*
Passo 3 ($\Delta R^2 = .048$, $F_{1,67} = 4.674^*$)			
Constante	18.644	0.835	
Acontecimentos de vida adversos (LAV)	0.266	0.123	.227*

Nota. Pai da adolescente: consumo de drogas - categoria de referência: Não; Mãe da adolescente: consumo excessivo de álcool - categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Verificamos que todos os preditores incluídos no modelo dão um contributo significativo para a proporção de variância explicada. São as grávidas adolescentes cujos pais consomem drogas e cujas mães consomem excessivamente álcool que manifestam menos preocupações em relação ao bebé, durante a gestação. Ao invés, as que tiveram maior número de parceiros sexuais e as que experimentaram com maior frequência acontecimentos de vida adversos referem mais medos em relação ao bebé.

A terceira dimensão do PRQ que considerámos no estudo é a Irritabilidade. Os resultados obtidos ao tomá-la como variável critério encontram-se no Quadro 92.

Apenas cumpriram os critérios para serem incluídas no modelo de regressão variáveis relativas ao contexto associado à gravidez, dando ambas um contributo significativo para o modelo [$F_{(8, 27)} = 9.192$, $p < .001$], que explica 17.4% da variância registada para a variável critério. O R^2 ajustado é .155, o que pressupõe alguma cautela na generalização do modelo para a população da qual se extraiu a amostra. De acordo com o exposto no Quadro 92, grávidas adolescentes que reagiram negativamente ao tomar conhecimento da gestação e que consideram ter esta exercido um impacto negativo no seu estado emocional apresentam maior Irritabilidade durante a gravidez.

Quadro 92 – GADOL_G: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Irritabilidade (PRQ) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .174$, $F_{2, 87} = 9.192^{***}$)			
Constante	32.713	1.033	
Gravidez: reacção inicial da adolescente	-2.228	1.058	-.207*
Gravidez: impacto no estado emocional	-3.284	0.952	-.339**

Nota. Gravidez – reacção inicial da adolescente: 0 – Negativa, 1 – Positiva; Gravidez – impacto no estado emocional: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

10.2. Modelos explicativos da adaptação das mães adolescentes

À semelhança do atrás exposto, utilizámos as análises de regressão múltipla para estudar quais as variáveis cujo conhecimento nos permite explicar a adaptação manifesta, neste caso pelo subgrupo de

mães adolescentes. Os critérios para a escolha de variáveis e ordem de introdução nos modelos são os descritos no ponto anterior.

No Quadro 93, temos os resultados obtidos quando assumimos como variável critério a sintomatologia depressiva (EPDS).

Depois de todas as variáveis terem sido introduzidas no modelo, este explica 56.4% da variância nos resultados obtidos para a sintomatologia depressiva. No primeiro passo, as variáveis relativas ao agregado familiar explicam 16.9% da variância. Ao introduzir-se a variável relativa ao impacto da gravidez sobre o estado emocional da adolescente, regista-se um aumento significativo do R^2 , que se traduz em mais 21.4% da variância explicada. O modelo final é estatisticamente significativo [$F_{(7, 60)} = 11.102$, $p < .001$]. O valor do coeficiente ajustado de determinação (R^2 ajustado) é de .513, o que implica uma diminuição de cerca de 5.1% na capacidade preditiva do modelo, se este for aplicado à população de origem da amostra do estudo.

Quadro 93 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a sintomatologia depressiva (EPDS) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .169$, $F_{3, 64} = 4.338^{***}$)			
Constante	2.177	2.204	
Viver sem a mãe na infância	9.917	4.582	.196*
Viver sem o pai na infância	-0.282	2.022	-.013
Rejeição - Pai (EMBU)	0.128	0.168	.073
Passo 2 ($\Delta R^2 = .214$, $F_{1, 63} = 21.834^{***}$)			
Constante	11.341	2.741	
Gravidez: Impacto no estado emocional	-6.345	1.344	-.459^{***}
Passo 3 ($\Delta R^2 = .181$, $F_{3, 60} = 8.329^{***}$)			
Constante	29.196	4.506	
Qualidade da relação com o companheiro	-1.458	0.767	-.247
Qualidade da relação com os amigos	0.114	0.310	.036
Satisfação com o apoio do companheiro	-1.732	0.881	-.259*

Nota. Viver sem a mãe/o pai na infância - categoria de referência: Não; Gravidez - impacto no estado emocional: 0 - Pior, 1 - Igual ou melhor.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

A introdução, no passo 2, da variável impacto da gravidez no estado emocional parece exercer um efeito mediador sobre o padrão de relacionamento dos restantes preditores com a variável critério, sobretudo no que concerne à percepção de rejeição por parte do pai: esta variável, que surge como preditor significativo no passo 1 ($\beta = .346$, $p = .008$), deixa de o ser no passo 2 ($\beta = .124$, $p = .266$).

No modelo final, as mães adolescentes que viveram com a mãe na infância, que sentiram como positivo o impacto da ocorrência de gravidez no seu estado emocional e que estão satisfeitas com o apoio social proporcionado pelo companheiro tendem a apresentar níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

Apresentamos seguidamente os modelos de regressão cujas variáveis critério são a Faceta Geral e os quatro domínios da QdV, avaliada pela escala WHOQOL. No Quadro 94, constam os resultados para a Faceta Geral da QdV.

O modelo final de regressão é significativo [$F_{(4, 72)} = 7.036$, $p < .001$], explicando 28.1% da variância total. As variáveis relativas ao agregado familiar permitem explicar inicialmente 11.3% da variância total. A introdução da variável impacto da gravidez no estado emocional da adolescente leva a um incremento significativo do R^2 , explicando mais 7.9% da variância. Finalmente, a inserção no modelo dos acontecimentos adversos de vida permite aumentar em 8% a proporção de variância explicada. Adicionalmente, esta variável surge como mediadora do padrão de relação entre a variável critério e o impacto da gravidez no estado emocional, já que esta, ao ser introduzida no modelo, revela capacidade preditora significativa (Passo 2: $\beta = .305$, $p = .009$), o que já não sucede no modelo final (Passo 3: $\beta = .148$, $p = .224$). O valor do R^2 ajustado no modelo final é de .241.

Quadro 94 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .113$, $F_{2, 74} = 4.731^*$)			
Constante	78.936	5.023	
Viver sem o pai na infância	-18.608	6.083	-.308**
Rejeição - Pai (EMBU)	-0.399	0.442	-.099
Passo 2 ($\Delta R^2 = .079$, $F_{1, 73} = 7.158^{**}$)			
Constante	66.825	6.617	
Gravidez: impacto no estado emocional	5.178	4.219	.148
Passo 3 ($\Delta R^2 = .088$, $F_{1, 72} = 8.661^{**}$)			
Constante	80.073	7.073	
Acontecimentos de vida adversos (LAV)	-1.839	0.618	-.331**

Nota. Viver sem o pai na infância – categoria de referência: Não; Gravidez – impacto no estado emocional: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

No modelo final, duas variáveis revelam poder preditivo da Faceta Geral da QdV. Assim, encontramos melhor percepção de QdV geral em mães adolescentes que viveram com o pai na infância e que experienciaram menor número de acontecimentos adversos.

Seguem-se, no Quadro 95, os resultados das análises que tiveram como variável critério o domínio Físico da QdV.

Quadro 95 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .102$, $F_{1,69} = 7.828^{**}$)			
Constante	74.762	1.553	
Viver com a família do companheiro actualmente	9.038	3.509	.277*
Passo 2 ($\Delta R^2 = .189$, $F_{1,68} = 18.118^{***}$)			
Constante	67.134	2.861	
Gravidez: impacto no estado emocional	8.854	3.040	.315**
Passo 3 ($\Delta R^2 = .111$, $F_{2,66} = 6.114^{**}$)			
Constante	51.426	6.774	
Satisfação com o apoio social do companheiro	3.672	1.447	.271*

Nota. Viver com a família do companheiro actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez – impacto no estado emocional: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

O modelo final é significativo [$F_{(3,68)} = 7.013$, $p < .001$], explicando 23.6% da variância no domínio Físico da QdV. Inicialmente, a variável relativa ao agregado actual (viver com a família do companheiro) não revela contributo significativo para a capacidade explicativa do modelo ($\beta = .217$, $p = .067$); porém, a introdução do impacto da gravidez sobre o estado emocional altera esta relação ($\beta = -.277$, $p = .016$), o que parece indicar efeitos de moderação. O valor do R^2 ajustado para o modelo final é de .203.

Considerando os preditores que, no modelo final, melhor explicam a QdV percebida no domínio Físico, esta é mais favorável nas jovens que coabitam com a família do companheiro, julgam positivo o impacto da gravidez no seu estado emocional e estão mais satisfeitas com o apoio proporcionado pelo companheiro.

As análises tendo como variável critério o domínio Psicológico da QdV constam no Quadro 96.

Quadro 96 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .120$, $F_{2,69} = 4.714^*$)			
Constante	64.745	3.441	
Viver sem a mãe actualmente	-30.076	8.999	-.296**
Total de irmãos	0.946	0.651	.129
Passo 2 ($\Delta R^2 = .173$, $F_{1,68} = 16.640^{***}$)			
Constante	52.643	4.251	
Gravidez: impacto no estado emocional	13.049	3.433	.338***
Passo 3 ($\Delta R^2 = .213$, $F_{3,65} = 9.351^{***}$)			
Constante	-1.326	11.000	
Qualidade da relação com o companheiro	4.450	2.059	.273*
Satisfação com o apoio social do companheiro	2.974	2.305	.160
Satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde	3.288	1.595	.187*

Nota. Viver sem a mãe actualmente – categoria de referência: Não; Gravidez – impacto no estado emocional: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Após a introdução de todas as variáveis no modelo, este é significativo [$F_{(6, 65)} = 11.108$, $p < .001$], permitindo explicar 50.6% da variância na variável critério. Inicialmente, a variável viver sem a mãe actualmente explica 12% da variância. A introdução da variável ligada ao contexto reprodutivo – impacto da gravidez – permite o incremento do R^2 , contribuindo para a explicação de mais 17.3% da variância. Também as variáveis que se referem à qualidade das relações e à satisfação com o apoio social crescem em 21.3% a variância explicada pelo modelo. O valor do R^2 ajustado, no modelo final, é .461, ou seja, a percentagem de variância explicada decresce cerca de 4.5% quando se considera a aplicação do modelo à população de onde foi retirada a amostra.

Tendo em conta as variáveis que, no modelo final, predizem significativamente o domínio Psicológico da QdV, os resultados sugerem que a percepção da QdV é sobretudo explicada pelo facto de a mãe adolescente viver com a própria mãe actualmente, considerar que a qualidade do seu estado emocional se manteve ou melhorou com a gravidez e o nascimento do filho e se encontrar satisfeita com a qualidade da relação e o apoio proporcionados pelo pai do bebé, e com o apoio que sente receber por parte dos técnicos de saúde.

Quando a variável critério seleccionada é o domínio Relações Sociais da QdV, os resultados obtidos são os expostos no Quadro 97.

Quadro 97 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .243$, $F_{2, 70} = 11.208^{***}$)			
Constante	53.595	8.192	
Família nuclear: intacta	11.489	3.886	.257**
Rejeição - Mãe (EMBU)	0.755	0.519	.120
Passo 2 ($\Delta R^2 = .338$, $F_{3, 67} = 18.037^{**}$)			
Constante	-15.664	13.285	
Qualidade da relação com o companheiro	4.034	2.243	.213
Qualidade da relação com o grupo de amigos	3.553	0.842	.352***
Satisfação com o apoio social do companheiro	5.391	2.432	.249*

Nota. Família nuclear intacta – categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

O modelo inicial explica 24.3% da variância. A introdução das variáveis do contexto relacional leva a um incremento muito significativo do R^2 , que se traduz num aumento de 33.8% em termos da variância explicada. O modelo final apurado é significativo [$F_{(5, 67)} = 18.579$, $p < .001$], explicando 58.1% da variância associada à variável critério. O valor do R^2 ajustado situa-se em .550. Tendo em conta os preditores significativos no modelo final, constatamos que a pertença a uma família nuclear intacta, a satisfação com o apoio recebido do companheiro e, sobretudo, uma boa relação com o grupo de amigos são indiciadores de melhor percepção de QdV no domínio Relações Sociais, no grupo de mães adolescentes.

O domínio Ambiente da QdV foi também considerado como variável critério. Os resultados indicam-se no Quadro 98. O modelo final é significativo [$F_{(4, 78)} = 8.961$, $p < .001$], explicando 18.4% da variância associada à variável critério. A introdução de variáveis do contexto relacional traduz-se num incremento significativo do R^2 , como se constata pela observação das estatísticas de mudança indicadas no mesmo quadro. O valor do R^2 ajustado é .153.

Quadro 98 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV (WHOQOL-Bref) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .162$, $F_{3, 73} = 4.691^{**}$)			
Constante	58.125	2.764	
Família nuclear: intacta	6.733	3.025	.228*
Passo 2 ($\Delta R^2 = .132$, $F_{2, 69} = 8.326^{**}$)			
Constante	39.559	6.255	
Qualidade da relação com o companheiro	1.346	0.610	.229*
Satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde	2.680	1.264	.219*

Nota. Família nuclear intacta – categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Considerando os preditores que trazem um contributo significativo para o modelo final, temos que mães adolescentes que pertencem a uma família nuclear intacta, percebem uma boa relação com o pai do bebé e sentem satisfação com o apoio proporcionado pelos técnicos de saúde apresentam melhor percepção de QdV no domínio Ambiente.

No estudo da adaptação das adolescentes com história de gravidez, após o nascimento de um filho, considerámos ainda como variáveis critério as dimensões do EIPC e a sua pontuação global, indicadoras do investimento parental na criança - são esses resultados que passamos a apresentar. A primeira dimensão considerada é a Aceitação do papel parental (cf. Quadro 99).

O modelo obtido após a introdução de todas as variáveis é significativo [$F_{(4, 78)} = 7.702$, $p < .001$], explicando 28.3% da variância relativa à variável critério. As variáveis ligadas à composição do agregado familiar na infância, inseridas no passo 1, explicam 12.7% da variância, devendo-se o incremento do R^2 no modelo final ao contributo significativo das variáveis associadas ao contexto reprodutivo (impacto da gravidez) e aos acontecimentos de vida adversos. O R^2 ajustado é igual a .246. Da análise do Quadro 99, podemos ainda concluir que a aceitação do papel parental é maior nas mães adolescentes que viveram com ambos os pais na infância ou que viveram apenas com a mãe (em que o pai não fez parte do agregado familiar nessa época de vida), que têm uma percepção positiva do impacto que a gravidez e o

nascimento do filho tiveram sobre a disponibilidade de tempo para si e, ainda, que experienciaram menos acontecimentos de vida adversos.

Quadro 99 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Aceitação do papel parental (EIPC) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .127$, $F_{2, 80} = 5.796^{**}$)			
Constante	13.429	1.016	
Viver com os pais na infância	2.680	1.011	.374*
Viver sem o pai na infância	2.725	1.256	.300*
Passo 2 ($\Delta R^2 = .085$, $F_{1, 79} = 8.558^{**}$)			
Constante	13.429	0.971	
Gravidez: impacto na disponibilidade de tempo para si	1.600	0.591	.270**
Passo 3 ($\Delta R^2 = .071$, $F_{1, 78} = 7.749^{**}$)			
Constante	14.745	1.045	
Acontecimentos de vida adversos (LAV)	-0.263	0.095	-.271**

Nota. Viver com os pais/sem o pai na infância – categoria de referência: Não; Gravidez – impacto na disponibilidade de tempo para si: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

No quadro seguinte, constam os resultados quando a variável critério seleccionada é o Prazer experienciado na interacção com o bebé. O modelo final é significativo [$F_{(5, 74)} = 8.369$, $p < .001$], explicando 36.1% da variância atribuível à dimensão Prazer. A introdução de variáveis em cada passo produz um incremento significativo do R^2 , sendo que o R^2 ajustado é .318.

Verificamos que todos os preditores incluídos no modelo dão um contributo significativo para a proporção de variância explicada. São as mães adolescentes cujas mães desenvolvem uma actividade profissional, que tiveram menor número de parceiros sexuais, que são primíparas e cujas mães foram elas também grávidas adolescentes que manifestam maior prazer na interacção com o bebé. A satisfação com o apoio social proporcionado pelos técnicos de saúde associa-se também a maior prazer no exercício do papel materno, sendo o principal preditor neste modelo e actuando como moderador na relação do número de gestações com a variável critério (que, de não significativa no passo 2: $\beta = -.160$, $p = .120$, passa a ser significativa no passo 3: $\beta = -.199$, $p = .038$).

Quadro 100 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Prazer (EIPC) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .186$, $F_{2,69} = 7.866^{**}$)			
Constante	21.894	0.494	
Mãe da adolescente: situação profissional	2.240	0.707	.319 ^{**}
Passo 2 ($\Delta R^2 = .080$, $F_{1,68} = 7.358^{**}$)			
Constante	23.258	0.649	
Vida sexual: número de parceiros	-0.964	0.293	-.323 ^{**}
Total de gestações	-1.637	0.777	-.199 [*]
Ocorrência de gravidez adolescente numa familiar: mãe	3.553	1.175	.290 ^{**}
Passo 3 ($\Delta R^2 = .048$, $F_{1,67} = 4.674^*$)			
Constante	18.426	1.432	
Satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde	1.179	0.317	.353 ^{***}

Nota. Mãe da adolescente: situação profissional – categoria de referência: Desempregada; Ocorrência de gravidez adolescente numa familiar: mãe – categoria de referência: Não.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

A terceira dimensão do EIPC, também considerada no estudo, é a Sensibilidade e conhecimento das necessidades da criança. Os resultados obtidos ao tomá-la como variável critério encontram-se no Quadro 101.

Quadro 101 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a dimensão Sensibilidade e conhecimento (EIPC) - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .099$, $F_{1,67} = 7.329^{**}$)			
Constante	12.781	0.469	
Zona de residência: urbana vs. rural	1.507	0.610	.273 [*]
Passo 2 ($R^2 = .108$, $F_{1,66} = 8.966^{**}$)			
Constante	12.194	0.484	
Métodos contraceptivos: utilização antes da gravidez	1.878	0.627	.331 ^{**}

Nota. Zona de residência - urbana vs. rural: 0 – Rural, 1 – Urbana; Métodos contraceptivos: utilização antes da gravidez - categoria de referência: Sim.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Apenas cumpriram os critérios para serem incluídas no modelo de regressão duas variáveis, dando ambas um contributo significativo para o modelo final [$F_{(2,66)} = 8.583$, $p < .001$], que explica 20.6% da variância registada para a variável critério - o R^2 ajustado é .182. De acordo com os resultados obtidos com as mães adolescentes, viver em zonas urbanas e não utilizar métodos contraceptivos antes de engravidar liga-se à sensibilidade e conhecimento para fazer face às necessidades da criança.

Após o estudo das várias dimensões da EIPC, analisámos também a sua pontuação total, indicadora global do investimento parental na criança. Os resultados constam no Quadro 102.

Quadro 102 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global (EIPC): Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .096$, $F_{2, 78} = 7.866^*$)			
Constante	50.933	1.461	
Viver com os pais na infância	2.184	1.550	.198
Viver sem a mãe actualmente	-4.658	3.096	-.158
Passo 2 ($\Delta R^2 = .068$, $F_{1, 77} = 6.247^*$)			
Constante	45.185	2.700	
Satisfação com o apoio social recebido dos técnicos de saúde	1.345	0.551	.249*
Passo 3 ($\Delta R^2 = .050$, $F_{1, 76} = 4.830^*$)			
Constante	43.450	2.751	
Competências cognitivas: raciocínio abstracto (AR_BPRD)	0.188	0.086	.225*

Nota. Viver com os pais na infância/sem a mãe actualmente – categoria de referência: Não.

* $p < .05$.

O modelo final é significativo [$F_{(4, 76)} = 5.175$, $p = .001$], permitindo a explicação de 21.4% da variância atribuível ao investimento parental - o R^2 ajustado é .173. Duas variáveis contribuem significativamente para a capacidade preditiva do modelo, tornando mais provável encontrar maiores índices de investimento materno no filho por parte de mães adolescentes satisfeitas com o apoio recebido dos técnicos de saúde e com melhores capacidades de raciocínio abstracto, tal como avaliado pela prova AR da BPRD (cf. Capítulo 4 e ponto 5.2. do presente capítulo).

Concluindo a exploração de modelos explicativos para a adaptação das mães adolescentes, considerámos ainda como variáveis critério a satisfação, competência e realização maternas. No Quadro 103, encontramos os resultados para a primeira destas dimensões.

Constatamos que o modelo final, que explica 41.9% da variância associada à variável critério, é significativo [$F_{(5, 52)} = 7.499$, $p < .001$]. As variáveis introduzidas nos passos 2 e 3 contribuem significativamente para o incremento do R^2 . O R^2 ajustado é .363. As variáveis relativas ao agregado

familiar na infância contribuem significativamente para a capacidade preditiva do modelo, tal como a reacção inicial do pai da adolescente. A introdução da variável satisfação com o apoio social do companheiro tem um efeito mediador sobre a relação da reacção inicial dessa figura à ocorrência de gravidez, modificando os seus parâmetros de $\beta = .282$ ($p = .026$) para $\beta = .188$ ($p = .115$). A satisfação materna é superior nas mães adolescentes que na infância viveram com ambos os progenitores ou apenas com a mãe (sem o pai), cuja reacção inicial do seu pai, ao ter conhecimento da gravidez, foi positiva, e que estão satisfeitas com o apoio social de que dispõem por parte do companheiro.

Quadro 103 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a satisfação materna - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .096$, $F_{2, 78} = 7.866^*$)			
Constante	5.333	0.384	
Viver com os pais na infância	0.933	0.340	.461**
Viver sem o pai na infância	1.714	0.452	.620***
Passo 2 ($\Delta R^2 = .068$, $F_{1, 77} = 6.247^*$)			
Constante	5.323	0.393	
Gravidez: reacção inicial do pai da adolescente	-0.539	0.165	-.376**
Gravidez: reacção inicial do companheiro	0.382	0.238	.188
Passo 3 ($\Delta R^2 = .050$, $F_{1, 76} = 4.830^*$)			
Constante	4.141	0.511	
Satisfação com o apoio social do companheiro	0.299	0.091	.399**

Nota. Viver com os pais/sem o pai na infância – categoria de referência: Não; Gravidez – reacção inicial do pai da adolescente/companheiro: 0 – Negativa, 1 – Positiva.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

No Quadro 104, encontramos os resultados para a percepção de competência materna. O modelo final é significativo [$F_{(5, 60)} = 5.407$, $p < .001$], explicando 31.1% da variância atribuível à variável critério considerada. O R^2 ajustado situa-se em .253. Das variáveis inseridas no modelo, apenas o total de elementos do agregado familiar revela significância em termos de capacidade preditiva, indicando que as mães adolescentes provenientes de famílias mais numerosas apresentam melhor percepção da sua competência para cuidar do filho.

Quadro 104 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a competência materna - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .194$, $F_{3,62} = 4.969^{**}$)			
Constante	6.199	0.394	
Viver sem a mãe na infância	-0.843	0.744	-.122
Agregado familiar: total de elementos	0.094	0.029	.346 ^{**}
Sobreprotecção - Pai (EMBU)	-0.035	0.024	-.162
Passo 2 ($\Delta R^2 = .117$, $F_{2,60} = 5.082^{**}$)			
Constante	4.840	0.592	
Satisfação com o apoio social do companheiro	0.192	0.116	.210
Satisfação com o apoio social da família do companheiro	0.107	0.075	.185

Nota. Viver sem a mãe na infância – categoria de referência: Não.

^{**} $p < .01$.

Finalmente, temos no Quadro 105 os resultados das análises quando a variável critério em causa é a percepção de realização materna.

Quadro 105 – GADOL_M: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a realização materna - Modelo final

	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padr.
Passo 1 ($R^2 = .128$, $F_{2,70} = 5.150^{**}$)			
Constante	6.060	0.222	
Gravidez: reacção inicial da adolescente	0.352	0.219	.174
Gravidez: impacto na imagem corporal	-0.382	0.166	-.238 [*]
Passo 2 ($\Delta R^2 = .148$, $F_{2,68} = 6.951^{**}$)			
Constante	4.500	0.468	
Satisfação com o apoio social da mãe	0.085	0.057	.162
Satisfação com o apoio social do companheiro	0.304	0.094	.340 ^{**}

Nota. Gravidez – reacção inicial da adolescente: 0 – Negativa, 1 – Positiva; Gravidez – impacto na imagem corporal: 0 – Pior, 1 – Igual ou melhor.

^{*} $p < .05$. ^{**} $p < .01$.

O modelo final é significativo [$F_{(4, 68)} = 6.489$, $p < .001$], permitindo explicar 27.6% da variância associada à variável realização materna. O R^2 ajustado é .234. Duas variáveis dão um contributo significativo para a capacidade preditiva do modelo, indicando que as adolescentes que sentiram como negativo o impacto da gravidez na sua imagem corporal e que estão mais satisfeitas com o apoio

proporcionado pelo companheiro/pai do bebê tendem a apresentar valores mais elevados, ao avaliarem o quanto se percebem realizadas enquanto mães.

6 |

Síntese e Discussão
dos Resultados

6 | Síntese e Discussão dos Resultados

6.1. Síntese e discussão

No presente estudo procurámos, abordando os domínios psicológico, educacional e socioeconómico, social e relacional, identificar factores de vulnerabilidade e protecção associados quer à ocorrência de gravidez na adolescência, quer aos indicadores de adaptação das jovens que engravidam e se tornam mães, na realidade específica da Região Autónoma dos Açores.

A investigação foi delineada tendo por enquadramento a Psicopatologia do Desenvolvimento, enquanto macroparadigma (Achenbach, 1990), quer no que diz respeito à conceptualização dos problemas abordados, quer no que concerne às opções metodológicas para o seu estudo. De acordo com esta perspectiva teórica, o desenvolvimento humano é influenciado por múltiplas transacções, que ocorrem ao longo do tempo entre a pessoa e diversos contextos do seu ambiente, situados em diferentes níveis da ecologia.

Para a prossecução do estudo, optámos por um desenho metodológico que pretendemos, se não exaustivo (dada a complexidade dos fenómenos abordados), pelo menos abrangente das questões fulcrais para a compreensão dos processos em causa. Aqui apontamos a primeira limitação das várias que identificamos neste trabalho e que, ao longo do capítulo, iremos anotando: para a concretização do

estudo, optámos por um desenho metodológico que assumiu a forma de um desenho transversal, dadas as condições de realização, as limitações temporais e os objectivos globais do projecto no qual o estudo se inclui. Reconhecemos que um desenho longitudinal, que acompanhasse as adolescentes com e sem história de gravidez durante parte do seu percurso de vida, com vários momentos de avaliação situados em pontos críticos, tornaria mais claros os processos que influenciam e determinam, num primeiro momento, as opções que conduzem à ocorrência de gravidez na adolescência e, posteriormente, os factores subjacentes às trajectórias de adaptação ou inadaptção apresentadas, sendo também o desenho mais adequado para captar as mudanças ao longo do tempo e os factores a elas associados. No entanto, como mencionámos no Capítulo 4 (cf. ponto 2.1.), ao ponderarmos, de acordo com o recomendado por Magnusson e Cairns (1996), as vantagens, os custos e as limitações dessa metodologia, concluímos que, sendo este um estudo precursor na abordagem de uma amostra representativa de uma população específica (as grávidas e mães adolescentes da Região Autónoma dos Açores), a opção por uma investigação transversal, estudando em simultâneo diferentes grupos e caracterizando a sua adaptação num momento temporal particular, poderia também adequar-se à temática em causa e à fase de desenvolvimento em que se encontra o conhecimento das singularidades dos contextos envolvidos.

Considerámos também a posição de Cummings et al. (2000), que indicam a abordagem “multi” (especificamente neste ponto, múltiplos desenhos, instrumentos e fontes de informação) como a mais desejável quando se procura a investigação sistemática de problemas complexos, fundamentada numa perspectiva desenvolvimental. Procurámos, assim, integrar na construção do protocolo de avaliação, na selecção dos grupos e na recolha de dados, estratégias e instrumentos que permitissem avaliar, de forma inclusiva e rigorosa, múltiplas dimensões. Na operacionalização das variáveis a estudar e na construção dos protocolos de avaliação, procurou-se a inclusão de instrumentos diversificados, adequados aos constructos que procurámos medir e cujas características psicométricas permitissem a utilização fiável na população do estudo. Foi possível obter dados quantitativos e qualitativos acerca de vários contextos de vida das adolescentes (individual, relacional, socioeconómico), e de como a interacção de variáveis pertencentes a diferentes níveis desses contextos se pode conjugar em termos da adaptação manifestada pelas jovens.

As participantes no estudo incluem adolescentes do sexo feminino com e sem história de gravidez. A inclusão, no grupo de adolescentes com história de gravidez, de jovens em fases distintas do

processo de transição para a maternidade – grávidas e mães há três meses ou mais – possibilita a identificação de diferenças na adaptação de cada um dos grupos, o que pode fornecer algumas pistas acerca dos percursos possíveis em termos de adaptação (sendo, porém, abusivo retirar dos resultados conclusões acerca da natureza e do curso das trajectórias desenvolvimentais individuais).

A recolha de um grupo de controlo constituído por adolescentes sem história de gravidez, emparelhadas com o GADOL em termos de grupo etário e provenientes da mesma região geográfica, permitiu explorar diferenças individuais, familiares e sociodemográficas que podem auxiliar a compreensão das interacções que influenciam os múltiplos percursos possíveis, traduzidos em diferentes equilíbrios e perfis de adaptação. Uma segunda limitação que pode ser apontada ao estudo prende-se exactamente com a selecção do grupo de controlo: ao estabelecer como critério de inclusão no GC a frequência do sistema de ensino no momento da avaliação, arriscamos potenciar diferenças relativas às variáveis sociodemográficas e excluir informação pertinente acerca de participantes que, apresentando habilitações escolares que não diferissem do GADOL, se distinguissem deste pelo facto de não terem engravidado precocemente. Procurámos minimizar esta limitação, incluindo na amostra jovens de diferentes anos de escolaridade, provenientes quer do ensino regular, quer do profissional. Nesta, como noutras variáveis em que os grupos não são equivalentes (e.g., estado civil, NSE, variáveis relativas ao contexto familiar), optámos por não proceder a controlo metodológico (isto é, ao emparelhamento apriorístico de variáveis) para não eliminarmos artificialmente, pela imposição de critérios de inclusão e exclusão demasiado restritivos, distinções que podem, elas próprias, constituir factores explicativos das problemáticas estudadas. O possível peso confundente de algumas variáveis nos resultados foi, quando pertinente, controlado posteriormente através dos métodos de análise estatística seleccionados, o que foi sendo anotado ao longo da exposição dos resultados.

Na análise dos dados, consideraram-se duas grandes dimensões: por um lado, contribuir para o esclarecimento dos factores de risco e protecção associados à ocorrência de gravidez na adolescência e, por outro, conhecer o impacto deste evento e obter dados acerca do processo de adaptação à gravidez e à maternidade. A amostra, embora de natureza não probabilística (o que constitui também uma limitação do estudo) pode, de acordo com critérios estatísticos (cf. Capítulo 4, ponto 2.2), considerar-se representativa da realidade da gravidez e da maternidade adolescentes nas ilhas açorianas o que, com

alguma segurança, não isenta de cuidados, permite generalizar as implicações dos dados obtidos. Antes de as expor, porém, deter-nos-emos na síntese e discussão dos principais resultados.

Ao longo da discussão, serão apontadas outras limitações do estudo e sugeridas pistas para a investigação futura. Dado o contexto em que se insere o estudo e a área de especialização em que foi elaborado, abordaremos as principais implicações do quadro conceptual de referência e dos resultados ao nível da prevenção e da intervenção psicológica nestes processos.

Características demográficas e individuais

No GADOL, encontramos diversas características sociodemográficas, individuais e familiares que correspondem às encontradas em vários estudos efectuados com adolescentes com história de gravidez, quer em Portugal Continental (Carvalho, 2007; Jongenelen, 1998, 2003; Jongenelen, Soares, Grossman, & Martins, 2006; Lourenço, 1998; Pereira, 2001; Pereira, Canavarro, Mendonça, & Cardoso, 2003; Pereira et al., 2005; Pires, 2009a), quer noutros países ocidentais (Beers & Hollo, 2009; Kirby et al., 2009; Salazar et al., 2009). Expomos agora a síntese dos principais resultados para, em seguida, nos determos sobre aspectos diferenciadores da realidade açoriana.

As adolescentes açorianas com história de gravidez participantes no estudo apresentam uma média de idades de 17.4 anos, sendo esta superior à obtida no grupo de controlo (16.39). A maioria (97.2%) das grávidas e mães adolescentes tem 15 anos ou mais - a idade mínima encontrada foi 12 anos (uma jovem grávida) e a máxima 20 anos. As participantes distribuem-se pelas ilhas seguindo a tendência populacional, pelo que o maior número provém de S. Miguel, seguindo-se a Terceira e o Faial. Embora nenhuma ilha se destaque em termos proporcionais, na sua maioria (60.8%), as adolescentes com história de gravidez provêm de zonas urbanas e semi-urbanas. Todas as participantes no estudo se situam nos níveis socioeconómicos baixo e médio; mesmo assim, as jovens grávidas e mães diferenciam-se significativamente do GC pela pertença quase exclusiva ao nível baixo (95.5%). Estes resultados vão ao encontro dos de Miller et al. (2001), Silver e Bauman (2006) e Singh e Darroch (2000), que indicam a residência em zonas urbanas desfavorecidas como um factor de risco para o início precoce da vida sexual e para a ocorrência de gravidez na adolescência, e são consistentes com os encontrados por estudos nacionais como o coordenado por Geraldés e Araújo (1998). Segundo Rosenheim e Testa (citado em

Jongenelen, 2003), as adolescentes de meios mais desfavorecidos tendem a antecipar a conjugalidade e a maternidade, que se constituem como projecto de vida, ao contrário do que sucede com as mais favorecidas que, à partida, dispõem de mais recursos e provável percepção de mais oportunidades, denotando igualmente aspirações académicas e profissionais mais elevadas; no mesmo sentido vão as conclusões de Vilar e Gaspar (1999).

A escolarização do GADOL é baixa - as grávidas e mães adolescentes apresentam menores habilitações escolares do que as jovens do GC e maior índice de reprovações e insucesso escolar. A taxa de adolescentes que já abandonou a escola é muito alta entre as jovens com história de gravidez: 78.4%. De acordo com dados de 2007 do Governo Regional dos Açores, a taxa de abandono escolar entre os 15 e os 18 anos, ou seja, de jovens que deixam de prosseguir os seus estudos nesta faixa etária, situou-se nesse ano nos 12.5%. Embora este valor não seja directamente comparável com os obtidos na nossa amostra, até porque aglutina as taxas de abandono em ambos os sexos, não separando rapazes de raparigas, pode ser, de algum modo, tido como referência quando consideramos os nossos dados, que dele se distanciam grandemente. Este indicador, que aponta para as baixas qualificações escolares das adolescentes que engravidam, é também consensual com o habitualmente encontrado em estudos revistos (cf. Bonell et al., 2005; Bonell, Fletcher, & McCambridge, 2007).

Das 135 grávidas e mães em situação de abandono escolar, 41 (29.5%) apontam a gravidez/nascimento do filho como motivo para deixar de estudar, o que é coerente com dados de outros estudos realizados com metodologia e instrumentos aproximados dos aqui utilizados (Pereira, 2001; Pires, 2009a) e pode apontar para a dificuldade de conciliação entre a prestação de cuidados ao filho e o desempenho de outros papéis (nomeadamente os ligados ao percurso escolar e profissional) ou para o aumento de carências económicas acarretado pelo nascimento de um filho, que pode inviabilizar a continuidade do percurso académico. Para estas jovens, melhorar as infra-estruturas de apoio social, facilitando a conjugação entre cuidados infantis e prosseguimento dos estudos, poderá ser um importante factor de inclusão e prevenção de dificuldades na adaptação à maternidade.

Porém, para a maioria (70.5%) do GADOL, o abandono do sistema de ensino precedeu a ocorrência da gestação, ou seja, as adolescentes encontravam-se já fora da escola quando engravidaram (20.6% das grávidas e 38.6% das mães adolescentes). As razões mais invocadas ligam-se à desmotivação, desinteresse e desvalorização das possibilidades que melhores habilitações escolares podem acarretar.

Estes valores poderiam fazer supor que, no momento em que se encontravam grávidas, as jovens tenderiam a apontar outras razões para o seu abandono, actuando processos de deseabilidade social; já as mães, dispostas de outro distanciamento em relação à decisão de abandono, poderiam relacioná-lo mais com a ocorrência da gravidez. Porém, esta explicação por si só não é coerente com os dados obtidos: ao verificarmos o ciclo de escolaridade em que ocorreu o abandono, o momento do abandono relativamente à gravidez (antes ou depois de esta acontecer) e os motivos apontados para tal, emerge uma tendência - as grávidas parecem mais desinteressadas da escola e entram em situação de abandono escolar mais precocemente do que o fizeram as mães adolescentes. Cerca de 50% das grávidas e mães adolescentes manifestam vontade de voltar a estudar depois de o bebé crescer e de se tornar menos dependente da mãe, mas essa intenção raramente é cumprida na nossa amostra - a transição para a maternidade parece representar a assunção de um papel focado sobretudo nas tarefas domésticas e de prestação de cuidados, diminuindo as oportunidades de um percurso mais centrado em aspirações profissionais, o que, no entanto, não parece constituir motivo de desagrado para as participantes. Seriam necessários outros momentos de avaliação ao longo do percurso de vida destas jovens para esclarecer estes indícios.

À luz dos resultados, a escola parece não conseguir exercer poder de atracção suficiente para muitas destas jovens continuarem os estudos e o percurso académico parece não ser grandemente valorizado no contexto relacional, já que os progenitores e os companheiros das jovens do GADOL apresentam também, por sua vez, baixas habilitações escolares, distinguindo-se significativamente dos pais e dos namorados das adolescentes do GC. Por outro lado, como mencionámos, condições sociais e familiares adversas poderão também estar a concorrer para estes resultados (Bonell et al., 2005). O abandono escolar e as baixas habilitações constituem, segundo a literatura científica revista (Beers & Hollo, 2009; Miller et al., 2004; Pereira et al., 2005; Pires, 2009a), um factor de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência e para o envolvimento e permanência em ciclos de pobreza e precariedade que se reflectem negativamente no desenvolvimento destas jovens e dos seus filhos e, logo, na sua adaptação.

Esta assunção é corroborada pelos resultados relativos à situação profissional: a maioria (62.5%) do GADOL não tem qualquer ocupação profissional, sendo sobretudo as mães adolescentes a ter emprego (22.6%, contra 6.5% de grávidas empregadas), com as funções desempenhadas a exigir poucas ou nenhuma qualificações, o que converge com a descrição mais comum na literatura científica sobre o

tema, quer em Portugal (Jongenelen, 1998, 2003; Lourenço, 1996; Pereira, 2001), quer no estrangeiro (Bonell et al., 2003, 2005; Wellings et al., 1996).

Das jovens desempregadas, apenas 28.7% referem estar activamente a procurar emprego e, pese embora o facto de muitas delas afirmarem a intenção de o fazer quando o bebé for maior, um ano depois do parto, só 55% das mães adolescentes tentam conseguir um trabalho remunerado. Quando questionadas sobre os seus projectos de vida nesta área, a maior parte refere ideias pouco concretas. Estes dados, consistentes com os encontrados por outros autores, como Jongenelen (2003), Lourenço (1996) e Soares et al. (2001), vão ao encontro da perspectiva segundo a qual a gravidez e a maternidade exercem um impacto negativo no estatuto escolar e profissional da adolescente (Beers & Hollo, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Hardy et al., 1997). Esta atitude de alguma passividade e desmotivação perante a construção da sua própria autonomia pode reflectir a identificação com modelos proporcionados por figuras femininas significativas, a percepção de escassez de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional e ainda a valorização dos papéis femininos tradicionais, que social e culturalmente parece ser feita. No entanto, pode ser fonte de dificuldades futuras, pois contribuirá para aumentar a dependência económica das jovens face aos pais, ao companheiro ou a sistemas de benefícios sociais, diminuindo as suas opções e as hipóteses de construção de um percurso independente, para si mesmas e para os seus filhos (Hosie & Selman, 2006).

Quanto ao estado civil e ao tipo de conjugalidade, a maioria (76.1%) das jovens do GADOL é casada ou vive em união de facto, diferindo significativamente das adolescentes sem história de gravidez (cerca de 98.7% são solteiras). A gravidez surge, habitualmente, no contexto de uma relação exclusiva com alguma estabilidade, ou seja, com duração razoável: para 34.9% das jovens, ocorre no seio de uma relação com mais de um ano de duração e, em cerca de 20.4% das situações, a relação dura há mais de dois anos, o que corrobora os dados de Koniak-Griffin et al. (2003) e Pereira (2001). Em cerca de 53.2% das situações, a gravidez foi o motivo que precipitou a mudança de estado civil ou de tipo de conjugalidade, tendo estas jovens casado ou passado a viver em união de facto após terem conhecimento da gravidez. Estes dados confirmam a literatura científica nacional (Jongenelen, 2003; Lourenço, 1996; Pereira, 2005; Soares et al., 2001), que aponta para a elevada percentagem de gestações precoces que ocorrem em adolescentes solteiras; são também consistentes com os encontrados por Jongenelen (2003), que conclui que a ocorrência de gravidez constitui um “motor de conjugalidade” (p. 430) para as adolescentes que

engravidam, passando a viver com o companheiro durante a gravidez ou após o parto. Porém, contrariam os resultados de outras pesquisas internacionais (East & Felice, 1996; Whitman, Borkowski, Keogh, & Weed, 2001) que, com maior frequência, notam que as famílias com mães adolescentes permanecem monoparentais. Tal pode indiciar a acção de uma matriz cultural específica dos valores da ecologia da parentalidade, característica dos países mediterrânicos e comunidades latinas emigrantes nos EUA, que apontam para uma menor aceitação social da maternidade singular e adolescente (Contreras, 2004). Por outro lado, podem indicar, mais uma vez, a identificação das adolescentes com os papéis conjugal e parental, que constituem o núcleo das suas aspirações e projectos de futuro, como os nossos resultados também indicam.

Entre as jovens solteiras, a maioria tem como projecto casar ou passar a viver com o namorado/pai do bebé a curto prazo; as que já se encontram em situação de coabitação pretendem continuar com o companheiro, nalguns casos aspirando a autonomizar-se das famílias de origem. Os nossos dados sugerem um movimento no sentido da maior autonomia dos casais ao longo do tempo, uma vez que, após o nascimento do bebé, ou seja, no GADOL_M, são em maior número as adolescentes que constituem um novo agregado familiar apenas com os companheiros e os filhos. Esta autonomização pode ser dificultada pela realidade socioeconómica desfavorecida do GADOL, que vai ao encontro da descrita na maioria dos trabalhos nacionais (Carvalho, 2007; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Lourenço, 1996; Pereira, 2001; Pires, 2009a) e internacionais (Beers & Hollo, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Furstenberg & Brooks-Gunn, 1996; Gullotta, 2005).

Relativamente a outras características individuais, na comparação entre GADOL e GC aquele apresenta maiores dificuldades em processos que implicam o raciocínio abstracto, tendo esta dimensão sido avaliada através de um teste que é pouco permeável à influência dos conteúdos escolares nas competências cognitivas. Estas dificuldades podem, com alta probabilidade, reflectir-se em tomadas de decisão mais precipitadas, em que as possíveis consequências são insuficientemente antecipadas e ponderadas – isto é coerente com o preconizado acerca do desenvolvimento cognitivo e socioemocional na adolescência, que leva alguns autores a pressupor que a imaturidade cognitiva, típica da adolescência e traduzida em aspectos como a preponderância do pensamento concreto, a impulsividade, a dificuldade de abstracção para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais não favorece a utilização de contracepção nem o planeamento do

relacionamento sexual, contribuindo para expectativas irrealistas acerca da tarefa de cuidar de um bebé, que podem conduzir a uma percepção positiva e favorável acerca do possível impacto de uma gravidez no percurso de vida da adolescente (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001).

Competências cognitivas menos desenvolvidas podem ainda influenciar o percurso escolar mais mal-sucedido. Note-se, porém, que o insucesso escolar e a desmotivação não se relacionam necessariamente com menores competências cognitivas - as desvantagens patentes nos contextos de vida destas jovens concorrem para facilitar o insucesso que, por sua vez, encerra mecanismos que o reforçam e perpetuam (notas baixas e reprovações podem levar a um maior distanciamento dos amigos e pior inserção na vida escolar e fazem diminuir a percepção de competência das jovens, reduzindo o investimento que colocam no seu percurso académico e as expectativas que manifestam para o seu futuro escolar e profissional). A gravidez, mesmo quando não planeada, e a vida conjugal podem assumir-se como um percurso para atingir uma valorização pessoal que não é encontrada noutros domínios, como a escola, tal como encontrado em trabalhos de autores como Gaspar e Vilar (1999).

No geral, os projectos de vida do GADOL são pouco concretos, quer a nível escolar ou profissional, quer a nível familiar. Note-se que é entre as mães adolescentes que se regista a percentagem mais elevada de jovens que menciona não querer ter mais filhos (28.1%), seguindo-se as grávidas (14.1%); só 3% do GC afirma não pretender ter filhos. É possível que a experiência de gravidez e/ou maternidade, se tiver acarretado vivências adversas ou indutoras de stress ou agravado situações de carência económica, motive esta intenção.

Ainda no que concerne às características e experiências individuais, refira-se que as participantes do GADOL não revelam ser mais vulneráveis aos stress do que as do GC, nem se distinguem significativamente destas quanto aos acontecimentos adversos experienciados ao longo da vida, pelo que, nestes aspectos, os resultados não reforçam os encontrados por Luster e Haddow (2005), Manlove et al. (2006) ou Miller et al. (2001). Verificamos também que GADOL e GC não se distinguem quanto à crença e prática religiosa; no entanto, as análises de regressão logística realizadas nesta amostra revelam que ser crente e praticante torna mais provável o adiamento do início da vida sexual, resultados que estão de acordo com os encontrados por Whitehead, Wilcox, e Rostosky (2001).

Relativamente ao estilo de vida, embora o consumo de álcool seja referido com maior frequência pelas adolescentes do GC, o GADOL distingue-se daquele pelo maior e mais frequente consumo habitual (isto é, antes da gravidez) de tabaco; os grupos não se distinguem quanto ao consumo habitual de substâncias ilícitas. A gravidez parece promover uma mudança positiva de hábitos, no sentido de menor consumo das substâncias mencionadas, o que pode ser indicador de boa aceitação e adaptação à gravidez, no sentido de aceitar a realidade do feto e assumir comportamentos de protecção no período pré-natal e/ou traduzir o investimento realizado pelos profissionais de saúde na informação e na promoção de hábitos de vida saudável junto das jovens que engravidam. Por outro lado, ao impulsionar uma maior orientação para a família e para as tarefas domésticas, a gravidez e a maternidade podem acarretar a diminuição do contacto com os amigos ou da participação em actividades de lazer, que muitas vezes se associam àqueles consumos. É possível que, ao longo do tempo, essa mudança positiva se esbata e a jovem tenha maior dificuldade em manter os comportamentos saudáveis adoptados na gravidez, retomando hábitos anteriores a ela - é entre as mães adolescentes da amostra que encontramos os maiores índices de consumo de tabaco e de substâncias ilícitas.

Notamos, porém, que o desenho deste estudo não permite conclusões acerca dos percursos individuais das jovens. Assim, consideramos pertinente a realização de estudos longitudinais, continuados por um período mais longo após o nascimento do filho de uma mãe adolescente, que permitam verificar este e outros aspectos relevantes para a compreensão das trajectórias posteriores de uma jovem que se torna mãe.

Factores familiares e contextos relacionais

No nosso estudo, as jovens com história de gravidez pertencem a agregados familiares mais numerosos do que os das adolescentes do GC, agregado esse composto por uma diversidade maior de graus de parentesco entre os seus elementos (no GC, as adolescentes vivem sobretudo com os pais e irmãos; a presença de outros familiares é mais comum no agregado do GADOL). Verificámos que os progenitores do GADOL se distinguem por, no geral, apresentarem habilitações escolares baixas e exercerem profissões de baixo estatuto e pouco diferenciadas, que habitualmente proporcionam menor rendimento e maior precariedade laboral e caracterizam agregados familiares com maiores dificuldades

económicas e menores recursos sociais e familiares. Estes dados são consensuais com a generalidade dos estudos nacionais e internacionais revistos.

O número de irmãos é superior nas adolescentes que engravidaram e estas, na sua maioria, situam-se no meio da fratria. Ora, pertencer a um agregado numeroso e com diversas crianças leva a que as jovens possam ser frequentemente solicitadas para ajudar nas tarefas domésticas e nos cuidados aos irmãos, com prejuízo da valorização académica - muitas vezes, o desempenho destas funções constitui uma fonte de valorização e satisfação pessoal que não é conseguida através do percurso escolar, e ao mesmo tempo aproxima a jovem de vivências marcadas por responsabilidades e desempenho de papéis não normativos na adolescência. Por outro lado, é maior a probabilidade de que existam irmãos ou irmãs mais velhas e, logo, contacto com adolescentes que possam já ter iniciado a actividade sexual, o que pode aumentar a probabilidade de início precoce da mesma e, assim, o risco de que a adolescente engravide, tal como encontrado por East e Kiernan (2001).

Ao contrário do encontrado em vários estudos (Almeida, 1987; Jongenelen, 1998; Pereira, 2001; Ward & Carlson, 1995), mas de acordo com os resultados de Carvalho (2007), Jongenelen (2003) e Pires (2009a), as grávidas e mães adolescentes provêm maioritariamente de famílias intactas, encontrando-se os progenitores, em maior número, casados. Porém, comparativamente aos progenitores do GC, prevalecem percentagens mais elevadas de divórcios e separações, o que vai ao encontro dos trabalhos de Lammers et al. (2000) ou de Miller et al. (2005), que indicam a pertença a famílias não intactas como um possível factor de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência.

Na sua maioria, as mães do GADOL enquadram-se na população inactiva, o que pode implicar a existência de modelos de desempenho tradicional dos papéis femininos, influenciando as aspirações e os projectos de vida das adolescentes. Porém, esta situação acarreta também maior disponibilidade das mães das adolescentes, o que pode explicar o papel proeminente que assumem no apoio às filhas e ao bebé.

O GADOL, comparado com o GC, apresenta também com maior frequência, tal como mencionado em vários estudos (Campa & Eckenrode, 2006; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Pereira et al., 2005; Records, 1993), história familiar de gravidez adolescente, sobretudo por parte das irmãs e da mãe – embora não sejam suficientemente conhecidos os mecanismos de transgeracionalidade deste processo,

podemos pressupor que esses padrões sejam mantidos pela perpetuação de contextos socioeconômicos e culturais das famílias onde ocorrem (Justo, 2000; Pires, 2009a). A existência destes padrões pode implicar maior permissividade e aceitação, quer da manifestação de actividade sexual precoce, quer da ocorrência de gravidez na adolescência. A interiorização de valores e normas implícitas, veiculadas no discurso e acção parentais, poderá influenciar a adopção de comportamentos de risco por parte das adolescentes, nomeadamente os relacionados com a actividade sexual e com a gravidez na adolescência (Mendonça et al., 2007).

A pertença a um agregado mais numeroso, que se confronta com carências socioeconómicas, pode dificultar a capacidade dos pais para proporcionar o apoio e a supervisão necessárias a um desenvolvimento saudável e adaptativo (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Pereira et al., 2005). Esta leitura é validada pelos resultados que se referem às práticas educativas dos progenitores: de acordo com a percepção das adolescentes deste estudo, os estilos educativos parentais do GADOL, quando comparados com os do GC, são marcados por menor suporte emocional por parte do pai e da mãe e por menor rejeição, mas também menor sobreprotecção, por parte da mãe. Estes resultados convergem com os dos estudos que sugerem uma influência das dinâmicas familiares no grau de vulnerabilidade para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Lourenço, 1998; Miller et al., 2001; Pereira et al., 2005; Pires, 2009a).

De acordo com as perspectivas transaccionais e o modelo bioecológico que enquadram este trabalho, as experiências de menor suporte emocional podem constituir um factor de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência, já que têm o potencial de influenciar características individuais das jovens – nomeadamente, fomentando o desenvolvimento de baixa auto-estima e instabilidade emocional nas relações actuais (Bowlby, 1978; Canavarro, 1999) e interferindo negativamente em diferentes áreas do desenvolvimento emocional, cognitivo, da personalidade e interpessoal (Beers & Hollo, 2009; Rodrigues et al., 2004; Sherman & Donovan, 1991).

Por outro lado, uma vez que as adolescentes do GADOL pertencem a agregados em que as tarefas domésticas e de prestação de cuidados aos filhos são sobretudo realizadas pelos elementos femininos da família, a falta de supervisão por parte da mãe, traduzida nos resultados de menor sobreprotecção percebida, podem indicar insuficiente acompanhamento, que vários estudos associam a um início mais precoce da vida sexual e à ocorrência de gravidez na adolescência (Crosby et al., 2002a; Figueiredo,

2001). Podem ainda contribuir indirectamente para estes riscos, na medida em que têm o potencial de facilitar a associação a pares desviantes e o envolvimento noutros comportamentos de risco, como o consumo de substâncias (Miller et al., 2005), e de influenciar negativamente o percurso escolar (Cano-Garcia, 2000; Scaramella et al., 1998) - a menor disponibilidade ou aptidão parental para acompanhar o percurso escolar da filha faz com que os progenitores tenham menor percepção do comportamento desta e do seu ajustamento à escola (nomeadamente em relação a situações de absentismo ou dificuldade de integração, por exemplo) e que lhe transmitam menor valorização do sucesso escolar e da importância de prosseguir os estudos. As baixas habilitações escolares exibidas, no geral, pelos pais e, sobretudo, pelas mães do GADOL fornecem, elas próprias, modelos de insucesso escolar e de abandono precoce da escolaridade que influenciam o percurso académico das filhas, mais uma vez contribuindo para a perpetuação de ciclos intergeracionais marcados por baixa diferenciação académica e profissional.

A percepção de práticas educativas maternas pautadas por comportamentos de rejeição (nomeadamente, criticismo e escassas manifestações de aprovação e afecto) revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da actividade sexual, indo ao encontro dos resultados publicados por Jaccard et al. (2006) e Miller et al. (2005), entre outros. A experiência de um ambiente familiar marcado por distanciamento emocional pode influenciar as decisões reprodutivas das adolescentes, que procurarão noutros níveis, como na relação com os pares, nas relações amorosas ou na relação com o próprio filho, a aceitação e a segurança que não experimentam junto da família de origem.

Notamos ainda que os progenitores do GADOL se distinguem dos do GC pela maior ocorrência de consumo de álcool considerado excessivo pelas adolescentes. Ora, é consensual que este comportamento pode associar-se a maior instabilidade familiar, limitando as competências dos pais e das mães para proporcionar segurança e afecto às filhas, condição relevante para um desenvolvimento saudável. Estes aspectos, com indica Pereira (2001), podem contribuir também para que a jovem procure outras fontes de gratificação e segurança afectiva.

Ainda no contexto relacional, os companheiros e pais dos bebés das adolescentes do GADOL caracterizam-se por serem significativamente mais velhos que estas, sendo também mais velhos que os companheiros das adolescentes do GC. Distinguem-se ainda por terem habilitações escolares baixas, maioritariamente ao nível da escolaridade obrigatória ou inferiores, e trabalharem sobretudo em profissões que exigem baixas qualificações. Os resultados sugerem ainda que as relações amorosas

estabelecidas pelas adolescentes do GADOL são relativamente duradouras. Estes dados concordam com as características descritas em estudos como os de Bombas, Sousa Fernandes, Rolim e Enterezedo (2000), Geraldês e Araújo (1998), Jongenelen (2003), Kirby (2002), Pereira (2001) e Raneri e Wiemann (2007).

Já num ponto anterior do capítulo tecemos algumas considerações acerca do estado civil e da conjugalidade patentes no GADOL; retomamo-las agora, referindo que os resultados do presente estudo não são totalmente conclusivos quanto ao facto de a mudança de estado civil ou de tipo de conjugalidade ser causa ou consequência da gravidez na adolescência, ou seja, se o desejo de viver com o namorado determinou a decisão de gravidez ou se a ocorrência desta precipitou a conjugalidade, pela acção de pressões familiares e valores culturais.

O facto de os companheiros serem mais velhos do que as jovens e terem, na sua maioria, meios próprios de subsistência podem ser factores facilitadores para uma conjugalidade precoce, seja ela prévia ou posterior à gravidez, e para uma maior motivação para a parentalidade – os nossos resultados indicam que a coabitação com o companheiro e as baixas habilitações escolares deste (talvez porque, tal como pode ocorrer nas jovens, orientem as expectativas de realização e gratificação para o domínio familiar e não para o percurso profissional) são preditores da decisão das adolescentes de não utilizar contraceção; já o facto de o companheiro exercer actividade profissional é um preditor significativo da ocorrência de gravidez na adolescência. Temos ainda que a tendência das adolescentes para idealizar as relações românticas, mencionada nos trabalhos de Canavarro e Pereira (2001) e de Garrett e Tidewell (1999), pode contribuir para decisões reprodutivas em que a ponderação do risco (de ocorrência de gravidez ou de IST) é subvalorizada.

Por último, consideremos alguns dados acerca da relação com o grupo de pares. Como vimos, a adolescência, do ponto de vista do desenvolvimento socioemocional, é vista como um período de alargamento da rede social, verificando-se uma crescente importância do grupo de pares, que pode constituir uma importante fonte de apoio afectivo (Mena Matos & Costa, 2003; Santrock, 2008; Susman & Rogol, 2004) e influenciar decisivamente várias dimensões do comportamento, nomeadamente o que se liga às decisões reprodutivas (Bearman & Brückner, 1999; Miller et al., 2005). No entanto, à semelhança do descrito noutras investigações (Passino et al., 1993; Pereira, 2001), o grupo de amigos parece ocupar um lugar de menor relevância no GADOL, comparativamente ao GC: em termos médios, as adolescentes com história de gravidez percebem a relação com os amigos como sendo de menor qualidade do que

as do GC. Estes dados serão explorados mais detalhadamente ao considerarmos os resultados relativos ao apoio social e às associações entre os indicadores de adaptação.

Apesar de se ter recorrido a diversas fontes de informação na recolha do GADOL (nomeadamente, respostas das adolescentes, informações dos processos clínicos das grávidas, mães e seus bebés, e confirmação de alguns dos dados recolhidos junto dos profissionais de saúde que asseguravam o acompanhamento clínico), reconhecemos que a não inclusão de outros respondentes além das jovens limita o estudo e as suas implicações. Grande parte da informação recolhida assenta na percepção subjectiva das participantes, o que obriga a algum cuidado nas interpretações e na generalização dos resultados. A avaliação directa de variáveis de figuras significativas da rede social, como os progenitores da adolescente e o namorado/pai do bebé não foi possível no âmbito deste trabalho, sendo, porém, desejável a sua inclusão em projectos futuros.

Sexualidade, saúde e percurso reprodutivo

A idade média de início da vida sexual corresponde, na nossa amostra, aos 15.27 anos. As adolescentes com história de gravidez tendem a começar a sua vida sexual ligeiramente mais cedo do que as do GC, o que é consistente com os dados dos estudos revistos, que apontam o início precoce da vida sexual como um factor de risco para a ocorrência de gravidez (Figueiredo, 2001; Holgate & Evans, 2006; Morgan et al., 1995). Ao contrário do que sucede noutros estudos (Matos et al., 2008), as adolescentes referem a escola, e não os amigos ou a família, como principal fonte de informação sobre a sexualidade; apesar disto, o tema é abordado com muito mais frequência pelas famílias do GC, o que pode indicar maior envolvimento dos pais na vida dos filhos que, ao permitirem a discussão de temas relativos à sexualidade, têm a oportunidade de modelar e influenciar as decisões reprodutivas destes (Eisenberg & Morris, 2004; Walker & Taylor, 2001).

Apenas uma pequena percentagem de jovens refere não conhecer qualquer método contraceptivo, tal como verificado nos estudos de Jongenelen (2003), Pereira (2001) ou Pires (2009a). São preocupantes, porém, os índices de conhecimento e de comportamentos protectores quando à prevenção de IST, já que só uma minoria das adolescentes do estudo manifesta uma atitude de prevenção activa destas infecções.

São as mães adolescentes que citam maior número de métodos contraceptivos, o que traduz, provavelmente, o investimento na informação feito por parte dos técnicos de saúde durante a gravidez. Verifica-se que 64.2% das jovens não fazia contracepção antes de a gestação ocorrer. Após o parto, aproximadamente 90% menciona o recurso a pelo menos um método contraceptivo, sendo a pílula a resposta mais frequente (62.1%), o que revela uma mudança positiva de comportamentos – no entanto, é de notar que 8.6% das jovens mães não planeiam usar, ou não usam, qualquer método contraceptivo e mais de metade (51.3%) das jovens não tem orientação contraceptiva nem fica com consulta de planeamento familiar marcada após o parto, embora grande parte delas se tenha posteriormente dirigido ao Centro de Saúde. Quando são marcadas, as consultas realizam-se maioritariamente no Centro de Saúde ou no Hospital onde a gravidez foi seguida, embora algumas jovens também afirmem recorrer ao atendimento médico privado. Tendo em vista a prevenção de gravidezes futuras, é importante garantir que todas as jovens tenham acesso a consultas de planeamento familiar após o parto, de forma a discutir as diversas opções contraceptivas disponíveis e a iniciar a contracepção assim que possível.

O investimento na informação e no modo de a tornar presente e eficaz na vida das jovens é importante pois, em muitos dos casos, a gravidez, que em cerca de dois terços das situações é classificada pelas adolescentes como não planeada e não desejada, resultou sobretudo do facto de estas não fazerem contracepção, recorrerem a métodos de baixa fiabilidade ou cometerem erros na utilização dos contraceptivos. É importante salientar que, embora a presente gestação fosse a primeira para a maioria do GADOL, mais de 10% das participantes deste grupo já tinham passado por uma ou duas gravidezes anteriores que, nalguns casos, não chegaram a termo (por interrupção médica ou voluntária, ou perda espontânea), sendo que 15 adolescentes já eram mães quando ocorreu a presente gravidez. Tendo em conta os dados da investigação que apontam a repetição das gestações precoces como um factor que aumenta os riscos de inadaptação e de desenvolvimento de trajectórias desfavoráveis, quer para as mães adolescentes, quer para os seus filhos (Daguerre, 2006; Klermann, 2004), prevenir esta recorrência deve constituir um dos imperativos em termos de prevenção e intervenção.

O não planeamento da gravidez que ocorre na adolescência é um aspecto sistematicamente mencionado na literatura científica que versa esta temática (e.g. Alan Guttmacher Institute, 2006; Albert, 2007; Beers & Hollo, 2009; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005; Salazar et al., 2009), sendo igualmente comum a menção de padrões irregulares de utilização de contraceptivos nesta fase do ciclo de vida (Singh,

Darroch, Ashford, & Vlassoff, 2009). Para a compreensão destes padrões, pode contribuir a perspectiva de Elkind (1970, 1976), segundo a qual o egocentrismo, típico do pensamento adolescente, pode traduzir-se num sentimento de invulnerabilidade, fazendo com que algumas adolescentes acreditem que não engravidarão nem contrairão IST, mesmo que não utilizem contraceptivos (Coley & Chase-Lansdale, 1998), colocando-as em risco para qualquer uma destas situações (Canavarro, Morgado, Pereira, & Barahona, 2004).

A reacção emocional do GADOL à notícia da gravidez é, na maioria dos casos (75.5%), razoável ou positiva, apesar de representar, para 27.8% das jovens, um evento acentuadamente não desejado, pelas desvantagens que acarreta e por, potencialmente, implicar mudanças significativas de vida. A aceitação da gestação parece ser também bastante imediata, verificando-se que apenas 8.2% das adolescentes ponderaram a hipótese de a interromper, sendo que todas as participantes optaram pelo seu prosseguimento. Esta reacção favorável, semelhante à encontrada noutros estudos realizados em grupos de adolescentes do Norte de Portugal (Carvalho, 2007; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003), poderá traduzir a expressão de crenças e valores individuais e familiares (face à contracepção, à IVG e ao significado da gravidez e da maternidade), para além de, como anteriormente mencionámos, a ocorrência de gravidez poder constituir um marco significativo e desejado de transição para a vida adulta, quando oportunidades alternativas mais centradas nas dimensões académicas ou profissionais são percebidas como indisponíveis ou inalcançáveis.

O pai do bebé tende, segundo as participantes, a reagir perante a gravidez de maneira muito positiva. O facto de os companheiros serem significativamente mais velhos pode ajudar a compreender esta reacção, uma vez que é mais provável já terem uma vida activa a nível profissional, que pode traduzir-se em autonomia financeira. As diferenças de idade podem também implicar uma postura diferente da comunidade em geral, e da família em particular, perante a notícia da gravidez. Na grande maioria dos casos, de acordo com as adolescentes, a reacção dos familiares mais próximos (pai e mãe) é também de aceitação e apoio perante a gravidez, sendo o pai da jovem a figura que, com maior frequência, tem uma postura menos positiva. A postura das pessoas da família tende a manter-se estável ou, na maioria dos casos, a mudar para melhor ao longo da gravidez. Ressalvamos, porém, que esta informação decorre da percepção das adolescentes, sendo importante que trabalhos futuros avaliem

directamente as reacções iniciais das figuras significativas, bem como a sua permanência ou mudança e o sentido desta, ao longo do tempo.

A gravidez, quando vigiada, como é o caso das jovens da amostra (embora muitas vezes essa vigilância se inicie depois das 12 semanas), e o parto, que em todas as situações avaliadas decorre com acompanhamento obstétrico e pediátrico em ambiente hospitalar, ocorrem habitualmente sem intercorrências significativas do ponto de vista clínico, sendo os indicadores desenvolvimentais do bebé, na altura do nascimento e nos primeiros meses de vida, maioritariamente normais. Estes dados vão ao encontro das tendências encontradas nos estudos recentes sobre o tema (Baker et al., 2007; Figueiredo et al., 2006; Gupta, et al., 2008). Contrastam, no entanto, com os resultados de investigações que tradicionalmente apontavam para a associação inexorável entre gravidez e maternidade adolescente e risco médico e desenvolvimental do bebé - actualmente, verifica-se que essa associação é mantida sobretudo em situações em que o acompanhamento clínico da gravidez e do parto não são sistemáticos (Alan Guttmacher Institute, 2006) – e vão também no sentido de apoiar as perspectivas transaccionais e ecológicas, que sustentam a multiplicidade de trajectórias possíveis nos percursos de desenvolvimento.

Considerando a prestação de cuidados ao bebé, os resultados indicam que as grávidas adolescentes antecipam vir a ser as principais cuidadoras do seu filho, e as mães adolescentes parecem efectivamente sê-lo (na grande maioria, afirmam ser as cuidadoras exclusivas do filho). A figura significativa mais vezes apontada como fonte de auxílio nas tarefas de prestação de cuidados é a avó materna, isto é, a mãe da adolescente com história de gravidez. Estes resultados diferem dos encontrados noutros estudos (e.g. Carvalho, 2007; Jongenelen, 2003), nos quais a maioria das mães adolescentes referia partilhar os cuidados com outras figuras do contexto familiar, considerando mesmo que as avós maternas tendiam a prestar mais cuidados ao bebé que elas próprias, sugerindo assim a capacidade percebida por parte significativa das mães adolescentes da amostra para assumir as exigências do desempenho do papel materno. Contudo, não deixam igualmente de sublinhar a importância do papel da avó materna na prestação de cuidados ao bebé, tal como o encontrado em numerosos estudos nesta área (Ávila, Maldonado, Saldarriaga, Veja, & Díaz, 2004; Beers & Hollo, 2009; Bunting & McAuley, 2004; Carvalho, 2007; Jongenelen, 2003; Silva & Salomão, 2003).

O pai do bebê não é mencionado pelo GADOL como figura cuidadora, o que corrobora o protagonismo assumido pelas figuras femininas da família na prestação de cuidados, também mencionado em estudos como os de Ávila et al. (2004) e Jongenelen (2003).

Adaptação individual e relacional na gravidez e após a transição para a maternidade

Uma gravidez na adolescência, particularmente se não planejada, pode ser vista como um acontecimento de vida não-normativo, implicando uma transição desenvolvimental que traz consigo exigências acrescidas em termos de adaptação. Porém, no nosso estudo, a ocorrência de gravidez e o nascimento de um filho na adolescência não parecem implicar perturbação emocional relevante nas participantes. No geral, estas jovens parecem mostrar uma boa adaptação na gravidez e após a transição para a maternidade, revelando alguns indicadores valores mais positivos do que os encontrados no GC.

Relativamente aos indicadores de adaptação individual, a maioria dos estudos que comparam o ajustamento emocional de adolescentes com e sem história de gravidez aponta para a inexistência de diferenças significativas entre ambos os grupos, apesar de aquelas denotarem valores tendencialmente menos favoráveis (cf. Sieger & Renk, 2007). Outros estudos apontam mesmo para a existência de níveis superiores de psicossintomatologia (depressão, ansiedade e hostilidade) nas adolescentes que engravidam e nas que se tornam mães, quando comparadas com outras jovens sem história de gravidez (Beers & Hollo, 2009; Black et al., 2002; Deal & Holt, 1998). Os nossos resultados, contudo, não se coadunam com estes, indo ao encontro dos mencionados por Pires (2009a): na presente amostra, o GADOL apresenta índices de sintomatologia depressiva significativamente inferiores aos do GC.

Verificamos também que ambos os grupos (GADOL e GC) apresentam, no geral, boa percepção da QdV, embora a ocorrência de gravidez exerça um efeito significativo e, segundo os resultados, positivo sobre essa percepção; estes dados vão no sentido dos descritos por Wrennick et al. (2005), mas divergem dos encontrados por Drescher et al. (2003).

Assim, estes resultados contribuem para a discrepância e falta de consenso patenteada na literatura que compara a adaptação de adolescentes com e sem história de gravidez, corroborando no entanto os encontrados nos estudos de Pereira (2001) e Pires (2009a), que apontam no sentido da

ausência de perturbação emocional nas jovens que engravidam. Para a compreensão destes dados, é imprescindível considerá-los integrados nos contextos em que ocorrem e sujeitos à interacção de factores de diversa ordem. Como tivemos oportunidade de anotar, para algumas adolescentes, a ocorrência de uma gravidez nesta fase do seu percurso desenvolvimental pode assumir-se como um projecto de vida (Canavarro & Pereira, 2001), particularmente se estiverem presentes aspectos como condições socioeconómicas desfavorecidas, insucesso escolar e desinteresse pelo prosseguir do percurso académico, ausência de projectos de vida alternativos e percepção de escassez de oportunidades pessoais e profissionais (Coley & Chase-Lansdale, 1998) – nestas condições, e conjugando-se com a idealização das relações amorosas típicas desta fase, a gravidez e a maternidade podem constituir para as adolescentes processos de ancoragem social, à semelhança do encontrado por Vilar e Gaspar (1999).

No que toca aos indicadores de adaptação relacional, ambos os grupos percebem positivamente a qualidade da relação com as figuras mais significativas da sua rede social, embora o GC se distinga pela classificação ainda mais favorável da qualidade da relação com ambos os progenitores e com o grupo de amigos; não existem diferenças quanto à percepção da qualidade da relação com o namorado. Também o apoio social proporcionado pela rede social é avaliado de modo muito positivo por ambos os grupos, sendo os níveis de satisfação mais elevados registados para a percepção do apoio proporcionado pelo namorado/companheiro – este cenário é congruente com o encontrado em numerosos estudos (e.g. Figueiredo et al., 2006; Furstenberg et al., 1986; Jongenelen, 2003; Pereira et al., 2003), apoiando a investigação empírica que salienta a importância do pai do bebé enquanto figura de apoio na gravidez e na maternidade na adolescência (Contreras, Mangelsdorf, Diener, & Rhodes, 1999; East & Felice, 1996; Figueiredo et al., 2006; Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004).

Globalmente, o GADOL tem uma percepção positiva ou muito positiva do apoio social recebido por parte dos pais, embora a satisfação seja maior com o prestado pela mãe. Igualmente positiva é a percepção do apoio prestado institucionalmente (escola, serviços e técnicos de saúde), com o GADOL a demonstrar, comparativamente ao GC, maior satisfação com o apoio social dos serviços e dos técnicos de saúde, o que pode ser resultado do contacto mais assíduo e frequente com estes serviços e da maior mobilização dos mesmos para o acompanhamento das grávidas e mães adolescentes.

Estes resultados são relevantes para a compreensão da adaptação no GADOL, já que os dados da investigação na área da parentalidade em geral, e da maternidade adolescente em particular, indicam que

a percepção de níveis elevados de apoio social aparece geralmente associada a melhores indicadores em termos de ajustamento emocional e conjugal e a um comportamento parental mais adequado (Cox et al., 2008; Moura Ramos, 2006; Pereira et al., 2005; Sieger & Renk, 2007; Soares & Jongenelen, 1998). Consideramos, porém, e na medida em que este trabalho se limita à avaliação da percepção da adolescente relativamente ao apoio social de que dispõe, que seria também importante estudar o apoio efectivamente recebido, bem como as diferentes dimensões de apoio prestadas por cada uma das figuras da rede social e o modo como essas dimensões se repercutem nos diversos níveis de funcionamento das adolescentes submetidas de forma assíncrona a múltiplas transições de papéis, influenciando as suas trajectórias ao nível individual, escolar/profissional e parental.

Entre as jovens com história de gravidez, particularmente as mães, a área escolhida por maior número de adolescentes como sendo fonte de satisfação foi a relacionada com o papel materno (a gravidez/o bebé). Imediatamente a seguir, surge como área gratificante a relação com o namorado/companheiro. Apenas 4.3% das grávidas e 4.8% das mães adolescentes indicam desejar não ter engravidado, o que é sinal de boa aceitação da gravidez e do nascimento do filho. Estes dados vão ao encontro dos de outros estudos que incidem sobre a identidade individual e social das mulheres portuguesas em várias regiões do país, que destacam a importância atribuída à relação conjugal, aos filhos e às tarefas domésticas enquanto domínios de gratificação (Cunha, 2005; Lalanda, 2003, 2005; Wall & Amâncio, 2007), particularmente entre as mulheres menos escolarizadas e profissionalmente não activas (Lalanda, 2004) – saliente-se, porém, que os mesmos estudos permitem concluir que, no caso das mulheres açorianas, as inquiridas que valorizam o contexto familiar e doméstico enquanto domínios primordiais de gratificação não são necessariamente as menos escolarizadas, possuindo geralmente a escolaridade obrigatória, mas optando por não exercer uma actividade profissional nos primeiros anos de vida conjugal e familiar, o que indicia valores culturais e processos de socialização que enaltecem a conjugalidade e a maternidade como dimensões de reconhecimento social.

Os resultados obtidos na avaliação da adaptação individual e relacional parecem apoiar as abordagens mais recentes, ancoradas nos modelos enquadrados pela Psicopatologia do Desenvolvimento, que desafiam a tradicional visão fatalista das trajectórias futuras das adolescentes que engravidam, apontando a diversidade de padrões possíveis, repletos de idiosincrasias resultantes dos múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida. Porém, é importante conhecer como evoluem esses

padrões e até que ponto os indicadores positivos encontrados permanecem, influenciando as trajetórias desenvolvimentais desta população no sentido da adaptação bem conseguida. Embora o desenho do nosso estudo não permita conclusões acerca da continuidade ou descontinuidade dos percursos individuais das jovens do GADOL, considerámos que o contraste das participantes, comparando as grávidas com as que já se tornaram mães, poderia fornecer algumas pistas para essa questão.

Apuramos que são as mães adolescentes as que revelam indicadores menos favoráveis, quer em termos de sintomatologia depressiva e QdV, quer em relação à satisfação com a qualidade das relações e a percepção de suporte recebido por parte da sua rede social. A percepção da qualidade da relação com o pai do bebé e os índices de satisfação com o apoio por ele proporcionado são também mais elevados nas grávidas do que nas mães – poderá, como já referimos ter sido encontrado noutros estudos, existir uma vivência exacerbadamente idealizada da relação amorosa por parte da adolescente que engravida (Canavarro & Pereira, 2001), existindo também evidências de que haja alguma deterioração na relação e no apoio percebido ao longo do tempo (Beers & Hollo, 2009). Uma das dificuldades que vários estudos associam à vivência da maternidade na adolescência é o facto de obrigar à gestão de um número acrescido de mudanças, para além daquelas que geralmente caracterizam a experiência de maternidade em qualquer idade (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001a, 2001b; Figueiredo et al., 2003); este pode ser um dos factores explicativos para o facto de a relação com o pai do bebé poder piorar consideravelmente durante a gestação e após o nascimento do filho.

Outros estudos (Figueiredo et al., 2006) demonstram que os relacionamentos amorosos das adolescentes com história de gravidez encerram várias fragilidades (relacionadas no todo ou em parte com a falta de tempo para que o casal forme e aprofunde a sua identidade e intimidade, antes do nascimento de filhos), que as tornam mais susceptíveis a uma ruptura a médio ou longo prazo. Esta será uma situação a acautelar, pois uma ruptura na relação amorosa/conjugal pode implicar a remoção da uma importante fonte de suporte percebida pela adolescente, colocando-a numa posição de maior vulnerabilidade e risco. É importante que estes aspectos sejam contemplados em investigações futuras, utilizando, para tal, um desenho longitudinal que explore a percepção do companheiro sobre a relação com a adolescente e o filho de ambos e que contribua para esclarecer o sentido das mudanças no relacionamento, ao longo das trajetórias de desenvolvimento de cada elemento do casal/família.

Entre as mães adolescentes, nenhuma indica os amigos como fonte de gratificação, o que indicará mudanças na rede social motivadas pelas exigências da maternidade. Outros estudos (Jongenelen, 2003; Lourenço, 1996; Passino et al., 1993, Soares et al., 2001) apontam que os pares estão geralmente pouco representados na rede social das adolescentes que engravidam, tendendo a vida relacional destas a centrar-se preferencialmente no contexto familiar, o que é corroborado pelos nossos resultados. O mencionado antagonismo de tarefas desenvolvimentais com que se confrontam as adolescentes com história de gravidez pode concorrer para explicar estes dados: a transição para a maternidade pode acarretar assincronia nas experiências vividas por estas jovens e pelo seu grupo de amigos, resultando possivelmente num mútuo afastamento, reforçado pelo frequente abandono escolar. Será importante explorar, em estudos futuros, a estrutura e a funcionalidade da rede social das adolescentes antes de engravidarem pois, embora tanto o GADOL_G como o GADOL_M considerem que a ocorrência de gravidez não exerceu impacto sobre a relação com os amigos, os dados obtidos não permitem esclarecer se o distanciamento do grupo de pares é anterior a esse evento (o que poderia indicar dificuldades no relacionamento interpessoal e conduzir a maior isolamento social, constituindo um factor de risco para a gravidez precoce, como indicado por Pereira et al. em 2005).

As experiências emocionais na gravidez e as expectativas referentes ao parto experienciadas pelo GADOL_G são influenciadas por diversas variáveis dos diferentes contextos considerados, nomeadamente características individuais (idade, acontecimentos de vida adversos, vulnerabilidade ao stress, situação profissional), indicadores de adaptação individual e relacional, aspectos relativos à história reprodutiva (reações iniciais e atitudes perante a gravidez da própria e de figuras significativas, por exemplo) e contexto relacional (composição do agregado familiar e qualidade da relação e satisfação com o apoio proporcionado pelo pai do bebé, para mencionar os mais relevantes). Também a experiência do papel materno se associa a diversas variáveis situadas em diferentes níveis dos contextos individual, familiar e relacional. O investimento materno na criança e a percepção de competência e realização maternas, por exemplo, parecem ser influenciados por aspectos como as habilitações escolares, o estilo de vida, os indicadores de adaptação individual, a percepção do impacto da gravidez em várias dimensões de vida, a percepção do suporte emocional proporcionado por ambos os progenitores na infância e a satisfação com o apoio social proporcionado pelo pai do bebé e pelos técnicos de saúde, entre outros. Estes dados do estudo acentuam claramente o carácter multideterminado da adaptação na gravidez e na

maternidade ocorridas na adolescência, tal como preconizado pelas perspectivas teóricas que o enquadram.

Os níveis de satisfação, competência e realização materna na interação com os filhos do GADOL_M são maioritariamente elevados e constituem um sinal de adaptação à vivência da maternidade. A dimensão relacional (mimar, falar com o bebé) e lúdica (brincar com o bebé) assume-se como a vertente mais satisfatória da maternidade, sendo a prestação de cuidados (dar de mamar, dar banho, mudar a fralda) a dimensão percebida como mais exigente. Se conjugarmos estes dados com os obtidos relativamente à formulação de projectos de vida (relacionais, académicos e profissionais), ao elenco de dificuldades, ao desejo de mudanças de vida e à avaliação das relações afectivas – que são mais concretos e/ou realistas do que os mencionados pelas grávidas – podemos pressupor que os processos inerentes à gravidez e à transição para a maternidade encerram um potencial de desenvolvimento e maturação pessoais que influenciam positivamente as perspectivas e prioridades das jovens adolescentes. Não obstante, tal não significa que sejam períodos isentos de risco, muito pelo contrário – é importante garantir, caso a gravidez ocorra e prossiga, que estas jovens dispõem de uma rede de recursos que possa constituir um elemento protector perante as exigências que terão de enfrentar, particularmente se estas forem agudizadas por carências económicas, sociais ou relacionais.

A exploração destes resultados, bem como a concretização dos objectivos inicialmente formulados para o estudo, poderia ser ampliada e enriquecida pela inclusão de outros grupos na investigação – além do já mencionado de adolescentes sem história de gravidez e em situação de saída precoce do sistema escolar, seria útil a comparação com um grupo de grávidas e mães adultas da mesma região geográfica, pois a diferença de idades, situando a gravidez e a transição para a maternidade em períodos socialmente tidos como normativos (a adultez) e não normativos (a adolescência), concorreria para a compreensão dos processos subjacentes às tomadas de decisão e dos indicadores de adaptação manifestados em diferentes fases do ciclo de vida.

Sintetizando, os resultados acerca da adaptação individual e relacional das adolescentes com história de gravidez parecem, de modo geral, indicar a existência de factores que representam contextos de vulnerabilidade e de protecção; constatamos que a adaptação na gravidez e após a transição para a maternidade é determinada por múltiplos factores, provenientes de diferentes contextos de vida

(individual, reprodutivo, familiar, relacional), o que é coerente com a perspectiva ecológica do desenvolvimento adoptada.

Indo ao encontro de estudos que apontam os contextos relacionais como os principais factores para uma boa adaptação, quer à gravidez, quer à maternidade (Glazier et al., 2004; Priel & Besser, 2002), os resultados indicam que são as variáveis do contexto relacional, quer as ligadas à estrutura e ao funcionamento familiar, quer as que caracterizam a qualidade das relações e o apoio recebido por parte de figuras significativas da rede social, que assumem papel predominante na explicação dos padrões encontrados. Os progenitores da adolescente que engravida, bem como o pai do bebé, surgem como figuras relevantes nos modelos explicativos da adaptação nas jovens na gravidez. De entre as variáveis associadas ao contexto reprodutivo, assumem particular significância as que dizem respeito à avaliação idiossincrática que a adolescente faz acerca do impacto exercido pela gravidez nas suas diferentes áreas de funcionamento. Embora se notem algumas distinções nos factores explicativos encontrados para compreender a adaptação das adolescentes com história de gravidez após a transição para a maternidade, nomeadamente a maior frequência com que a qualidade da relação e o apoio proporcionado pelo companheiro surgem como preditores significativos dos indicadores seleccionados na situação de maternidade, existem pontos em comum, em particular a indicada predominância de variáveis dos contextos familiar e relacional nos modelos explicativos.

Gravidez e maternidade adolescente na Região Autónoma dos Açores: Aspectos distintivos e especificidades

Os padrões de associação entre variáveis até aqui descritos, que sintetizam os principais resultados encontrados neste estudo, não se distinguem particularmente dos encontrados noutros trabalhos, corroborando os dados de estudos nacionais e internacionais que foram sendo citados. No entanto, este é um indicador limitado, uma vez que os estudos que fomos mencionando ao longo do trabalho distinguem-se do presente em termos quer de metodologia, quer do protocolo de avaliação utilizado. Os presentes resultados contribuem para ilustrar a heterogeneidade e a diversidade dos contextos passíveis de constituir risco ou protecção para a ocorrência de gravidez na adolescência e para a adaptação face a esta, devendo estes processos ser encarados como resultantes dos múltiplos níveis de

transacção dinâmica entre as várias ecologias de vida da jovem e, conseqüentemente, da interacção entre factores de diversa ordem.

Tentaremos, neste ponto, salientar os factores diferenciadores encontrados na amostra deste estudo, que provavelmente concorrem para ajudar a explicar a incidência de gravidez precoce e os padrões de adaptação face a esta que encontramos na Região Autónoma dos Açores. Porém, notamos que, para o esclarecimento mais aprofundado dessas idiosincrasias, necessitaríamos de dispor de dados comparativos com a restante realidade nacional, no geral, e com a das várias regiões que terão, elas próprias, especificidades a esclarecer.

As jovens açorianas que engravidam apresentam, de uma forma geral, uma percepção positiva acerca do impacto que a gravidez pode vir a ter em diferentes áreas da sua vida - existem algumas dimensões que as adolescentes acreditam maioritariamente que não serão afectadas pela gravidez, nomeadamente no que toca à escola, ao relacionamento com os amigos, ao tempo disponível para si próprias, ao estado emocional, à situação financeira e ao relacionamento com a família, e existem ainda áreas que as jovens acreditam que serão muito beneficiadas com a gravidez (por exemplo, a adopção de hábitos de vida saudáveis e a relação com o companheiro). A única área de vida em que a maioria das jovens acredita que o impacto da gravidez será negativo é a que se liga às modificações corporais trazidas pela gravidez. Esta perspectiva distingue-se significativamente da manifestada pelas adolescentes do GC, que encaram a gravidez precoce como tendo um potencial impacto negativo ou muito negativo nas diferentes dimensões de vida. Ou seja, é nítida nas jovens com história de gravidez uma vivência idealizada da vida conjugal e da maternidade que, como anteriormente explorámos, provavelmente influenciará, em conjugação com outros factores, tomadas de decisão que conduzem a um maior risco de gravidez precoce.

Verificamos também que a duração e o tipo de relação que as jovens com história de gravidez estabelecem com os companheiros é geralmente exclusiva, estável e duradoura e as situações de coabitação conjugal são estabelecidas precocemente, sendo frequentemente prévias à ocorrência da gestação. Apesar de não existirem diferenças relativamente à idade de início da vida sexual, a idade média das grávidas adolescentes (17 anos) é ligeiramente superior à que encontramos em vários estudos realizados no Continente (Pereira, 2001; Pires, 2009a), onde a média se aproxima mais dos 16 anos, o que vai no sentido de enquadrar a gravidez precoce num projecto de conjugalidade e maternidade, que pode

maioritariamente não ser planeado ou desejado, mas que parece ser aceite sem que se registem níveis elevados de depressão, ansiedade ou ambivalência.

Os níveis de aceitação da gravidez por parte das famílias e do pai do bebé, que é no geral imediata e muito positiva, parecem traduzir uma situação socialmente consentida e que, no meio de vida da adolescente, não acarreta estigmatização ou recriminação, sendo encarada com naturalidade – a maternidade, mesmo precoce, surge como um projecto de vida aceitável e mesmo desejável para muitas destas jovens que, na sua maioria, quando questionadas, revelam grande indefinição quanto a outros projectos que passem sobretudo pela sua realização individual. A não valorização do percurso académico e a taxa de abandono escolar são exemplos particularmente preocupantes.

Os modelos familiares, quer em termos de percurso escolar, quer no que diz respeito aos papéis femininos valorizados, serão certamente uma influência perene no desenvolvimento destas jovens e na formação das suas expectativas e valores. Ora, já mencionámos que as habilitações académicas dos pais, e das mães em particular, são bastante baixas. A este dado junta-se um outro: apenas 36% de mães das adolescentes com história de gravidez se encontram profissionalmente activas. Este valor assume particular significado se o contrastarmos com a taxa de actividade das mulheres que, segundo dados do INE (2009b), foi, no terceiro trimestre de 2008, de 48% em Portugal e de 39.6% na Região Autónoma dos Açores, ou seja, parece existir nesta região uma maior orientação feminina para outros contextos que não o profissional.

Para uma leitura mais abrangente e compreensiva dos resultados do estudo, necessitamos de os enquadrar nalguns contextos que os envolvem e implicam. Atentemos, pois, nas estatísticas dos indicadores sociais nacionais e regionais que, à falta de estudos comparativos com outros grupos da população nacional, nos podem ajudar a compreender o ambiente sociocultural em que estas jovens e as suas famílias se desenvolvem e relacionam.

Consideremos, desde logo, o número de casamentos e a taxa de nupcialidade – embora os Açores acompanhem a tendência nacional de diminuição do número de casamentos, a taxa bruta de nupcialidade em 2008 situou-se nos 5.5‰, sendo a mais elevada do país (no Continente, situou-se nos 4.1‰). Do total de casamentos realizados, cerca de 61.8% realizaram-se segundo o rito católico (de

acordo com dados da Diocese dos Açores), sendo 44.4 a percentagem verificada no Continente (INE, 2009a).

Em 2008, uma vez mais segundo dados do INE (2009a), a idade média na altura do primeiro casamento, nos Açores, foi 24.9 para as mulheres e 27.5 para os homens sendo, em ambos os casos, inferior em aproximadamente 3 anos à registada a nível nacional. Também a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é, nesta Região Autónoma, a mais baixa do país (26.3, contra 28.4 em Portugal). A proporção de núcleos familiares com filhos, calculada com periodicidade decenal, é, segundo os dados do Censur 2001 (INE, 2002), também superior nos Açores (72.01%, sendo de 64.7% em Portugal) – e a diferença torna-se mais visível se considerarmos a proporção de núcleos familiares com 3 ou mais filhos, que é de 6.5% no Continente e de 16.7% nos Açores.

Em suma, parece existir todo um contexto sociocultural que leva a que o papel materno e a conjugalidade e a maternidade, enquanto meios de valorização e afirmação femininas, sejam prevalentes nestas jovens. Os modelos socioculturais e familiares, as condições socioeconómicas adversas e o abandono escolar (que limita a descoberta de interesses e competências pessoais e diminui a diversidade de projectos alternativos de vida) são factores que concorrerão para maximizar as probabilidades de ocorrência de gravidez precoce em situações de risco. Simultaneamente, constituem um enquadramento validante e protector no que concerne à aceitação da gravidez e ao apoio prestado às jovens mães por parte da rede social próxima – o que, sendo relevante do ponto de vista da adaptação da adolescente ao seu novo e exigente papel (que parece ser adequada, pelo menos no período temporal abrangido pelo estudo), pode também contribuir para criar um contexto favorável à conjugalidade e à maternidade precoces, limitando-lhe assim as oportunidades de crescimento pessoal e autonomização.

A adaptação da adolescente ao papel materno e a construção de um projecto de vida gratificante e adequado, que inclua as suas necessidades e aspirações, mas também as do(s) seu(s) filho(s), é um processo dinâmico. Ora, uma vez que as exigências sentidas e os acontecimentos indutores de stress vivenciados têm um efeito cumulativo que pode vir a revelar potencial disruptivo ao longo do tempo, é muito importante que o acompanhamento destas jovens e das suas famílias seja próximo e prolongado, ao longo dos primeiros anos após o nascimento. As variáveis mencionadas exaustivamente ao longo da apresentação dos resultados (cf. Capítulo 5), desde que enquadradas nos diferentes contextos em que interactivam, permitem explicar, em larga escala, dimensões da adaptação individual (como o bem-estar

emocional, as atitudes perante a gravidez e o investimento que a jovem faz no papel materno) e dimensões da adaptação relacional (como a percepção da qualidade das relações com as figuras significativas e a satisfação com o apoio social por elas proporcionado). Conhecê-las e avaliá-las significa a possibilidade de detectar vulnerabilidades e situações de risco, intervindo para as minimizar ou eliminar.

6.2. Implicações do estudo para a prevenção e intervenção junto das grávidas e mães adolescentes

Este estudo, ao abordar extensamente o fenómeno da gravidez e maternidade adolescente nos Açores, pretende contribuir para um conhecimento mais vasto e preciso desta realidade e dos seus contextos de vulnerabilidade e protecção. A área de especialização em que decorre, bem como os seus objectivos, situam-no num plano em que a intervenção psicológica, preferencialmente enquadrada no âmbito de equipas multidisciplinares, é uma dimensão decisiva, pelo que importa agora considerar as implicações práticas dos resultados obtidos, considerando as perspectivas teóricas nos quais estes se inserem (focando sobretudo o âmbito da prevenção e da intervenção psicológica, num momento particular do percurso de vida das adolescentes que engravidam e das suas famílias).

Antes de reflectirmos sobre as implicações directas dos resultados para a intervenção preventiva com esta população, nomeadamente na realidade específica das ecologias interactuantes na Região Autónoma dos Açores, vamos deter-nos sinteticamente nas implicações decorrentes dos modelos teóricos subjacentes à conceptualização deste estudo e à leitura dos seus resultados. Em particular, no modo como estes modelos influenciam as estratégias interventivas dirigidas à prevenção da gravidez na adolescência ou à minimização dos riscos e vulnerabilidades e à mobilização dos factores de protecção potencialmente implicados nos desafios trazidos pela maternidade nesta fase do ciclo de vida.

Dado o carácter multifacetado e multideterminado dos processos implicados na ocorrência e adaptação perante a gravidez e maternidade adolescentes, impõe-se a necessidade de intervir a diversos níveis, em diversos momentos e com diferentes objectivos, evidenciando-se a pertinência da abordagem defendida por Cummings et al. (2000).

Não é recente o reconhecimento da necessidade de prevenção deste fenómeno, que sobretudo nas últimas quatro décadas vem sendo tratada nas revisões teóricas e trabalhos empíricos que versam sobre as condições de risco e os antecedentes da gravidez na adolescência (Furstenberg, 1976; Furstenberg, et al., 1987; WHO, 1975). Por outro lado, a tendência actual da investigação sobre o tema tem demonstrado não só a importância de intervenções a nível da prevenção primária – que visam diminuir os factores e processos que podem criar vulnerabilidades para a gravidez precoce e amplificar os processos protectores que tornam as jovens mais resilientes às situações de risco em que crescem – mas também a necessidade de intervir em caso de continuação da gravidez, de forma a promover trajectórias de vida mais adaptativas para estas jovens e para os seus filhos e para, assim, interromper os ciclos de pobreza e risco em que se encontram estas famílias (Hardy & Zabin, 1991). Este segundo tipo de intervenção pode tomar a forma de prevenção secundária ou terciária, ou seja, trata-se de intervir junto da jovem grávida/mãe, visando prevenir os problemas associados à gravidez adolescente e minimizar o seu impacto negativo na vida da jovem e do seu filho (Pereira, 2001).

Para implementar uma intervenção que se pretende preventiva, é necessário conhecer os factores de risco e protecção para a gravidez na adolescência, de forma a identificar sujeitos em risco e estreitar o campo de acção destes programas, aumentando a sua eficácia (Figueiredo, 2001). Mais que isso, é importante conhecer os valores culturais e o que é socialmente valorizado no ambiente destas jovens, tendo sempre como objectivo último promover a tomada das melhores decisões para si e para as suas famílias, de acordo com os seus padrões culturais e valores individuais e familiares (Eshbaugh, 2006). Por outro lado, quando a gravidez já é um facto consumado, é necessário identificar precocemente as grávidas e mães em risco de inadaptação, no sentido de as integrar em acções que são, elas também, preventivas de futuros danos (Figueiredo, 2001).

Prevenção primária e secundária: Intervenção para a prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência

Num nível de prevenção primário, vários autores (para uma revisão, cf. Kirby et al., 2009) consideram importante começar a intervenção antes de os adolescentes serem sexualmente activos. Além de alguns estudos (para uma revisão, cf. Justo, 2000) sustentarem a maior eficácia da intervenção, o seu

início nessa fase é também necessário dada a possibilidade de a gravidez ocorrer no início da actividade sexual dos jovens e dadas as falhas que estes demonstram no conhecimento sobre sexualidade e reprodução humana, ou na sua aplicação, o que confere à educação sexual um papel prioritário no âmbito preventivo.

Segundo Pereira (2001), a importância da educação sexual prende-se com o papel das escolas na promoção da saúde ao longo da vida. Assim, deve não só ser iniciada precocemente – desde o primeiro ciclo – de forma a englobar os jovens de risco (que mais cedo abandonam a escola), como ter continuidade ao longo dos diferentes períodos desenvolvimentais, adaptando-se às necessidades de cada uma dessas etapas. Espera-se, então, que a educação sexual integrada na educação para a saúde promova o desenvolvimento de comportamentos responsáveis e saudáveis face à sexualidade, uma vez que, segundo Kirby (2007) e Kirby et al. (2009), entre adolescentes de alto risco, serviços abrangentes orientados para a saúde parecem ser dos mais promissores na tentativa de diminuir as taxas de gravidez na adolescência. No contexto norte-americano, um dos programas mais estruturados e divulgados neste sentido foi o Johns Hopkins Pregnancy Prevention Program (Hardy & Zabin, 1991), que incorporava serviços abrangentes de cuidado médico e contracepção, serviços sociais e educação parental. Este programa, avaliado como um dos mais bem-sucedidos nos Estados Unidos (Hardy & Zabin, 1991; Zabin, Hirsch, Smith, Streett, & Hardy, 1986), demonstrou contribuir para adiar a iniciação sexual, incrementar o uso de contraceptivos, reduzir a frequência das actividades sexuais e reduzir as taxas de gravidez na adolescência.

No Reino Unido, a estratégia nacional implementada para combater as elevadas taxas de gravidez na adolescência, de carácter multidisciplinar e dirigida a múltiplos contextos de vida e níveis de funcionamento dos jovens (Social Exclusion Unit, 1999) apresentava, até 2006, indicadores da sua eficácia, como demonstram Wilkinson e colaboradores (2006), ao concluírem que o número de concepções na adolescência diminuiu desde a implementação da estratégia nacional, em 1999, e que esta diminuição foi mais acentuada nas zonas mais desfavorecidas, rurais, com níveis educacionais mais baixos e onde foi mais intensa a aplicação de medidas. Este programa nacional britânico foi implementado com o objectivo de reduzir para metade o número de gravidezes adolescentes até 2010, abrangendo, para isso, diferentes componentes (Irvine, 2008; Wilkinson et al., 2006). O primeiro desses componentes diz respeito a campanhas de sensibilização nos média, a nível nacional, orientadas para a publicação de materiais em

revistas para jovens e nas rádios locais, com mensagens-chave incentivando os adolescentes a resistir à pressão dos pares para a iniciação precoce da actividade sexual e a usar métodos contraceptivos se forem sexualmente activos, aconselhando-os sobre o sexo e os relacionamentos e alertando-os para a disponibilidade e confidencialidade do acesso a contraceptivos. O segundo componente passa por promover uma acção conjunta para garantir a coordenação local e nacional em termos das instituições educativas, de saúde e de segurança social públicas e privadas. O terceiro componente desta estratégia diz respeito a uma maior prevenção, através do incremento da educação sexual e afectiva e do acesso aos serviços de saúde. Por fim, o quarto componente passa por apoiar os pais adolescentes, de modo a aumentar o número de regressos à escola e a promover a formação e o emprego. Esta campanha é apoiada por serviços como uma linha telefónica, que disponibiliza informação detalhada aos adolescentes, incluindo pormenores sobre os serviços locais, e um website de apoio (Wilkinson et al., 2006). O quarto componente desta estratégia nacional britânica diz respeito, como vimos, a um outro tipo de intervenção, dirigida já às grávidas/mães adolescentes e, portanto, já não constitui prevenção primária. Apesar de se verificarem alguns resultados, os objectivos estabelecidos parecem estar a falhar, uma vez que se verificou um aumento de 2 por cento das gestações em adolescentes, entre 2006 e 2007 (Irvine, 2008).

No contexto espanhol, a Federación de Planificación Familiar tem levado a cabo diversos esforços de âmbito preventivo no campo da gravidez na adolescência. Os Centros Jovens de Sexualidade e Contracepção, sua iniciativa, visam, a partir de uma perspectiva interdisciplinar de apoio individual e formações em grupo, promover atitudes positivas na população adolescente que potenciem hábitos de saúde sexual adequados, sendo um dos seus objectivos prevenir gravidezes não planeadas ou não desejadas (González, 2001). Para tal, estabelecem objectivos mais específicos, que passam essencialmente pelo aumento da informação sobre saúde sexual e contracepção disponibilizada a esta população, bem como pela facilitação do seu acesso a métodos contraceptivos (Fernandéz, 2001, 2003).

Na realidade portuguesa, embora ainda encontremos poucas publicações que realizem um trabalho sistemático de revisão e avaliação dos programas e medidas implementados nesta área, podemos mencionar iniciativas levados a cabo por algumas entidades, como é o caso da Associação para o Planeamento da Família (APF) e do Projecto Mais Vale Prevenir.

A APF, pioneira em Portugal na promoção do planeamento familiar, disponibiliza um conjunto de serviços, que vão desde formação qualificada e disponibilização de informação especializada e

publicações científicas para diversos técnicos e profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, professores, animadores comunitários, formação interpares, técnicos, voluntários e formadores da APF), até à prestação de serviços à população jovem e adulta, através de linhas telefónicas de ajuda, espaços de atendimento a jovens e intervenção comunitária.

Muitos destes espaços de atendimento a jovens funcionam em parceria com os serviços de saúde, possuindo equipas de técnicos e profissionais devidamente qualificados que prestam aos jovens orientação diversa, aconselhamento e encaminhamento para consultas, para além da distribuição de material informativo diverso e de preservativos. Estes centros são ainda espaços privilegiados de encontro e partilha: para além de gratuitos, garantem total confidencialidade e anonimato, proporcionando aos jovens segurança para expressar e partilhar as suas dúvidas, receios e problemas que tenham no âmbito da sexualidade. Tendo a APF um campo de intervenção visivelmente amplo, abrange também dimensões importantes para a prevenção da gravidez e maternidade na adolescência, como a educação sexual ou o apoio à realização de projectos de investigação aplicada, como é o caso do Projecto Mamãs de Palmo e Meio (Roque, 2003, 2005), que engloba não só uma componente preventiva da gravidez nesta fase do ciclo de vida, pela prestação de informação e apoio a jovens, como uma componente de intervenção psicoeducativa em caso gravidez e maternidade na adolescência (Carpinteiro, 2004).

O projecto Mais Vale Prevenir é outra das iniciativas a mencionar nos esforços nacionais realizados neste âmbito. Resultante de um protocolo entre a Maternidade Alfredo da Costa e a Fundação Calouste Gulbenkian, foi concretizado por uma equipa multidisciplinar coordenada por Daniel Sampaio e Maria José Alves, passando os seus objectivos por prevenir gravidezes junto da população mais jovem (prevenção primária), bem como por apoiar e auxiliar as adolescentes que decidam ser mães, através da promoção de estruturas de suporte e ajudando as jovens no seu projecto de vida. Actuando nas vertentes de prevenção primária e secundária/terciária, este projecto teve como principais componentes consultas pós-parto, consultas de referência para jovens com diagnóstico de aborto ou grave risco de gravidez precoce, aconselhamento contraceptivo, acompanhamento psicossocial, aconselhamento e acompanhamento nutricional, apoio material, sessões de grupo para adolescentes sobre temas relacionados com a sexualidade e sessões de grupo dirigidas a técnicos de instituições que trabalham com adolescentes. Do projecto, que acompanhou 330 adolescentes e fez 160 intervenções familiares em três

anos, resultou um manual de boas práticas para a prevenção e o acompanhamento clínico e social da gravidez na adolescência (Mais Vale Prevenir, 2008).

Em suma, em termos de prevenção primária, os programas existentes visam essencialmente promover decisões reprodutivas responsáveis e saudáveis e prevenir uma gravidez não planeada. Segundo Kirby et al. (2009), estes programas pretendem habitualmente promover conhecimento acerca da reprodução e da sexualidade humana e meios de acesso a contraceptivos, ensinar valores, promover a aquisição de competências de tomada de decisão e competências sociais e incrementar outras opções de vida, sendo, no geral, mais eficazes quando conjugam várias destas dimensões. Pereira (2001) ressalva, neste sentido, que uma educação sexual que possibilite o auto-conhecimento e o conhecimento dos outros e de si nas relações, ajuda as jovens a tomar decisões livres e responsáveis. No mesmo sentido vai Justo (2000), ao concluir, a partir da revisão de alguns programas e dos seus resultados, que um dos aspectos pertinentes na prevenção da gravidez na adolescência é a participação em oportunidades de relacionamento social, pelo carácter potenciador do desenvolvimento psicológico saudável, organizador das atitudes de relacionamento social e estimulador do amadurecimento da personalidade que tais oportunidades exibem.

Segundo Lourenço (1996), tratando-se de um fenómeno complexo, a variedade de processos desenvolvimentais que pode conduzir a uma gravidez na adolescência faz com que a prevenção global se deva basear nos contextos de risco e não apenas no indivíduo. Desta forma, a escola é não só palco de intervenções no âmbito de programas de prevenção dirigidos aos adolescentes, como ela própria constitui um contexto de intervenção, pelas características protectoras ou de risco que pode assumir, e pelo impacto que tem no desenvolvimento integral dos jovens e na atenuação das desigualdades sociais.

Não existe, no entanto, um modelo único de educação sexual eficaz, podendo esta integrar uma variedade de meios. O quadro legislativo da educação sexual em Portugal é ainda recente – a lei que actualmente estabelece o regime de aplicação da educação em meio escolar (Lei nº60/2009, de 6 de Agosto) entrou em vigor no início do presente ano lectivo (2009/2010), existindo todo um caminho a percorrer na consciencialização da sua importância por parte das diferentes comunidades educativas, na formação de professores, na criação de recursos humanos e materiais para a sua concretização e na avaliação da sua eficácia em áreas como a diminuição da incidência e prevalência de IST ou a prevenção de gravidezes não desejadas, particularmente na adolescência. A avaliação da experiência acumulada em

países que há vários anos desenvolvem programas neste âmbito permite concluir que existem características em comum entre os currículos de educação sexual mais eficazes no adiamento do início da actividade sexual, no aumento da utilização de contraceptivos e na diminuição dos comportamentos de risco: integração de actividades de role-play ou discussão com os pares (de modo a fornecerem informação de forma personalizada), desenvolvimento de competências de tomada de decisão e de negociação e reforço dos valores individuais e das normas de grupo (Kirby, 1997, 2001, 2002; Kirby & Ryan, 2004; Kirby et al., 2009; Pereira, 2001; WHO, 2002, 2007).

Justo (2000) recorda que uma alternativa interessante é a possibilidade de as instituições de saúde se deslocarem às escolas e nelas organizarem plataformas de intervenção (Coyle et al., 2001). Refere, neste sentido, que o programa de ligação entre os serviços de saúde reprodutiva e a escola, promovido pela Johns Hopkins School of Medicine (Hardy & Zabin, 1991), é um bom exemplo desta abordagem, que apresenta bons resultados no adiamento da iniciação sexual, na maior procura dos serviços de controlo de natalidade pelas adolescentes e na redução de gravidezes nesse grupo (Hardy & Zabin, 1991).

No que respeita ao contexto familiar, Pereira (2001) refere que a família dos adolescentes, além de exercer uma influência indirecta na vida sexual dos jovens – através da transmissão de normas, valores e expectativas acerca da sexualidade – pode também exercer uma influência directa. Por outro lado, sendo que a gravidez na adolescência ocorre mais facilmente nas famílias com dificuldades de organização relacional, e se estas famílias se centram nos meios psicossociais mais degradados, a intervenção preventiva deveria ter esses contextos como alvo prioritário (Justo, 2000).

Lederman, Chan e Roberts-Gray (2008) referem que a investigação tem demonstrado que intervenções envolvendo pais e filhos podem ter efeitos positivos no conhecimento e nas atitudes dos filhos acerca do comportamento sexual, tais como o incremento da comunicação entre estes. Assim, segundo estes autores, uma estratégia-chave para aumentar o poder dos pais e incrementar interacções familiares positivas para reduzir o risco de gravidez adolescente e a transmissão de IST passa por envolver pais e filhos em programas educacionais. No entanto, investigadores e profissionais de saúde têm concluído que a eficácia de tais programas na redução da gravidez na adolescência e das IST não parece estar no facto de ter pais e adolescentes juntos, mas sim na promoção de interacções em actividades estruturadas e planeadas, em que pais e adolescentes falem e aprendam uns com os outros durante as

sessões dos programas educativos de prevenção (Lederman et al., 2008). Estes autores referem que as abordagens sociais interactivas de implementação curricular guiadas com pequenos grupos de díades pais-filhos se constituem como uma opção promissora para ajudar a construir auto-controlo e controlo social sobre o comportamento dos adolescentes, de forma a reduzir os riscos de gravidez na adolescência e de IST.

Gordon (1996) põe, neste sentido, a ênfase da intervenção preventiva da gravidez na adolescência numa teoria de acção abrangente sobre as várias dimensões que podem influenciar a tomada de decisão das adolescentes, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo, factores psicológicos e sociais e, talvez o mais importante, as influências culturais e sociais, o que vai ao encontro do por nós descrito sobre os vários níveis em que se circunscrevem os factores de risco e as condições associadas à gravidez na adolescência. Em termos de implicações políticas, Vicent, Drane, Joshi, Shankarnarayan e Nimmons (2004) indicam algumas opções importantes a considerar pelas comunidades que estejam interessadas em prevenir gravidezes adolescentes, que passam por aceitar e reconhecer a sua responsabilidade na resolução deste complexo problema sociocultural, pela assunção de um compromisso público por parte das autoridades oficiais, dos líderes comunitários e, especialmente, das escolas para prevenir este problema, e ainda pela aceitação de que soluções efectivas requerem múltiplas intervenções direccionadas para as crianças, adolescentes, pais, professores, líderes comunitários, profissionais de saúde, empregadores e outros, e não apenas para os adolescentes.

Como podemos deduzir desta revisão sumária, não existem medidas simples para um problema tão complexo e que envolve tantos factores, sendo as abordagens mais complexas e abrangentes, ancoradas nas perspectivas transaccionais e desenvolvimentais, as susceptíveis de produzir maior impacto, num esforço concertado de toda a sociedade para a resolução desta realidade problemática. Assim, concordamos com Pereira (2001), ao concluir que uma verdadeira prevenção de índole primária deve seguir uma lógica sistémica (e sistemática), agindo nos diferentes contextos de vulnerabilidade para o risco que se pretende atenuar.

Prevenção secundária e terciária: Intervenção após a ocorrência de gravidez e maternidade na adolescência

Nas situações em que a gravidez ocorre e a adolescente se decide pela sua continuidade (o que, de acordo com as estatísticas disponíveis para a IVG em 2007 e 2008, revistas no Capítulo 2, e com os resultados da amostra deste estudo, ocorre provavelmente na maioria das situações), a intervenção junto da grávida/mãe adolescente deve ter múltiplos objectivos, dados os diversos aspectos que podem contribuir de forma positiva ou negativa para a sua adaptação à gravidez e à transição para a maternidade, e que tivemos anteriormente oportunidade de explorar e discutir. No que respeita às necessidades destas jovens (WHO, 2007), os objectivos de uma intervenção desta índole devem passar por prevenir a repetição da gravidez precoce, diminuir a probabilidade de ocorrência de problemas clínicos na gravidez e no parto, promover o ajustamento individual e relacional da jovem na gravidez, preparar a transição para a maternidade, facilitar a sua futura integração escolar e/ou profissional e fortalecer as suas redes de apoio social.

Neste sentido, a criação e generalização de consultas específicas para adolescentes nos serviços de saúde, como as já existentes em muitos dos hospitais distritais e mesmo centros de saúde do nosso país, é um aspecto essencial, uma vez que as especificidades deste grupo – nomeadamente em termos de adesão e assiduidade aos serviços, cuidados durante a gravidez e necessidades desenvolvimentais – exigem uma concertação de diferentes serviços e meios, integrados em equipas multidisciplinares (Obstetrícia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, com recurso a outras valências quando se justifique) com preocupações específicas e conhecimentos válidos sobre aspectos particulares do período desenvolvimental que é a adolescência, sobre a dinâmica e os factores associados à gravidez na adolescência e, ainda, sobre as especificidades culturais dos diferentes grupos culturais e étnicos (Justo, 2000; Pereira, 2001). A este respeito, Logsdon, Hertweck, Ziegler e Pinto-Foltz (2008) concluem, no seu estudo, que os profissionais de saúde deveriam ser sensibilizados para a necessidade de fomentar sentimentos de auto-estima e auto-eficácia em adolescentes no período pós-parto e que, por outro lado, o rastreio de perturbação emocional e dificuldades de adaptação relacional neste momento do percurso de vida deveria ser considerado uma rotina nos contextos de cuidados de saúde. Milan e colaboradores (2004) chamam a atenção para a prioridade de proporcionar a estas jovens serviços de saúde mental, sublinhando a importância da componente interpessoal destas intervenções. Assim, um modelo a ter em

conta no âmbito de uma intervenção deste tipo é o projecto Mais Vale Prevenir (2008), cujas principais componentes já referimos anteriormente, ou a organização da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos HUC, organizada desde 1997 de acordo com as orientações aqui mencionadas.

A intervenção psicossocial, coordenada com a de outros profissionais de saúde, é fundamental na gravidez e maternidade na adolescência, pelo seu papel tanto na promoção da saúde mental das jovens no momento da gravidez, como a longo prazo, pela promoção da sua integração social (Pereira, 2001). Apoiar as jovens mães no seu regresso à escola e na obtenção de formação profissional que lhes proporcione alternativas de vida é um aspecto essencial para promover a sua integração social e interromper os ciclos de pobreza e desvantagem social. A escola tem, neste âmbito e uma vez mais, um papel de destaque enquanto contexto de intervenção privilegiado. Mangino (2008) refere que, no contexto americano, em que a gravidez e maternidade adolescentes surgem como causa relevante para a decisão de abandono da escolaridade, a investigação tem mostrado a necessidade de munir as escolas de programas qualificados para jovens pais cujos objectivos são, no essencial, manter os alunos na escola até à obtenção de alguma qualificação e, simultaneamente, prepará-los para o seu papel de pais.

Os resultados dos estudos nacionais, mencionados ao longo deste trabalho, divergem dos anteriores por indicarem um desinteresse pelo percurso escolar que frequentemente antecede e, possivelmente, em parte determina, a ocorrência de gravidez na adolescência. Nesta linha, há que ter ainda em conta a importância de suportar os objectivos e as aspirações de vida destas jovens, e não só de lhes proporcionar oportunidades de regresso à escola. Apesar de ser um aspecto pouco valorizado na maioria dos programas de apoio formal às jovens grávidas e mães, este deve ser tido em conta, segundo Camarena e colaboradores (1998), uma vez que a reorganização dos objectivos e das aspirações de vida é um ponto central nas adolescentes que se vêem perante uma gravidez, reorganização para a qual nem sempre estão preparadas ou têm capacidade de elaborar, nomeadamente devido às características desenvolvimentais do seu pensamento.

Também a constituição de grupos educacionais e de suporte para jovens grávidas é um aspecto da intervenção que merece alguma atenção (Figueiredo, 2001; Justo, 2000; Pereira, 2001). Sherman e Donovan (1991), por exemplo, chamam a atenção para a necessidade de estas intervenções contribuírem para a diminuição do isolamento social das mães adolescentes. Também Sieger e Renk (2007) consideram

que intervenções tendo por alvo o suporte social a estas jovens podem ser úteis na promoção do bom funcionamento, delas e dos seus filhos.

Tendo em conta a literatura sobre o tema, Figueiredo (2001) salienta a existência de objectivos principais para o trabalho com mães adolescentes, que facilmente compreendemos pelo que foi exposto até aqui, e que passam por garantir as oportunidades educativas e ocupacionais da mãe, fornecer suporte social à mãe, desenvolver as atitudes e as competências parentais dos pais e promover a interacção mãe-bebé. Segundo Coley e Chase-Lansdale (1998), verifica-se a necessidade de que os programas para os filhos de mães adolescentes vão além da infância e da idade pré-escolar. A este nível, Justo (2000) acrescenta que é de sobremaneira preocupante o facto de muitos destes programas de intervenção terminarem aproximadamente no primeiro ano de vida dos bebés. Kirby et al. (2009) referem ainda a pertinência de programas mais direccionados para as necessidades desenvolvimentais dos participantes, capazes de intervir em múltiplos aspectos ao mesmo tempo e de integrar os sistemas familiares. Seria também importante, segundo Pereira (2001), a existência de centros de acompanhamento a nível da comunidade, articulados pelas mesmas políticas de acção abrangentes, que pudessem dar continuidade ao trabalho realizado nas maternidades e que, estando mais próximos das jovens, oferecessem um serviço mais integrado e personalizado. Isto requer uma articulação entre os vários serviços de apoio e entre instituições de índole pública, privada e voluntária, numa acção concertada ao nível do poder político.

Na prevenção da gravidez e dos riscos da maternidade adolescentes não é de esperar que medidas isoladas, ou mesmo programas globais especificamente delineados, revelem resultados rápidos – a mudança efectiva exige empenho e compromissos longos, coordenação de serviços, instituições e esforços legislativos, bem como critérios claros dos objectivos a atingir e dos mecanismos para avaliar o progresso das medidas implementadas. Essa avaliação e monitorização contínuas são fundamentais para incrementar as medidas que comprovadamente sejam bem sucedidas e para dirigir novos esforços à exploração, desenvolvimento e avaliação de intervenções inovadoras que previnam a gravidez adolescente e os riscos da parentalidade precoce. A investigação científica nesta área pode contribuir para essa avaliação e monitorização - segundo Kirby (2001) e Kirby et al. (2009), os programas/medidas que revelam eficácia e eficiência na prevenção da gravidez adolescente e dos seus riscos têm os seguintes denominadores comuns: a) transmitem uma mensagem clara e o mais possível isenta de ambiguidade

(por exemplo, não se limitam a promover os prós e contras da utilização/não utilização de contraceptivos, mas defendem a utilização como atitude correcta e responsável de quem decidiu iniciar a sua vida sexual activa), não esquecendo que determinadas especificidades culturais e de valores morais e/ou religiosos devem ser tidas em conta no modo como os programas são apresentados; b) têm uma duração temporal adequada, não se limitando a uma acção esporádica e sem continuidade [idealmente o início da intervenção seria precoce (8-9 anos), permanecendo pela pré-adolescência e adolescência até se registar uma transição bem sucedida para a vida adulta], c) preferencialmente, envolvem técnicos/pessoas próximas ou integradas na comunidade, proporcionando-lhes formação e treino; d) procuram envolver activamente as populações a quem se dirigem, incentivando a personalização da informação e das estratégias sugeridas; e) abordam os fenómenos de identificação e afiliação sociais, bem como os processos de pressão dos pares; f) desenvolvem competências de comunicação e assertividade e promovem a auto-estima; g) reflectem e adequam-se à idade, experiência (sexual), valores e cultura dos jovens a quem se dirigem.

Assumindo grande parte dos países ocidentais a questão da gravidez e maternidade adolescentes como um problema social e de saúde pública (Holgate & Evans; 2006; Shields & Pierce, 2006), intervir nesta área significa, em última instância, adoptar estratégias de promoção da saúde. A este propósito, recordamos que o actual conceito de promoção da saúde emergiu da Carta de Ottawa (1986), que o caracteriza como um processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar - para o conseguir, devem ser capazes de identificar e concretizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ao meio ambiente, modificando-o se for necessário. Este documento (Organização Mundial da Saúde, 1986) define como níveis de intervenção em promoção da saúde a criação de políticas saudáveis, garantindo a equidade e a criação de ambientes favoráveis, com base numa abordagem socioecológica da saúde; o reforço da acção comunitária que concebe o reforço de poder ou empowerment⁵¹; o desenvolvimento de competências pessoais, através da melhoria do conhecimento, da educação para a saúde e do reforço de competências; e a reorientação dos serviços de saúde, exigindo investigação nesta área e alterações na educação e na formação de profissionais.

⁵¹ O conceito de empowerment pode traduzir-se por uma capacitação das pessoas e das comunidades para tomarem decisões e se responsabilizarem pela sua saúde. Na prática, segundo Scriven e Stiddard (2003), o seu desenvolvimento baseia-se nos seguintes requisitos: aumento da auto-eficácia; desenvolvimento da consciência de grupo; redução da auto-culpabilização e assunção da responsabilidade individual para a mudança.

Medidas de intervenção preventiva: Propostas a partir dos resultados do estudo empírico

Os resultados do nosso estudo empírico contribuem para consolidar a perspectiva de que a gravidez e a maternidade adolescentes são fenómenos complexos e plurideterminados. Daí decorrem implicações para a intervenção psicológica e multidisciplinar adequada aos contextos de risco evidenciados, em particular ao contexto individual (ponderando o nível escolar e profissional) e ao contexto relacional (examinando a família e as instituições). A primeira implicação que gostaríamos de salientar, à luz da relevância que, nesta amostra, a figura do companheiro/pai do bebé assume enquanto fonte satisfação e de apoio social é que, em qualquer programa a implementar, o foco não seja exclusivo na adolescente, mas que procure dirigir-se e integrar também o sexo masculino, segmento muitas vezes negligenciado, mas indissociavelmente envolvido nestes processos.

Contexto individual: Prevenção e intervenção em meio escolar e profissional

Como decorre dos resultados discutidos, o insucesso e o abandono escolar, mais do que uma consequência da gravidez, aparecem como um factor de risco em si mesmos - a sua diminuição poderá ter um efeito positivo na ocorrência da gravidez precoce (Bonnell et al., 2004; Schvaneveldt, Miller, Berry, & Lee, 2001). Encontram-se delineados, a nível nacional e regional, programas e estratégias de combate ao abandono escolar e de promoção do sucesso e da escolarização e formação - as linhas e medidas neles contidas devem ser adaptadas e agilizadas para corresponderem às necessidades e expectativas da realidade das participantes no estudo e suas famílias. Parece-nos relevante a aposta na motivação vocacional, profissional e de outros incentivos que aumentem o interesse da adolescente em permanecer integrada no sistema de ensino e formação. Para isso, a comunidade educativa – que deve incluir equipas multidisciplinares – deve orientar-se para um esforço de integração dos jovens, procurando respeitar a diversidade e promover as competências de cada um, de modo a fomentar competências e a promover a auto-estima e percepção de auto-eficácia.

A possibilidade de, com o devido apoio, realizar aprendizagens e ter experiências de sucesso é de grande importância para a motivação e percepção de competência pessoal, podendo contribuir para elevar as expectativas relativamente ao percurso académico e futuro profissional. Tal pode passar pelo reforço das alternativas disponíveis para estes jovens, para quem muitas vezes os conteúdos e métodos

do ensino regular são fonte de frustração, por se encontrarem distantes das suas realidades e necessidades – como foi exposto, verificámos que só uma pequena percentagem de jovens com história de gravidez, neste estudo, tinha frequentado o ensino profissional. Este é também um ponto a ser alvo de atenção. O 6º, 7º e 9º anos de escolaridade parecem ser momentos críticos, em que a taxa de abandono é particularmente elevada - estes são anos que habitualmente envolvem mudanças de escola, de ritmo e organização de trabalho e de tomada de opções quanto ao futuro escolar e profissional, e devem ser considerados prioritários no delinear de uma intervenção preventiva.

Mencionámos atrás que, no nosso estudo, a escola se posiciona como a principal fonte de informação sobre a sexualidade e a sua vivência, sendo um veículo privilegiado para a promoção da saúde. Este papel é particularmente relevante para jovens provenientes de contextos desfavorecidos, que se caracterizam por menor supervisão parental e níveis de menor qualidade da comunicação na família, sobretudo no que toca a estas temáticas. É valioso reforçar os mecanismos de educação sexual na escola, não só aumentando a quantidade e a qualidade da informação proporcionada aos jovens acerca de sexualidade, contraceção, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros conteúdos que se afigurem relevantes, adequando-a às suas expectativas e contextos (e avaliando a correcção e grau em que essa informação é assimilada), mas procurando integrá-la numa perspectiva global de educação para a cidadania e para os afectos, reforçando a auto-estima, o respeito por si mesmo e pelos outros e a capacidade de auto-afirmação, que capacitem a adolescente para a adopção de comportamentos saudáveis e para a tomada de decisões informadas e responsáveis. A formação e treino em mecanismos ajustados de resolução de problemas e tomadas de decisão ponderadas também deve ser um foco desta linha de intervenção. Recordamos que o principal objectivo da educação para a saúde deve ser a promoção da mudança de conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos de saúde, num sentido favorável à adaptação e ao desenvolvimento saudável.

Num contexto em que o abandono escolar ocorre tão precocemente como verificado nesta amostra, os programas de educação sexual devem ser iniciados o mais cedo possível, preferencialmente ao nível do 1º ciclo de escolaridade, adequando as temáticas e os processos à idade dos destinatários; devem ainda ter continuidade e incluir as especificidades de cada período desenvolvimental.

A educação para a saúde na escola pode processar-se em diferentes contextos, como a integração nos currículos ou a realização de actividades extracurriculares (projectos, debates, dias

temáticos, parcerias com outros meios da comunidade, como os centros de saúde, por exemplo); tanto quanto possível, devem ser abertas à comunidade e apelar à participação dos pais, contribuindo para a sua formação. Adicionalmente, deve incluir também uma valência de atendimento individual e/ou em grupos restritos (como o casal de adolescentes) – este contexto favorece a abertura e a partilha de situações e dificuldades que noutros não têm a possibilidade de emergir – e de atendimento familiar. Necessariamente, estes processos devem ser implementados e coordenados por profissionais com formação específica nas áreas da psicologia e da saúde.

Quando a gravidez ocorre, a escola pode ser um meio protector e proporcionador de suporte e apoio; é importante que se encontrem mecanismos que favoreçam a permanência na escola das jovens que engravidam. A escola tem uma função única na promoção de competências pessoais, na diminuição de desigualdades e na promoção de melhores condições de vida futura para os jovens, sobretudo os oriundos de meios desfavorecidos; a sua acção é directa e indirectamente determinante para prevenir a gravidez na adolescência e para favorecer a integração das jovens mães. Tal só se consegue com a agilização da colaboração entre instituições da comunidade, pois é a sua acção conjunta que pode contribuir para facilitar a conjugação das actividades académicas com o papel materno (e mesmo paterno) – como exemplo, refira-se a importância de proporcionar a estes bebés a integração em creches, de modo a proteger o seu desenvolvimento e fomentar a continuidade dos projectos académicos e/ou profissionais das jovens mães.

Constatámos, no estudo, que muitas das jovens permanecem desocupadas e sem procurar activamente emprego, mesmo depois de o bebé ter uma idade que facilita e torna desejável a sua inclusão em creches e infantários, situação que acarreta riscos de dependência e perpetuação de ciclos de desvalorização pessoal e carências a vários níveis. Importa, pois, agilizar mecanismos que facilitem e promovam o acesso destas jovens e dos seus companheiros a cursos profissionais, que lhes proporcionem o desenvolvimento de competências e conhecimentos facilitadores da empregabilidade. Mais uma vez, a facilitação da conjugação dos papéis profissionais e parentais é essencial para incentivar projectos profissionais promotores da autonomia e realização pessoais. Também é importante apostar em campanhas de informação e sensibilização que promovam a valorização da educação e do percurso formativo como chave de acesso a melhores condições de empregabilidade e de vida. Esclarecer o leque de opções e percursos que se podem oferecer aos jovens e envolver os pais na construção e

acompanhamento desse percurso pode criar um importante factor motivacional que previna directamente o abandono escolar e, indirectamente, a gravidez precoce.

Contexto relacional: Prevenção e intervenção em meio comunitário e institucional e em meio familiar

Na Região Autónoma dos Açores, segundo os resultados deste trabalho, o apoio prestado pelos serviços de saúde e pelos seus técnicos é percebido positivamente pelas jovens grávidas e mães, o que é um bom indicador do seu funcionamento junto destas. Tal deve ser reforçado, de modo a maximizar o papel protector que este contexto pode exercer na problemática em causa. Os serviços de saúde podem contribuir valiosamente para prevenir a gravidez precoce e a sua repetição, diminuir as intercorrências clínicas na gravidez, parto e puerpério, e para promover o ajustamento emocional da jovem, capacitando-a para exercer o seu papel de mãe, facilitando a sua integração escolar e/ou profissional e reforçando a mobilização da sua rede de recursos e de apoio social.

Desde logo, é importante detectar o mais precocemente possível famílias e jovens em risco (considerando os indicadores apontados no estudo), de modo a integrá-los em programas de educação para a saúde e planeamento familiar. Sem descurar mecanismos de respeito pelo sigilo e confidencialidade, seria importante coordenar a acção das instituições de saúde com a escola – não só na colaboração em acções de informação e formação, mas também na sinalização de famílias e jovens (rapazes e raparigas) potencialmente em risco.

A criação de consultas dirigidas especificamente para adolescentes, sobretudo se realizadas num espaço físico e temporal que facilitasse a confidencialidade, seria um passo fundamental, pois esta faixa etária tem características que demandam intervenções adaptadas; essas consultas são relevantes nos centros de saúde, mas também nos hospitais e maternidades onde a gravidez, a ocorrer, será vigiada. Para obviar a dificuldade de conseguir que os jovens (sobretudo os adolescentes e as adolescentes não grávidas) se desloquem às consultas de rotina, podem tentar-se mecanismos que garantam o seu envolvimento - a constituição de equipas multidisciplinares com formação específica nestes processos e contextos que possam fazer visitas domiciliárias ou ter uma acção próxima na comunidade (no meio escolar, por exemplo) pode ter um efeito positivo na adesão a comportamentos protectores da saúde,

como a utilização de contraceptivos. Note-se ainda que este funcionamento não deve ser rígido: nenhum(a) jovem que procure os serviços de saúde para orientação contraceptiva deve sair sem resposta, pois tal pode significar perder uma janela de oportunidade que efectivamente previna o risco de ocorrência de situações de risco, como gravidez ou IST.

Durante a gravidez, o seguimento clínico das adolescentes também deve revestir-se de uma especificidade que garanta um espaço onde não só as ocorrências obstétricas, mas também as dúvidas e dificuldades que estejam presentes possam ser detectadas e abordadas, num ambiente de acolhimento e aceitação. Este espaço de proximidade é muito importante na preparação da jovem para a maternidade e deve ser aberto, solicitando e encorajando a presença do companheiro (este deve ser responsabilizado e deve enfatizar-se o carácter diferenciado e complementar das tarefas paternas e maternas e o seu papel no desenvolvimento do futuro filho). Outras figuras de referência, que constituam fontes de apoio emocional e instrumental (no caso desta amostra, a mais relevante é a mãe da adolescente com história de gravidez), devem também ser incluídas no trabalho realizado ao longo da vigilância pré-natal. Mais uma vez, estas medidas implicam coordenação multidisciplinar.

No caso das mães adolescentes, é particularmente necessário que a orientação contraceptiva se realize ainda durante o internamento hospitalar que se segue ao parto e que fique agendada consulta de revisão obstétrica e de planeamento familiar para uma instituição de acesso fácil para a jovem. Se possível, pode ser indicado um técnico de saúde de referência, que faça um acompanhamento próximo da situação e sinalize as dificuldades sentidas ou a não adesão. A opção por métodos de longa duração, como o implante contraceptivo, tem vindo a ser utilizada nalguns serviços com bons resultados em termos da adesão e da prevenção da recorrência de gravidezes precoces. Estes métodos oferecem vantagens relativamente a outros mais comuns, como a pílula, na medida em que estão menos sujeitos a falhas devidas a lapsos da adolescente ou a interações com outros medicamentos ou condições de saúde, mas a sua prescrição deve depender sempre da opinião fundamentada de especialista em Ginecologia/Obstetrícia.

Embora não exclusivamente, mas de modo particular ao nível da prevenção secundária e terciária, assume relevância a disponibilidade de intervenção psicológica e psicossocial para estas jovens e as suas famílias – como os resultados indiciam, parece haver uma deterioração dos indicadores individuais e relacionais de adaptação após a transição para a maternidade.

Uma vez que os resultados apontam também para algum distanciamento do grupo de pares, reduzindo as oportunidades de contacto e partilha com jovens da mesma faixa etária, a criação de grupos educacionais para jovens grávidas e mães (e, preferencialmente, também para os seus companheiros), desde que orientados por profissionais devidamente habilitados, podem contribuir para reforçar laços sociais e partilhar experiências e informações, minimizando situações de ansiedade e favorecendo as competências e a realização com o papel parental. A intervenção a este nível pode iniciar-se pela integração em programas de preparação para o parto e para a parentalidade, que deveriam estar disponíveis nos centros de saúde ou em instituições próximas da residência das/dos jovens. Antes da ocorrência da gravidez, a existência de actividades de ocupação de tempos livres, desportivas e outras, gratuitas e de fácil acesso, podem contribuir para fortalecer as redes de apoio social e as relações de amizade, ajudando também ao desenvolvimento de competências e interesses e afastando as/os jovens de percursos potencialmente inadaptativos.

Ainda ao nível institucional, criar nas comunidades recursos que auxiliem as famílias, sobretudo os agregados carenciados e numerosos, a conjugar os diferentes papéis que são solicitados aos seus membros (por exemplo, serviços de creche e educação pré-escolar) pode ajudar a libertar as jovens para as tarefas escolares ou profissionais, aliviando a pressão de ter de cuidar dos irmãos ou ir trabalhar para ajudar a família (motivos apontados pelas participantes para justificar o abandono escolar).

Pela sua relevância, mencionamos por último as implicações do estudo para as estratégias de intervenção dirigidas ao contexto familiar das/dos adolescentes, equacionadas também a dois níveis, primário e secundário/terciário: importa prevenir a ocorrência da gravidez precoce e, caso esta ocorra, importa mobilizar os recursos da rede que enquadra os jovens pais e o filho, proporcionando-lhes suporte que facilite a adaptação e o desenvolvimento posteriores.

O primeiro nível é talvez dos mais difíceis de abranger, tanto mais que é frequente a gravidez e a parentalidade adolescentes não serem um foco de preocupação para estas famílias, nem para o contexto social mais próximo em que se inserem (tal é bem patente na percepção das adolescentes da amostra acerca dos níveis de aceitação e apoio manifestados pelas famílias). As famílias alvo de atenção prioritária deverão ser as que apresentam um perfil de características e carências que os resultados do estudo evidenciaram - idade (relativamente) jovem dos progenitores, baixa escolaridade, profissões pouco qualificadas e altas taxas de inactividade profissional materna, agregados familiares numerosos e

diversificados, práticas educativas pautadas por falta de supervisão e acompanhamento dos filhos, são algumas das características sinalizadoras para uma avaliação mais atenta. A formação parental, que auxilie os pais a serem melhores educadores, proporcionando estrutura, disciplina, mas também apoio emocional, será relevante para este esforço de prevenção. Melhorar as competências de comunicação na família, não apenas, mas também, ao nível dos temas da sexualidade e contraceção, pode contribuir para inculcar nos adolescentes uma visão da sexualidade como uma área de vida sujeita a planeamento e decisões que se requerem responsáveis.

O envolvimento da família, do namorado/companheiro e da família deste é fundamental em qualquer programa de prevenção que se pretenda eficaz – como vimos, a qualidade das relações estabelecidas, a percepção das práticas educativas parentais e do apoio social proporcionado pelos membros da rede familiar são alguns dos determinantes para prever, quer a ocorrência de gravidez, quer a adaptação posterior à mesma.

Quando a gravidez ocorre, é importante ajudar as famílias com recursos que permitam proporcionar o apoio necessário e adequado, quer à jovem mãe/pai, quer ao bebé. Tal não significa exclusivamente proporcionar apoio económico, mas também facilitar o acesso a alguns dos recursos e infraestruturas sociais que já mencionámos. A implementação de programas específicos de formação parental, neste caso dirigida às jovens mães/casais seria igualmente um mecanismo crítico para uma adaptação bem sucedida na transição para a parentalidade. Os conteúdos destes programas de intervenção, porém, deveriam ser abrangentes, e não se limitar aos cuidados ao bebé, ainda que esta área deva ser alvo de forte intervenção e monitorização – outras áreas relevantes seriam, por exemplo, a organização doméstica, gestão orçamental, nutrição, competências para procurar emprego e mesmo outras mais relacionadas com a comunicação familiar e a vivência do casal (recorde-se que, em pouco mais de metade das situações, a transição para a parentalidade é simultânea à transição para a conjugalidade). Mais do que sessões formativas, deveriam ser criadas estruturas de acompanhamento a longo prazo destas famílias – embora não o possamos afirmar com total segurança, dada a natureza transversal do estudo, os resultados indicam que, ao longo do tempo, possa ocorrer uma degradação da qualidade das relações e do apoio por elas proporcionado, particularmente ao nível do casal. Ora, tal acarreta riscos de descompensação emocional e de desinteresse pelos projectos pessoais e pelo exercício

do papel materno, que se repercutirão também no desenvolvimento do bebé e, por tudo isso, devem ser acautelados.

A complexidade dos processos que precedem e se sucedem à gravidez e à maternidade adolescente não se compraz, como se depreende, com intervenções desconexas e ocasionais. É fundamental a coordenação de vários níveis de intervenção e a criação de sinergias entre instituições e grupos de técnicos, para que se implantem medidas específicas, adequadas à realidade e eficazes na concretização dos objectivos que lhes presidirem. Alguns factores associados a estes processos são relativamente concretos e, se lhes forem dirigidas medidas apropriadas, os resultados poderão ser visíveis a médio prazo. Porém, como ressalta dos resultados deste trabalho, das dimensões que concorrem para as elevadas taxas de gravidez adolescente nos Açores, várias implicam a mudança de comportamentos, crenças e valores culturais longamente enraizados. É necessário ter em conta que estes factores são resistentes à mudança e só através de um esforço longo e coordenado, o objectivo de diminuir este problema social poderá ir tomando forma. A formação dos técnicos que actuam/actuarão no terreno deve ser igualmente alvo de atenção cuidada, pois existem especificidades que devem ser conhecidas e estratégias que necessitam de preparação cuidada e implementação coordenada, para maximizar a probabilidade de sucesso.

Por último, defendemos a importância de definir objectivos e critérios operacionalizáveis para avaliar o sucesso ou insucesso de possíveis intervenções e promover a monitorização e a avaliação contínua das estratégias seleccionadas, mantendo uma estreita ligação à investigação científica – uma vez que estamos a lidar com processos dinâmicos, é importante acompanhar as tendências e mudanças, por vezes subtis, que se registarão, acompanhando outras manifestadas ao nível político, económico e social.

6.3. Considerações finais

O presente estudo propõe algumas pistas para o conhecimento e a compreensão dos contextos implicados na ocorrência da gravidez e na adaptação à gravidez e à maternidade adolescentes, especificamente no nicho ecológico particular constituído pela Região Autónoma dos Açores. No entanto, diversos aspectos da sua conceptualização e concretização, alguns dos quais já mencionados ao longo do texto, podem constituir limitações à generalização dos resultados.

A primeira limitação que apontamos, sendo para nós a principal, prende-se com o desenho do estudo, de natureza transversal. Como referimos anteriormente, as perspectivas teóricas que enquadram este trabalho coadunar-se-iam mais com um desenho longitudinal, que permitiria esclarecer os processos que influenciam e determinam, num primeiro momento, as opções que conduzem à ocorrência de gravidez na adolescência e, posteriormente, os factores subjacentes às trajetórias de adaptação ou inadaptação apresentadas, sendo também o mais adequado para captar as mudanças ao longo do tempo e os factores a ela associados. O desenho adoptado não permite também estabelecer nexos de causalidade empírica nas relações encontradas, sendo o sentido destas determinado através do quadro conceptual de referência.

Um outro conjunto de limitações liga-se às características da amostra, resultando dos procedimentos de selecção de participantes. Apesar de, em termos de tamanho, a amostra, de acordo com os critérios estatísticos apresentados, poder ser considerada representativa da população adolescente com história de gravidez dos Açores, as participantes do GADOL são adolescentes que decidiram continuar a gravidez e que acorreram a consultas pré-natais ou de saúde materna e infantil em instituições de saúde pública (centros de saúde e hospitais). Logo, a amostra pode não representar as adolescentes que, engravidando, decidem interromper a gravidez, aquelas que não vigiam a gravidez ou que não são assíduas no que toca ao seguimento médico do filho (consideramos, porém, que este último grupo deverá ser pouco representativo, na medida em que os serviços de saúde e de protecção social são actualmente bastante atentos e activos na detecção de situações de risco infantil, como seria o caso) ou, ainda, as jovens que têm acompanhamento médico, pré ou pós-natal, em serviços de saúde do regime privado.

A utilização de um grupo de controlo, ao permitir conhecer características individuais e relacionais, bem como indicadores de adaptação nestes domínios, num contexto normativo, proporcionou, de acordo com as orientações da Psicopatologia do Desenvolvimento (Sroufe & Rutter, 1984), uma melhor compreensão dos percursos possíveis num contexto não normativo ou de risco o que, como vimos, tem implicações ao nível da intervenção focada na prevenção (Canavarro, 2005; Cicchetti, 2006; Masten et al., 1999; Masten, Burt, & Coatsworth, 2006). Ainda neste âmbito, apontámos também como limitação o facto de o GC ter incluído apenas adolescentes que se encontravam a frequentar o sistema de ensino, o que leva a que as jovens que abandonaram este sistema, mas que não engravidaram,

não se encontrem representadas. A inclusão de outros grupos, nomeadamente de mulheres adultas com e sem história de gravidez, poderia permitir esclarecer questões a que o estudo não pode responder, entre as quais o impacto da idade na adaptação à gravidez e às exigências do papel materno.

O facto de, em ambos os grupos, a adolescente ter sido a principal fonte de informação (foi-o em exclusivo no GC) pode acarretar enviesamentos, limitando também as conclusões inferidas a partir dos resultados obtidos. Em investigações futuras, será importante avaliar, através de medidas directas e específicas, outros respondentes que os resultados desde já apontam como figuras relevantes nos processos de adaptação nestes contextos, nomeadamente os progenitores da adolescente e o companheiro/pai do bebé, com o intuito de se obter uma compreensão mais abrangente da ecologia da gravidez e da maternidade na adolescência.

Na abordagem da gravidez e da maternidade na adolescência, como na de outras situações reprodutivas, é possível que um dos erros das políticas de prevenção seja a menor ênfase na consideração da responsabilidade e do envolvimento equivalente dos elementos masculinos, comprovada por exemplo pelo muito menor número de estudos que o constituem como figura de referência (cf. Wieman, Agurcia, Rickert, Berenson, & Volk, 2006). É importante uma abordagem conjunta dos casais adolescentes e daqueles em que pelo menos a mulher é adolescente, quer nas rotinas de planeamento familiar, quando a elas recorrem (para que ambos estejam cientes e compreendam as implicações pessoais, conjugais, familiares e sociais das suas decisões reprodutivas), quer na vigilância da gravidez ou no seguimento pós-natal (incentivando o envolvimento nas tarefas parentais, desenvolvendo competências relacionadas com o desempenho do papel de pai e auxiliando a ultrapassar possíveis dificuldades trazidas pelas exigências desse papel).

A importância do papel do companheiro na adaptação manifestada pelas adolescentes na gravidez e após o nascimento do filho é evidenciada pelos resultados. Porém, a sua não inclusão enquanto participante do estudo não permite esclarecer a sua própria adaptação e trajectórias ao longo da gravidez e após a transição para a paternidade; neste sentido, acentuamos uma vez mais a pertinência da consideração desta possibilidade de análise empírica em estudos futuros.

Os resultados do presente estudo, ao validarem as perspectivas que conceptualizam as decisões reprodutivas e a adaptação à gravidez e à maternidade como processos complexos e multideterminados,

corroboram também a importância de os abordar de uma forma holística (Pereira, 2008). Apesar das várias limitações, que poderão ir além das mencionadas, consideramos que o estudo pode dar um contributo válido e pertinente para o conhecimento acerca da temática em causa já que, tanto quanto nos é dado conhecer, é precursor na população estudada, podendo constituir-se como um instrumento crítico para impulsionar medidas de intervenção preventiva. No seu âmbito, foram considerados simultaneamente diferentes contextos e dimensões, individuais e relacionais, quer no estudo das variáveis antecedentes, quer no dos factores associados à adaptação à gravidez e à maternidade adolescente, permitindo uma visão mais ampla e, logo, mais susceptível de se aproximar da complexidade dos processos em causa.

Deste modo, o estudo vai ao encontro do apontado pelo modelo bioecológico, na medida em que salienta a relevância de diferentes contextos na forma de perspectivar esses processos – considerar esses diversos contextos da pessoa, bem como a sua história desenvolvimental (individual e relacional), concorrerá para um conhecimento mais aprofundado dos percursos de adaptação ou inadaptação das adolescentes com história de gravidez e que se tornam mães, confirmando o macroparadigma da Psicopatologia do Desenvolvimento enquanto matriz teórica de singular interesse e adequação ao estudo dessas trajetórias. Os resultados, por sua vez, têm implicações clínicas, pois, além de permitirem uma melhor compreensão dos processos dinâmicos subjacentes à adaptação a estes processos, fornecem indicações valiosas para a elaboração de programas e protocolos de intervenção especificamente adaptados e dirigidos às adolescentes que engravidam, no contexto específico das ilhas açorianas.

Concordamos com a perspectiva afirmada por Jongenelen (2003), segundo a qual nenhum resultado ou conjunto de resultados constitui, em investigação, uma meta final. Assim, estes mais não devem ser do que outros pontos de partida para indagações futuras, razão pela qual reconhecemos que muitas questões ficam por responder. Entre estas, importaria conhecer a interacção, ao longo do tempo, dos diversos factores de risco e protecção identificados (e de outros que possivelmente emergiriam), conhecendo-os antes da ocorrência da gestação e verificando como actuam e que significado assumem nos contextos de vida das adolescentes que, no seu percurso, engravidam ou não precocemente. Tal estudo, de desenho longitudinal e prospectivo, poderia também esclarecer que determinantes se conjugam para influenciar e explicar os processos de decisão e posterior adaptação das adolescentes, em particular no que diz respeito às decisões reprodutivas – para além da óbvia utilidade em termos da

implementação de acções preventivas, tal poderia permitir aceder a grupos que habitualmente não são considerados nestes estudos, nomeadamente as adolescentes que decidem não prosseguir a gravidez.

Importaria continuar a acompanhar os percursos individuais de adaptação das adolescentes, não só ao longo da vivência da gravidez, mas também nos primeiros anos após o nascimento do filho, o que permitiria também estudar as variáveis associadas ao desenvolvimento destas crianças e adolescentes. Noutros países, vêm sendo realizados estudos longitudinais que, pela sua duração, permitem já contrastar dados de três gerações de mães adolescentes, seus filhos e netos, proporcionando dados valiosos para uma melhor compreensão dos riscos, mas também das experiências de vida e factores construtores de resiliência (para uma revisão, cf. Miller et al., 2001; Olausson, Haglund, Weitoft, & Cnattingius, 2001; Teenage Pregnancy Unit, 2007; Ventura & Freedman, 2000). Reconhecemos que tal metodologia implica uma afectação de recursos humanos, económicos e estruturais que torna a sua concretização difícil, a não ser no âmbito de projectos com forte apoio institucional. Assim sendo, outras aproximações, pautadas por rigor conceptual e metodológico, podem dar contributos parciais, mas cumulativos, para o conhecimento desta temática.

Quer o quadro conceptual que assumimos, quer os resultados obtidos, indiciam que diversos factores assumem uma condição, dinâmica e mutável, de risco ou de protecção, em função das ecologias nas quais interagem e se expressam. Tal alerta para a necessidade de, conhecendo o panorama geral de uma determinada problemática num grupo populacional específico, focalizar a pesquisa em grupos mais restritos, de modo a aceder à compreensão de possíveis especificidades. Consideramos que o presente trabalho pode constituir um importante contributo para o início da investigação científica sistemática das condições que podem explicar as elevadas taxas de incidência de gravidez e maternidade precoce nos Açores, bem como para a compreensão dos processos de adaptação das adolescentes que engravidam – porém, é importante que tais dados sejam integrados num corpo de conhecimento que, esperamos, linhas futuras de investigação possam desenvolver, que contemple também a realidade nacional como um todo, atendendo, porém, simultaneamente, aos aspectos específicos de cada região ou grupo populacional. Embora, por ultrapassarem os objectivos deste estudo, não tenham sido aqui apresentados dados específicos por ilha ou por zonas socioeconómicas distintas da Região Autónoma dos Açores, os dados recolhidos permitir-nos-ão fazê-lo. Por outro lado, dentro da linha de investigação em que nos inserimos,

foi recentemente iniciada uma pesquisa que abordará as diferentes realidades regionais das decisões reprodutivas e da gravidez e maternidade adolescentes em Portugal Continental (Pires, 2009b).

Reconhecida a multideterminação dos processos que conduzem à ocorrência da gravidez e influenciam a adaptação à gravidez e à maternidade, antecipamos a pertinência de, em estudos futuros, contemplar na avaliação outras figuras significativas neles implicadas, bem como outras variáveis sobre as quais o nosso estudo não incide, o que constitui também uma limitação. Uma vez que a questão de outros respondentes foi já discutida, mencionamos agora algumas variáveis cuja inclusão poderia enriquecer os dados disponíveis – em concreto, poderia ser útil, na avaliação da adaptação individual das adolescentes, considerar outras dimensões de perturbação emocional (nomeadamente, a percepção de stress e outros indicadores de psicossomatologia que não apenas a depressiva) e também de bom funcionamento, como indicadores de auto-eficácia e de resiliência. Por outro lado, em termos da adaptação relacional, a avaliação de indicadores do funcionamento conjugal, uma caracterização mais completa da composição e recomposição durante a gravidez ou após o nascimento do filho da rede social das adolescentes, bem como dos tipos de apoio social por ela efectivamente prestados, poderia ser apreciada. A avaliação da dimensão relacional com o filho, desde as práticas educativas da mãe adolescente até outros indicadores da qualidade da relação e do seu impacto desenvolvimental na díade e na família, seria pertinente.

Para terminar, sublinhamos que os contextos implicados na gravidez e na maternidade adolescentes, embora frequentemente encerrem contornos potencialmente adversos, podem também assumir um potencial de oportunidade e mudança que contribua para trajectórias desenvolvimentais mais adaptativas e, logo, constituam um campo singular para a intervenção não apenas psicológica mas, como decorre dos resultados e suas implicações, desejavelmente multidisciplinar, que necessariamente deverá ter uma forte orientação preventiva: a montante, no sentido de prevenir a ocorrência de uma gestação não desejada, ou limitativa para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais da adolescente que engravida e, a jusante, já num nível secundário e terciário, no sentido da minimização de potenciais riscos e da promoção da adaptação da jovem mãe, da criança e da família. Aqui, como temos vindo a assinalar ao longo da discussão, encontramos um dos pontos fortes da Psicopatologia do Desenvolvimento e de modelos nela ancorados – ao fomentar o estudo dos riscos desenvolvimentais, mas também dos factores protectores nas transições quer normativas, quer não normativas (e.g., a ocorrência de gravidez precoce e a transição para a parentalidade na adolescência), proporciona um enquadramento

privilegiado para o delinear de programas de intervenção especificamente orientados para grupos com condições específicas e para a definição de estratégias de avaliação da eficácia preventiva das medidas implementadas (Canavarro, 2005; Curtis & Cicchetti, 2007).

Ao longo do nosso percurso clínico e académico, temos vindo cada vez mais a apreciar a adopção de um princípio claramente expresso por Kurt Lewin (citado em Kemmis & McTaggart, 1988): nem acção sem investigação, nem investigação sem acção. Neste sentido, consideramos que a prática deve fundamentar-se em quadros conceptuais e dados empiricos sólidos e rigorosos mas, por sua vez, a investigação, ou as suas implicações, deve reverter em intervenções que se revistam de utilidade para o grupo estudado - de outro modo, os esforços de investigação resultarão estéreis. Assim, esperamos que o principal contributo deste estudo seja proporcionar conhecimentos que sustentem a definição de recomendações e acções que beneficiem a sua população-alvo, ao mesmo tempo incentivando a continuidade da pesquisa acerca da multiplicidade e diversidade inerentes às trajectórias desenvolvimentais destas adolescentes e dos seus filhos.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Aalsma, M., Lapsley, D.K. & Flannery, D. (2006). Narcissism, personal fables, and adolescent adjustment. *Psychology in the Schools*, 43, 481-491
- Abrahamse, A. F., Morrison, P.A., & Waite, L. J. (1988). *Beyond stereotypes: Who becomes a single teenage mother?* Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Adams, G. R., Bennion, L. D., Openshaw, K. D., & Bingham, C. R. (1990). Windows of vulnerability: Identifying critical age, gender, and racial differences predictive of risk for violent deaths in childhood and adolescence. *Journal of Primary Prevention*, 10 (3), 233–240.
- Adams, G.R. (2005). Adolescent development. In T. P. Gullotta & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems – evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 3-16). New York: Springer.
- Adams, G.R., & Berzonsky, M. (Eds.) (2003). *Blackwell handbook of adolescence*. New York: WileyBlackwell.
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N.M.C. & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 1434-1816.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1981). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alan Guttmacher Institute. (1994). *Sex and America's teenagers*. Washington, DC: Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute. (2006). *U.S. teenage pregnancy statistics: National and state trends*. New York: Alan Guttmacher Institute .

- Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Retirado de http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/WOV2007_fulltext.pdf
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Alferes, V.R. (2002). SPSS: Syntax files [Programas informáticos e documentação]. Retirado de www.fpce.uc.pt/nucleos/niips/spss_prc/index.htm
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, F. C., McElhaney, K. B., Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78, 1222-1239.
- Allen, L., & Mitchell, C. (1998). Racial and ethnic differences in patterns of problematic and adaptive development: An epidemiological review. In V. C. McLoyd, L. Steinberg, et al. (Eds.), *Studying minority adolescents: Conceptual, methodological, and theoretical issues* (pp. 29–54). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Almeida, J. M. R. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, L. S. (1986). *Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD)*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Almeida, L. S. (1987). O impacto das experiências educativas na diferenciação cognitiva dos alunos: análise dos resultados em provas de raciocínio diferencial. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 24, 131-157.
- Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial de jovens*. Porto: INIC.
- Almeida, L. S. (1992). *Baterias de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD) - Manual*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Almeida, L. S. (1995). *Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD)*. Em L.S. Almeida, M.R. Simões & M.M. Gonçalves (Orgs.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 19-28), Braga: Apport.
- Alto Comissariado da Saúde (2007). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I – Prioridades*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/13/pns20042010?r=24>
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Indicadores e Metas: Nascimentos em mulheres adolescentes*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/uma-juventude-a-procura-de-um-futuro-saudavel/nascimentos-em-mulheres-adolescentes/>
- American Psychological Association (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. W. (1998). Puberty and depression: The role of age, pubertal status, and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51–61.

- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC (circulação restrita).
- Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. In G. R. Adams, & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 27-47). New York: WileyBlackwell.
- Armanet, M. (2000). Un age beau mais si long. *Le Nouvel Observateur*, hors-série n° 41, "Les nouveaux ados".
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Aronowitz, T., Rennels, R., Todd, E. (2006). Ecological influences of sexuality on early adolescent African American females. *Journal of Community Health Nursing*, 23, 113-122.
- Arrindell, W.A., Methorst, G.J., Kwee, M.G.T., van der Ende, J., Pol, E. & Moritz, B.J.M. (1989). Convergent validity of the dimensions underlying the Parental Bonding Instrument and the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 24, 341-350.
- Arrindell, W.A., Perris, C., Eisemann, M., van der Ende, J., Gaszer, P., Iwawaki, S., Maj, M., & Zhang, J.-E. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: a sum-mary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W.A. Arrindell & Martin Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 145-172). Chichester: Wiley.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Austin, M-P (2006). To treat or not to treat: Maternal depression, SSRI use in pregnancy and adverse neonatal effects. *Psychological Medicine*, 36, 1663-1669.
- Bachrach, C. A. (1986). Adoption plans, adopted children, and adoptive mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 243-254.
- Baker P., Guthrie K., Hutchinson C., Kane R., & Wellings, K. (Eds.). (2007). *Teenage Pregnancy and Reproductive Health*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Bandura, A. (1975). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of moral thought and action. In W. M. Kurtines & J. Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development* (Vol. 1, pp. 45-103). Hillsdale, NJ: Earlbaum.

- Bandura, A. (2002a). Social cognitive theory. *Annual review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2002b). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education*, 31, 101-119.
- Barbaut, J. (1991). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Porto: Terramar.
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M. (2008). Double jeopardy: Depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162, 246-252.
- Barnett, R. V. (2008a). Helping Teens Answer the Question: Who Am I? Cognitive Development in Adolescents. Retirado de <http://edis.ifas.ufl.edu/FY769>
- Barnett, R. V. (2008b). Helping Teens Answer the Question: Who Am I? Physical Development in Adolescents. Retirado de <http://edis.ifas.ufl.edu/FY770>
- Barros, A.M. (1996). Atribuições causais e expectativas de controlo da realização na matemática. *Psychologica*, 15, 135-146.
- Baumeister, R. F. (1991). Identity crisis. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 532-535). New York: Garland.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. In C. E. Irwin, Jr. (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 93-125). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescence transition. In P. A. Cowan, & M. Hetherington (Eds.), *Advances in family research* (pp. 11-164). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bearman, P., & Brückner, H. (1999). *Power in numbers: Peer effects on adolescent girls' sexual debut and pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 217-229.
- 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.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. . In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp.249-264). New York: Guilford Press.

- Belsky, J., Fish, M. & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: family antecedent and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27, 421-431.
- Bennett, N. G., Bloom, D. E., & Miller, C. K. (1995). The influence of nonmarital childbearing on the formation of first marriages. *Demography*, 32(1), 47-62.
- Benson, M. J. (2004). After the adolescent pregnancy parents, teens, and families. *Child and Adolescent Social Work*, 21, 435-52.
- 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.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). [The development of a clinician-administered PTSD scale](#). *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blier, P. (2006). Reply: Practicing medicine on the basis of the unconfirmed and omitting the established facts. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31, 411-413.
- Blinn-Pike, L., Stenberg, L. & Thompson, C. (1994). Intraindividual variation among pregnant adolescents: A pilot study and conceptual discussion. *Adolescence*, 29 (113), 163 – 182.
- Bogaert, A. F. (2005). Age at puberty and father absence in a national probability sample. *Journal of Adolescence*, 28, 541-546.
- Bogat, G. A., Guzmán, B., Galasso, L. & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology*, 6 (6), 549 – 568.
- Bombas, T., Sousa Fernandes, T., Rolim, L., & Entrezede, A. T. (2000, Novembro). Mães adolescentes. Comunicação oral apresentada no XVI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia – A Obstetrícia e a Ginecologia do ano 2000, Porto.
- Bonell, C., Strange, V. J., Stephenson, J. M., Oakley, A. R., Copas, A.J., Forrest, S.P., ..., & Black, S. (2003). Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 871-876.
- Bonell, C.P., Strange, V., Stephenson, J., Oakley, A., Copas, A., Forrest, S. P., ..., & Black, S. (2005). The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 223-230.
- Bonell, C.P., Fletcher, A., & McCambridge, J. (2007). Improving school ethos may reduce substance misuse and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, 334, 614-616.
- Bongaarts, J., & Cohen, B. (1998). Adolescent reproductive behavior in the developing world. Introduction and review. *Studies in Family Planning*, 28, 267-277.

- Boss, P. (2002). *Family stress management – a contextual approach*. London: Sage.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(4), 491 – 498.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, Vol 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, R.H., Whiteside-Mansell, L., & Brisby, J.A. (1997). Parents' socioemotional investment in children. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 77-90.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In W. Damon (Series Ed.) & R.M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development – revised formulations and current issues* (pp. 187-249). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. Em S. L. Friedman & T. D. Wachs (Orgs.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. (1982). Work and family through time and space. In S. B. Kamerman & C. D. Hayes (Eds.), *Families that work: children in a changing world* (pp. 39-83). Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. I. History, theory, and methods* (pp. 357-414). New York: Wiley.
- Brooks-Gunn, J. (1991). How stressful is the transition to adolescence for girls? In M. E. Colten & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 131-149). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, P. L. (1991). Children having children: effects on the family system. *Pediatric Annals*, 20(9), 470-481.

- Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1999). Sexuality and developmental transitions during adolescence. In J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelman (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 190-219). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brooks-Gunn, J., & Petersen, A. C. (1983). *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*. New York: Plenum Press.
- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E. O. (1990). The role of pubertal processes. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 16-53). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. (1982). The development of menstrual related beliefs and behaviors during early-adolescence. *Child Development*, 53, 1567-1577.
- Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1985). Measuring physical status and timing in early adolescence: A developmental perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 163-189.
- Brooks-Gunn, J., Graber, J. A., & Paikoff, R. L. (1994). Studying links between hormones and adaptive and maladaptive behavior: Models and measures. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 469-486.
- Brophy – Herb, H. E. & Honig, A. S. (1999). Reflectivity: Key ingredient in positive adolescent parenting. *Journal of Primary Prevention*, 3(19), 241 – 250.
- Broussard, E. R. (1978). Psychosocial disorders in children: Early risk assessment of infants at risk. *Continuing education*, XVIII, 44-57.
- Broussard, E. R. (1980). Assessment of the adaptive potential of mother-infant system: The Neonatal Perception Inventories. In P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant Relationships* (pp.249-268). New York: Grune & Stratton.
- Broussard, E. R. (1995). Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 25(4), 211-219.
- Broussard, E. R., & Hartner, M. (1971). Maternal perception inventory: Further considerations regarding maternal perception of the first born. In J. Hellmuth (Ed.), *Exceptional infant: studies in abnormalities* (pp. 432-449). New York: Brunner & Mazel.
- Brown, B. B., & Theobald, W. (1999). How peers matter: A research synthesis of peer influences on adolescent pregnancy. In *Peer potential: Making the most of how teens influence each other* (n.p.). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Brown, R. T., & Brown, J. D. (2006). Adolescent sexuality. *Primary Care*, 33, 373-390.
- Browning, C.R., & Laumann, E. O. (1997). Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *American Sociological Review*, 62, 540-560.
- Brückner, H., Martin, A., & Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and Pregnancy: Adolescent Attitudes, Contraception, and Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 248-257.

- Bryant, K. D. (2006). Update on adolescent pregnancy in the Black community. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 17, 133 – 136 .
- Buhi, E., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 40, 4-21.
- Bukowski, W. M., Brendgen, M., & Vitaro, F. (2007). Peers and socialization: Effects on externalizing and internalizing problems. In J. E. Grusec & P. D. Hastings, (Eds.), *Handbook of socialization* (pp. 355-381). New York: Guilford Press.
- Bunting , L., & McAuley, C. (2004a). Research review: Teenage pregnancy and motherhood — the contribution of support. *Child and Family Social Work* , 9 , 207-215.
- Bunting , L., & McAuley, C. (2004b). Research review: Teenage pregnancy and parenthood — the role of fathers. *Child and Family Social Work* , 9 , 295 – 303 .
- Burke, P., & Liston, W. (1994). Adolescent mothers' perceptions of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatric Nursing*, 20, 593-539.
- Buston, K., Williamson, L., & Hart, G. (2007). Young women under 16 years of age with experience of sexual intercourse: Who becomes pregnant. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 61, 221-225.
- Camarena, P. M., Minor, K., Melmer, T. & Ferrie, C. (1998). The nature and support of adolescent mothers' life aspirations. *Family relations*, 47 (2), 129 – 137.
- Campa, M. I. & Eckenrode, J. J. (2008). Pathways to intergenerational adolescent childbearing in a high-risk sample. *Journal of Marriage and Family*, 3 (68), 558 – 572.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1(XVIII), 15-35.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas e saúde mental*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Canavarro, M. C. (1999) *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Araújo Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. . Lisboa: Fim de Século.

- Canavarro, M.C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-358). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Morgado, L. M., Pereira, M., & Barahona, F. (2004). A adolescência, a mulher e a SIDA. IX Congresso Virtual HIV/AIDS: A mulher e a infecção pelo VIH/SIDA (pp. 109-122). SIDAnet: Associação Lusófona. Disponível em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=176.
- Carlos, A. I. Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2, 183 - 194.
- Carothers, S., Borkowski, J., Burke, J., & Whitman, T. (2005). Religiosity and the socioemotional adjustment of adolescent mothers and their children. *Journal of Family Psychology*, 19, 263-275.
- Carpinteiro, E. (2004). *Prevenção de riscos associados ao comportamento sexual - gravidez não desejada, DST e SIDA*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2008). *A situação demográfica recente em Portugal – 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_genero_estudo&menuBOUI=13707294&contexto=pge&ESTUDOSest_boui=56511692&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab2&perfil=1464373
- Carvalho, M. J. R. (2007). *Avós, mães adolescentes e bebés – os vínculos ao longo das gerações*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Caspi, A. M., & Moffitt, T. E. (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 157–168.
- Caspi, A. M., Lynam, D., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1993). Unraveling girls' delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology*, 29, 19–30.
- Chandra, A., Martino, S., Collins, R., Elliott, M., Berry, S., Kanouse, D., & Miu, A. (2008). Does Watching Sex on Television Predict Teen Pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth. *Pediatrics*, 122. Retirado de http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9398/
- Chase-Lansdale, P. L., & Brooks-Gunn, J. (1994). Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. In C. B. Fisher, & R. M. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology* (pp. 207-235). New York: McGraw-Hill.
- Chase-Lansdale, P., Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1991). Research and programs for adolescent mothers: missing links and future promises. *Family Relations*, 40, 1-8.
- Chassen, L. (1999). Foreword. In J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. xiii-xvi). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cherry, A. L. (2001). Brazil. In A. L. Cherry, M. E. Dillon & D. Rugh (Eds.), *Teenage pregnancy – a global view* (pp. 1-13). Westport: Greenwood Press.

- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2–28). New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Vol.1: Theory and method* (pp. 1-23). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol 1: Theory and method* (pp. 3–20). Hoboken, NJ: Wiley.
- Clemmens, D. (2003). Adolescent motherhood: a meta-synthesis of qualitative studies. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 28, 93-99.
- Cocoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence*, 34, 602-619.
- Cohen, L. S., Altshuler, L., & Harlow, B. L. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication. *Journal of the American Medical Association*, 295, 499-504.
- Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2 (53), 152 – 166.
- Collins, R. L. (2005). Sex on television and its impact on American youth: Background and results from the RAND Television and Adolescent Sexuality Study. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 371-385.
- Contreras, J. M. (2004). Parenting behaviors among mainland Puerto Rican adolescent mothers: The role of grandmother and partner involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 341-368.
- Contreras, J. M., Mangelsdorf, S. C., Rhodes, J. E., Diener, M. L., & Brunson, L. (1999). Parent-child interaction among Latina adolescent mothers: The role of family and social support. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 417-439.
- Corbett, M. A., Meyer, J. H., & Holland, L. M. (1987). Psychological aspects of adolescence. In M. A. Corbett, J. H. Meyer & L.M. Holland (Eds.), *The adolescent and pregnancy* (pp. 97-120). Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000). Ecological Factors Associated with Adolescent Pregnancy and Parenting. *Social Work Research*, 24, 29-40.
- Cortina, J.M. (1993). What is a coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Cowan, C. & Cowan, P. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.

- Cowan, C. & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are need and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423.
- Coyle, K. K., Basen-Enquist, K. M., Kirby, D. B., Parcel, G. S., Banspach, S. W., Collins, J. L., Baumler, E. R., Caravajal, S., & Harrist, R. B. (2001). Safer Choices: Long-term impact of a multi-component school-based HIV, STD, and pregnancy prevention program. *Public Health Reports*, 116(Suppl.1), 82-93.
- Cox, J. E., & Bithoney, W. G. (1995). Fathers of children born to adolescent mothers: predictors of contact with their children at 2 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149, 962-966.
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. P., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008). Depression, parenting attributes and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21, 275-281.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental Health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: RCPsych Publications.
- Creatsas, G. (1992). On teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 13(3), 175.
- Creatsas, G., & Elsheikh, A. (2002). Adolescent pregnancy and its consequences. *European Journal of Contraception and Reproductive Health care*, 7, 167-172.
- Crisp, B. R., & Barber, J. G. (1995). The effect of locus of control on the association between risk perception and sexual risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 19, 841-845.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- Crockenberg, S. B. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development*, 58, 964-975.
- Crockett, L. J., Raffaelli, M., & Moilanen, K. L. (2003). Adolescent sexuality: Behavior and meaning. In G. R. Adams & M. Berzonsky (Eds.) (2003). *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 371-391). New York: WileyBlackwell.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lang, D. L., & Harrington, K. (2003). Infrequent parental monitoring predicts sexually transmitted infections among low - income African American female adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 169 – 173 .
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., III, & Oh, M. K. (2002). Low parental monitoring predicts subsequent pregnancy among African - American adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15 (1), 43 – 46.

- Cubbin, C., Santelli, J., Brindis, C. D., & Braveman, P. (2005). Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 125-134.
- Culp, A., Culp, R., Noland, D., & Anderson, J. (2006). Stress, marital satisfaction and child care provision by mothers of adolescent mothers: considerations to make when providing services. *Children and Youth Services Review*, 28, 673-681.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T., Campbell, S. B. (2002). *Developmental psychopathology and family process: theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Cupples, M. E., Bradley, T., Irvine, H., et al. (2000). Motherhood in the teens and twenties: some surprises. *Ulster Medical Journal*, 69, 30-34.
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Development and Psychopathology*, 19(3), 811-840.
- Daguerre, A. (2006). Teenage pregnancy and parenthood in England. In A. Daguerre & C. Nativel (Eds.), *When children become parents – welfare state responses to teenage pregnancy* (pp. 67-90). Bristol: The Policy Press.
- Daguerre, A., & Nativel, C. (Eds.). (2006). *When children become parents – welfare state responses to teenage pregnancy*. Bristol: The Policy Press.
- Damon, W. (2004). Foreword. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. vii-viii). New York: John Wiley & Sons.
- Daniels, H. (2007). Pedagogy. In H. Daniels, M. Cole, & Wertsch, J. V. (Eds.), *The Cambridge companion to Vygotsky* (pp. 307-331). Cambridge: Cambridge University Press.
- Darroch, J. E., Singh, S., & Frost, J. J. (2001). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 244-250.
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Crosby, R. A., & Sionean, C. (2003). Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females. *American Journal of Health Behavior*, 27(1), 55 – 62.
- Deal, L., & Holt, V. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266-270.
- del Rio, P., & Alvarez, A. (2007). Inside and outside the Zone of Proximal Development: An ecofunctional reading of Vygotsky. In H. Daniels, M. Cole, & Wertsch, J. V. (Eds.), *The Cambridge companion to Vygotsky* (pp. 276-305). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dell, D.L. (2001). Adolescent pregnancy. In N. L. Stotland, & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care – the interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology* (pp. 95-116). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc..

- Diamond, L. M. (2006). Introduction: In search of good sexual-developmental pathways for adolescent girls. *New Directions in Child and Adolescent Development*, 112, 1-8
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, M. (2005). Preventing VIH transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15, 300-304.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4, 625 – 634.
- Direcção Geral da Saúde. (2009). Relatório dos registos das interrupções voluntárias da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Dittus, P. J., Jaccard, J., & Gordon, V. V. (1999). Direct and nondirect communication of maternal beliefs to adolescents: Adolescent motivations for premarital sexual activity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (9), 1927 – 1963 .
- Donnelly, B. W., & Voydanoff, P. (1996). Parenting versus placing for adoption: Consequences for adolescent mothers. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 427–434.
- Donovan, P. (1995). *Politics of blame – family planning and the poor*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Dorius, G., & Barber, B. (1998). Parental support and control and the onset of sexual intercourse. (Documento não publicado). Department of Sociology, Brigham Young University, Utah, EUA.
- Dorius, G., Heaton, T. B., & Steffen, P. (1993). Adolescent life events and their association with the onset of sexual intercourse. *Youth and Society*, 25, 3–23.
- Dormire, S. L., & Yarandi, H. (2001). Predictors of risk for adolescent childbearing. *Applied Nursing Research*, 14, 81-86.
- Drake, P. (1996). Addressing developmental needs of pregnant adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(6), 518-524. Retirado de http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?&S=GJJPBMMDDLCCNCFJCMCMIDDAA00&Link+Set=S.sh.17%7c1%7csl_10
- Drescher, K. M., Monga, M., Williams, P., Promenece-Cook, P., & Schneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188, 1231-1233.
- Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Dryfoos, J. G., & Barkin, C. (2006). *Adolescence: Growing up in America today*. New York: Oxford University Press.

- Dunkel-Schetter, C., Gurung, G., Lobel, M., & Wadhwa, P.D. (2001). Stress processes in pregnancy and birth: psychological, biological and sociocultural influences. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 495-517). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dusek, J. B., & McIntyre, J. G. (2003). Self-concept and self-esteem development. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 290-310). Malden, MA: Blackwell.
- East, P. L. (1996a). Do adolescent pregnancy and childbearing affect younger siblings? *Family Planning Perspectives*, 28(4), 148–153.
- East, P. L. (1996b). The younger sisters of childbearing adolescents: Their attitudes, expectations, and behaviors. *Child Development*, 67, 267–282.
- East, P. L. (1998a). Racial and ethnic differences in girls' sexual, marital, and birth expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 150–162.
- East, P. L. (1998b). Impact of adolescent childbearing on families and younger siblings: Effects that increase younger siblings' risk for early pregnancy. *Applied Developmental Science*, 2, 62–74.
- East, P. L., & Felice, M. E. (1996). *Adolescent pregnancy and parenting. Findings from a racially diverse sample*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- East, P. L., Felice, M. E., & Morgan, M. C. (1993). Sisters' and girlfriends' sexual and childbearing behavior: Effects on early adolescent girls' sexual outcomes. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 953 – 963.
- East, P. L., & Jacobson, L. J. (2001). The younger siblings of teenage mothers: A follow-up of their pregnancy risk. *Developmental Psychology*, 37, 254–264.
- East, P. L., & Kiernan, E. A. (2001). Risks among youths who have multiple sisters who were adolescent parents. *Family Planning Perspectives*, 33(2), 75–80.
- East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10, 188 – 199.
- East, P. L., Matthews, K. L., & Felice, M. E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Health*, 15, 163-168.
- Eisenberg, N., & Morris, A. (2004). Moral cognitions and prosocial responding in adolescence. R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 155-188). New York: Wiley.
- Elder, G. H., Jr. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69, 1–12.
- Elkind, D. (1985). Egoцентризм redux. *Developmental Review*, 5, 218–226.

- Ellis, B. J. , Bates , J. E., Dodge , K. A., Fergusson, D. M. , Horwood , L. J. , Pettit , G. S. , & Woodward , L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development* , 74 (3), 801 – 821.
- Ellis, J. (2004). Timing of pubertal maturation in girls: An integrated life history approach. *Psychological Bulletin*, 130, 920-958.
- Episcience (2008). Interrupção voluntária da gravidez. Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007 a pedido do Programa de Saúde Reprodutiva da Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Retirado de <http://www.dgs.pt>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton.
- Eshbaugh, E. M. (2006). Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 9, 339 – 342.
- Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Family Planning Association (2009a). *Teenage Pregnancy UK July 2009 – Factsheet*. Retirado de <http://www.fpa.org.uk/Information/Factsheets/teenagepregnancy>
- Family Planning Association (2009b). *Abortion UK June 2009 – Factsheet*. Retirado de <http://www.fpa.org.uk/Information/Factsheets/Abortion>
- Farber, N. (2003). *Adolescent pregnancy: Policy and prevention services*. New York: Springer.
- Farber, N. (2009). *Adolescent pregnancy: Policy and prevention services* (2nd ed.). New York: Springer.
- Feldman, J. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: An evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 209-234.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2000). Teenage pregnancy and female educational underachievement: A prospective study of a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and the Family*, 62(1), 147–161.
- Fernández, E. (2001). Diez años del programa e atención a jóvenes en salud sexual. *Diálogos*, 49, 11-14.
- Fernández, E. (2003). Embarazo adolescente ¿Cómo afrontarlo?. *Diálogos*, 56, 19-22.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... adolescentes. *Millenium*, 32, 141-162.
- Ferreira, P.M. (2008). A Maternidade Precoce: Tendência e Perfis. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, 63-76.

- Ferreira, P.M., & Vilar, D. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimento e fontes. Projecto de investigação em curso. Lisboa: APF/ICSUL. Retirado de <http://www.ics.ul.pt/instituto/?ln=p&mm=2&ctmid=3&mnid=3&doc=31809901190&sec=3&idpro=171&pid=95>
- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 48, 178-185.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade da adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 485 – 498.
- Figueiredo, B. (2001a). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (3), 221 – 238.
- Figueiredo, B. (2001b). *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 10, 103 -109.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 551 – 570.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco?. *Acta Med Port*, 18, 97 – 105.
- 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.
- Fishbein, M., Triandis, H., Kanfer, F., Becker, M., Middlestadt, S., & Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 3-16). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Flannery, D. J., Rowe, D. C., & Gulley, B. L. (1993). Impact of pubertal status, timing and age on adolescent sexual experience and delinquency. *Journal of Adolescent Research*, 8, 21–40.
- ¹Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 255–278.
- ¹Freud, A. (1969). Adolescence as a developmental disturbance. In G. Caplan & S. Lebovici (Eds.), *Adolescence* (pp. 5–10). New York: Basic Books.

- Frodi, A., Grolnick, W., Bridges, L., & Berko, J. (1990). Infants of adolescent and adult mothers: two indices of socioemotional development. *Adolescence*, 25(98), 363-374.
- Frost, J. J., & Oslak, S. (1999). Teenagers' pregnancy intentions and decisions: A study of young women in California choosing to give birth. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Furby, L., & Beyth-Marion, R. (1992). Risk-taking in adolescence: A decision-making perspective. *Developmental Review*, 12, 1-44.
- Furstenberg, F. F., & Brooks-Gunn, J. (1986). Teenage childbearing: causes, consequences and remedies. In L. N. Aiken & D. M. Mechanic, (Eds.), *Applications of social science to adolescent pregnancy and childbearing - clinical medicine and health policy* (pp. 316–317). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Furstenberg, F. F. (1976). *Unplanned Parenthood: The Social Consequences of Teenage Childbearing*. New York: Free Press.
- Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, P. (1987). *Adolescent mothers in later life*. New York: Cambridge University Press.
- Futris, T. G., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Family Relations*, 56, 258-269.
- Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M.C., Moura-Ramos, M. (2008). Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. *Psychologica*, 48, 77-99.
- Garrett, S. C. & Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. *Adolescence*, 133 (34), 91 – 105.
- Gaspar, N. (1999). *Estudo da imagem corporal na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Gonçalves, A., Ferreira, F., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 299-316.
- Gavin, L. E., Black, M. M., Minor, S., Abel, Y., Papas, M. A., & Bentley, M. E. (2002). Young, disadvantaged fathers' involvement with their infants: An ecological perspective. *Journal of Adolescent Health*, 31, 266-276.
- Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D., Simons, R. L., & Murry, V. (2002). Contextual amplification of pubertal transitional effect on African American children's problem behaviors. *Developmental Psychology*, 38, 42–54.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 37, 404–417.
- Gee, C., McNeerney, C., Reiter, M., & Leaman, S. (2007). Adolescent and young adult mothers' relationship quality during the transition to parenthood: Associations with father involvement in fragile families. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 213-224.

- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. . In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 649-670). N.Y.: Guilford Press.
- Geraldes, M., & Araújo, E.R. (Eds.). (1998). *A situação das mães adolescentes no sul da união europeia – Portugal, Espanha, Itália e Grécia*. Lisboa: Fundação da Juventude.
- Geronimus, A. T., & Korenman, S. (1992). The socioeconomic consequences of teenage childbearing reconsidered. *Quarterly Journal of Economics*, 107, 1187–1214.
- Gibbs, J. C. (2003). *Moral development and reality: Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Giedd, J.N., Clasen, L.S., Lenroot, L., Greenstein, D., Wallace, G.L., Ordaz, S., ..., Chrousos, G.P. (2006). Puberty-related influences on brain development. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 254, 154-162. doi:10.1016/j.mce.2006.04.016
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 77-85.
- Gillen, M. M., Lefkowitz, E. S., & Shearer, C. L. (2006). Does body image play a role in risky sexual attitudes and behaviors? *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 243-255.
- Gillmore, M. R., Lewis, S. M., Lohr, M. J., Spencer, M. S., & White, R. D. (1997). Repeat pregnancies among adolescent mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 59 (3), 536 – 550.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25, 247-55. [Pub Med ID 15715023]
- Gonçalves Oliveira, J. (Ed.). (2009). *Retrato da população pediátrica em Vila Nova de Famalicão*. Famalicão: Câmara Municipal de Famalicão.
- González, G. (2000). La FPFE y la salud sexual reproductiva de los adolescentes. *Diálogos*, 43, 8-10.
- Gordia, A. P., Quadros, T. M. B., & Campos, W. (2008). Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. Retirado de http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2975
- Gordia, A. P., Quadros, T. M. B., Campos, W., & Petrosky, E. D. (2009). Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. *Revista de Salud Pública*, 11, 50-61.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 123 (31), 561 – 584.
- Goy, R. W., & McEwen, B. S. (1980). *Sexual differentiation of the brain*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent girls' sexual development. In G. M. Wingood & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of women's sexual and reproductive health* (pp. 21-42). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (2006). Pubertal effects on adjustment in girls: Moving from demonstrating effects to identifying pathways. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 391-401.
- Graham, E. A. (2005). Economic, racial, and cultural influences on the growth and maturation of children. *Pediatrics in Review*, 26, 290-294.
- Gray, M. R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 30-41.
- Grumbach, M. M., & Styne, D. M. (1998). Puberty: Ontogeny, neuroendocrinology, physiology, and disorders. In J. D. Wilson, D. W. Foster, & H. M. Kronenberg (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (pp. 1509-1625). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., & Collins, S. (2008). Parent-adolescent communication about sexual intercourse: an analysis of maternal reluctance to communicate. *Health Psychology*, 27(6), 760-769.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Bouris, A., Holloway, I., & Casillas, E. (2007). Adolescent expectancies, parent-adolescent communication, and intentions to have sexual intercourse among inner city, middle school youth. *Annals of Behavioral Medicine* 34(1), 56-66.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Gonzalez, B., & Bouris, A. (2008). A conceptual framework for the analysis of risk and problem behaviors: The case of adolescent sexual behavior. *Social Work Research* 32(1), 30-45.
- Gullotta, T.P. (2005). Understanding primary prevention. In T. P. Gullotta & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems – evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 17-26). New York: Springer.
- Gumora, G., & Arsenio, W. (2002). Emotionality, emotion regulation, and school performance in middle school children. *Journal of School Psychology*, 40, 395-413.
- Gupta, N., Kiran, U., & Bahl, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137, 165-171.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Halpern, C. T., Udry, J. R., Campbell, B., & Suchindran, C. (1993). Testosterone and pubertal development as predictors of sexual activity: A panel analysis of adolescent males. *Psychosomatic Medicine*, 55, 436-447.

- Hann, D., Osofsky, J. & Culp, A. (1996). Relating adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 4 (17), 302-309.
- Hardy, J. B., & Zabin, L. S. (1991). *Adolescent pregnancy in an urban environment – issues, programs, and evaluation*. Washington, DC: The Urban Institute Press.
- Hardy, J. B., Shapiro, S., Astone, N. M., Miller, T. L., Brooks-Gunn, J., & Hilton, S. C. (1997). Adolescent childbearing revisited: the age of inner-city mothers at delivery is a determinant of their children's self-sufficiency at age 27 to 33. *Pediatrics*, 100, 802-809.
- Harris, J. L. J. (1998). Urban African American adolescent parents: Their perceptions of sex, love, intimacy, pregnancy, and parenting. *Adolescence*, 132 (33), 833 – 844.
- Harris, M. B., & Allgood, J. G. (2009). Adolescent pregnancy prevention: Choosing an effective program that fits. *Children and Youth Services Review*, 31, 1314–1320.
- Harter, S. (1993). Self and identity development. In S. S. Feldman, & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-594). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford.
- Harter, S. (2006). The self. In W. Damon, R. M. Lerner (Series Eds.), & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology*. Vol. 3: Social, emotional and personality development (pp. 553-617). New York. Wiley.
- Haveman, R., Wolfe, B., & Peterson, E. (1997). Children of early childbearers as young adults. In R. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 257–284). Washington, DC: Urban Institute Press.
- Hayes, C. D. (Ed.). (1987). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*. Washington, DC: National Research Council .
- Hayes, R., & Cryer, N. (1988). When adolescents give birth to children: a developmental approach to the issue of teen pregnancy. In J.C.L. Lewis (Ed.), *Counseling the adolescent: individual, family and school interventions* (pp.21-39). Denver: Love Publishing Company.
- Herzog, M. J., Umana-Taylor, A. J., Madden-Derdich, D. A., & Leonard, S. A. (2007). Adolescent mothers' perceptions of fathers' parental involvement: satisfaction and desire for involvement. *Family Relations* 6, 244-257.
- Hess, C. P., Papas, M. A., & Black, M. M. (2002). Resilience among African American adolescent mothers: Predictors of positive parenting in the early infancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 619-629.
- Hoffman , S. D. (2006). *By the numbers: The public costs of adolescent childbearing*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy .
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J. & Ritchie, K. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 111 (28), 323 -326.

- Holgate, H., & Evans, R. (2006). Sexuality and young motherhood: discourses and definitions. In H. Holgate, R. Evans & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood - global perspectives, issues and interventions* (pp. 7-24). London: Routledge.
- 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.
- Hosie, A., & Selman, P. (2006). Teenage pregnancy and social exclusion: an exploration of disengagement and re-engagement from the education system. In H. Holgate, R. Evans, & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood: Global perspectives, issues and interventions* (pp. 77-93). London: Routledge.
- Hotz, V. J., McElroy, S. W. & Sanders, S. G. (1997a). The costs and consequences of teenage childbearing for mothers. In R. A. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 55-94). Washington, DC: Urban Institute Press.
- Hotz, V. J., McElroy, S. W., & Sanders, S. G. (1997b). The impacts of teenage childbearing on the mothers and the consequences of those impacts for government. In R. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington, DC: Urban Institute Press, 1997.
- Huebner, A., & Howell, L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health, 33*, 71-78.
- Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice, 47*, 209-212.
- Hutchinson, K., Jemmott, J., Jemmott, L., Braverman, P., & Fong, G. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. *Journal of Adolescent Health, 33*, 98-107.
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist, 60* (6), 581-592.
- Igra, V., & Irwin, C. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. DiClemente, W. Hansen & L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 35-52). New York: Plenum Press.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Silva, M. O. da, Astin, M., Wyness, L. et al (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health Advance*, 1 – 7.
- Instituto Nacional de Estatística. (1998). Tipologia de Áreas Urbanas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado de http://metaweb.ine.pt/sine/UIInterfaces/SINEVers_Cat.aspx
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). Estatísticas Demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). Estatísticas Demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). Estatísticas Demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística. (2008). Estatísticas Demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009a). Estatísticas Demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009b). Estatísticas do Emprego – 3º trimestre. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Irvine, C. (2008, Dezembro 16). Teenage pregnancies rose last year, show official statistics. Daily Telegraph. Retirado de <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/3779433/Teenage-pregnancies-rose-last-year-show-official-statistics.html>
- Irvine, H., Bradley, T., Cupples, M., & Boohan, M. (1997). The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: unresolved issues. *British Journal of General Practice*, 47, 323-326.
- Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28, 159–165, 185.
- Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1998). Parent–adolescent congruency in reports of adolescent sexual behavior and in communication about sexual behavior. *Child Development*, 69, 247–261.
- Jaccard, J., Dittus, P. J., & Litardo, H. A. (1999). Parent–adolescent communication about sex and birth control: Implications for parent-based interventions to reduce unintended adolescent pregnancy. In L. J. Severy, W. B. Miller, & L. Sever (Eds.), *Advances in population: Psychological perspectives*, Vol. III (n.p.). London: Jessica Kingsley.
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2002). Parent-adolescent communication about sex and birth control: A conceptual framework. In S. Feldman, & D. A. Rosenthal (Eds.), *Talking sexuality: Parent-adolescent communication* (pp. 9-41). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jackson, S., & Rodriguez-Tomé, H. (1995). *Adolescence and its social worlds*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J. A. Y., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13(02), 377-397.
- Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na adolescência: Uniformidade e diversidade no desenvolvimento*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Jongenelen, I. (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional e matriz contextual*. (Dissertação de Doutorado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Jongenelen, I., Soares, I., Grossman, K. & Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebês. *Psicologia*, XX (1), 11-36.
- Josselson, R. (Ed.) (1996). *The narrative study of lives* (vol. 4): Ethics and process. Thousand Oaks, CA : Sage,

- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97 – 147.
- Karraker, K. H., & Evans, S. L. (1996). Adolescent mothers' knowledge of child development and expectations for their own infants. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 651-666.
- Kasen, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1998). Adolescent school experiences and dropout, adolescent pregnancy, and young adult deviant behavior. *Journal of Adolescent Research*, 13(1), 49–72.
- Keith, J. B., McCreary, C., Collins, K., Smith, C. P., & Bernstein, I. (1991). Sexual activity and contraceptive use among low-income urban black adolescent females. *Adolescence*, 26, 769-785.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *Como planificar la investigación acción*. Barcelona: Laertes.
- Kershaw, T. S., Niccolai, L. M., Ickovicks, J. R., Lewis, J. B., Meade, C. S., & Ethier K. A. (2003). Short and long-term impact of adolescent pregnancy on postpartum contraceptive use: Implications for prevention of repeat pregnancy. *Journal of Adolescent Health* 2003, 33, 359-68.
- Kiess, H. O., & Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods - a conceptual approach*. London: Allyn & Bacon.
- Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *The Journal of Sex Research*, 39 (1), 51-57.
- Kirby, D., & Miller, B. (2002). Interventions Designed to Promote Parent-Teen Communication about Sexuality. In S. Feldman, & D. Rosenthal (Eds.), *Talking Sexuality: Parent-Adolescent Communication* (pp. 93-110). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kirby, D., & Ryan, J. (2004). *Risk and Protective Factors Affecting Teen Sexual Behavior, Pregnancy, Childbearing, and Sexually Transmitted Diseases: Which Are Important? Which Can You Change?* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., Crosby, R. A., Santelli, J. S., & DiClemente, R. J. (2009). Interventions to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases, including HIV infection. In R. J. DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (2009). *Adolescent Health: Understanding and preventing risk behaviors* (pp. 303-338). New York: Jossey Bass.
- Kirchengast, S., & Hartmann, B. (2003). Nicotine consumption before and during pregnancy affects not only newborn size but also birth modus. *Journal of Biosocial Science*, 35(2), 175-188.

- Kirchler, E., Palmonari, A., & Pombeni, M. L. (1995). Adolescents' relationship with their peers and their families. In S. Jackson & C. Rodriguez-Tomé (Eds.), *Adolescence and its social worlds* (pp. 145-168). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., Jacobs, J. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Applied Developmental Psychology*, 34, 175-187.
- Klein J. D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116, 281-286.
- Klerman, L. V. (2004). *Another chance: preventing additional births to teen mothers*. Washington, D.C.: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Klerman, L. V. (2006). Risk of poor pregnancy outcomes: is it higher among multiparous teenage mothers? *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 761-764.
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior* (pp. 31-53). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohlberg, L. (1986). A current statement on some theoretical issues. In S. Modgil, & C. Modgil (Eds.), *Lawrence Kohlberg: consensus and controversy* (pp. 485-546). Philadelphia, PN: Farmer.
- Kohlberg, L., & Gilligan, C. (1972). The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in a postconventional world. In J. Kagan & R. Coles (Eds.), *Twelve to sixteen: Early adolescence* (pp. 144-179). New York: Norton.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman, G., & Nyamathi, A. (2003). Teen pregnancy, motherhood, and unprotected sexual activity. *Research in Nursing & Health*, 26, 4-19.
- Kotchick, B. A., Dorsey, S., Miller, K. S., & Forehand, R. (1999). Adolescent Sexual Risk-Taking Behaviour in Single-Parent Ethnic Minority Families. *Journal of Family Psychology*, 13, 93-102.
- Krishnakumar, A, & Black, M. M. (2003). Family processes within threegeneration households and adolescent mothers' satisfaction with father involvement. *Journal of Family Psychology*, 17, 488-498.
- Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lalanda, P. (2002). Casar pelo civil ou na igreja. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 69-83.
- Lalanda, P. (2003). *Transições familiares e construção da identidade das mulheres*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lalanda, P. (2004). Mapas identitários femininos. *Actas do V Congresso Português de Sociologia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. Retirado de http://www.aps.pt/index.php?area=001&marea=003&id_pub=PUB460d42061fd7a&id_tema=TEM43a0493f0b517

- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health, 26*, 42-48.
- Lao, T. T., & Ho, L. F. (1997). The obstetric implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction, 12*, 2303-2305.
- Larson, N. C. (2004). Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*, 457-76.
- Latham, B. C., Sowell, R. L., Phillips, K. D., & Murdaugh, C. (2001). Family functioning and motivation for childbearing among HIV-infected women at increased risk for pregnancy. *Journal of Family Nursing, 7* (4), 345-370.
- Leadbeater, B., Bishop, S., & Raver, C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavioral problems in preschoolers of adolescent mothers. *Development and Psychology, 32*(2), 280-288.
- Lederman, R. P., Chan, W., Roberts-Gray, C. (2008). Parent-adolescent relationship education (PARE): program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Behavioral Medicine, 33*, 137-143.
- Lemos, G. (2007). Habilidades cognitivas e rendimento escolar entre o 5º e 12º ano de escolaridade. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2007). The structural development of the human brain measured longitudinally. In D. Coch, K. W. Fischer, & G. Dawson (Eds.), *Human behavior, learning, and the developing brain* (pp. 50-73). New York: Guilford.
- Lerner, R. (1987). A life-span perspective for early adolescence. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Eds.), *Biological-psychological interactions in early adolescence* (pp. 1-34). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research, Programs and Policies. *Annual Review of Psychology, 49*, 413-446.
- Lerner, R. M. (1998). Theories of human development: Contemporary perspectives. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 1-24). New York: Wiley.
- Lerner, R. M., & Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the life span: a developmental contextual perspective. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development – past, present and future. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 1-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lerner, R. M., Fisher, C. B. & Weinberg, R. (2000b). Applying developmental science in the 21th century: International scholarship for our times. *International Journal of Behavioral Development, 24*, 24-29.

- Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000a). Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71, 11–20.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., ..., & von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth - grade adolescents: Findings from the first wave of the 4 - H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17 – 71.
- Letourneau, N., Stewart, M. & Barnfather, A. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support education intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35(3), 509-525.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591-601.
- Logsdon, M.C., Hertweck, P., Ziegler, C., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 116-123.
- Lourenço, M. M. (1996). Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola, (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lourenço, M. M. (1998). Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de Século.
- Lourenço, O. (1992). Psicologia do desenvolvimento moral – teoria, dados e implicações. Coimbra: Almedina.
- Luster, T. (1998). Individual differences in the caregiving behavior of teenage mothers: an ecological perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 341-360.
- Luster, T., & Bates, L. (2002). Understanding the caregiving practices of adolescent mothers. In H. E. Fitzgerald, K. H. Karraker, & T. Luster (Eds.), *Infant development: Ecological perspectives* (pp. 115-141). New York: Routledge Falmer.
- Luster, T., & Haddow, J.L. (2005). Adolescent mothers and their children: an ecological perspective. In T. Luster & L. Ogaki (Eds), *Parenting: an ecological perspective* (pp.73-102).London: Routledge.
- Luster, T., & Small, S. A. (1997). Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. *Family Planning Perspectives*, 29(5), 204–211.
- Luster, T., Bates, L., Fitzgerald, H., & Vandenberg, M. (2000). Factors related to successful outcomes among preschool children born to low-income adolescent mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 133-146.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 11, 845-867.

- Magnusson, D. & Cairns, R. (1996). *Developmental science: Toward a unified framework*. Em R. B. Cairns, G. H. Elder & E. J. Costello (Orgs.), *Developmental science* (pp. 7-30). New York: Cambridge University Press.
- Magnusson, D., & Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 685–759). New York: Wiley.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In P.J Costa, C.M.Lopes Pires, J. Veloso e CTL Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.
- Maia, A., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático e avaliação da resposta ao trauma. In M.G. Pereira & M. Ferreira (Eds). *Stress Traumático* (pp. 35-54). Lisboa. Climepsi Editores.
- Mais Vale Prevenir (2008). *Manual de boas práticas na prevenção e acompanhamento da gravidez e maternidade na adolescência*. Lisboa: Maternidade Alfredo da Costa/Fundação Calouste Gulbenkian. Retirado de <http://www.gulbenkian.pt/index.php?section=154&artId=1858>
- Malpique, C. (1986). Menarca como trauma. *Psicologia*, 1, 45-51.
- Mangino, J. G. (2008). *Voices of teen mothers: their challenges, support systems, and successes*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Pittsburgh, Pittsburgh.
- Manlove, J. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school – age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (2), 187 – 220.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2006). Sample selection for adolescent sexual relationships. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Romance and sex in adolescence and emerging adulthood: risks and opportunities* (pp. 233-240). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Manlove, J., Franzetta, K., McKinney, K., Papillo, A. R., & Terry-Humen, E. (2004). *A good time: After-school programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Manlove, J., Franzetta, K., Ryan, S., & Moore, K. (2006). Adolescent sexual relationships, contraceptive consistency, and pregnancy prevention approaches. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Romance and sex in adolescence and emerging adulthood: risks and opportunities* (pp. 181-212). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Manlove, J., Mariner, C., & Papillo, A. R. (2000). Subsequent fertility among teen mothers: Longitudinal analyses of recent national data. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 430–448.
- Marcia, J. E., & Carpendale, J. (2004). Identity: Does thinking make it so? In C. Lightfoot, C. Lalonde, & M. Chandler (Eds.), *Changing conceptions of psychological life* (pp. 113-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Marecek, J. (1987). Counseling adolescents with problem pregnancies. *American Psychologist*, 1 (42), 89 – 93.

- Mason, W. A., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2007). Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use. *Psychology of Addictive Behavior*, 21, 13-24.
- Masten, A. S., Burt, K., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and Psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3, Risk, disorder and psychopathology* (2nd ed.) (pp. 696-738). New York: Wiley.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11(01), 143-169.
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social, Etnicidade e Risco. Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Pereira, S., & Morais, M. (2008). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo: HBSC/OMS. In M.G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança & SIDA – estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 43-116). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Maynard, R. A. (1996). *Kids having kids: A Robin Hood Foundation special report on the costs of adolescent childbearing*. New York: Robin Hood Foundation.
- Maynard, R. A. (1997). The costs of adolescent childbearing. In R. A. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 285–337). Washington, DC: The Urban Institute Press.
- McClanahan, K. K. (2009). Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22, 59-64 doi:10.1016/j.jpjag.2008.04.006
- Mcintyre, A., Saudargas, R. A., & Howard, R. (1991). Attribution of control and teenage pregnancy. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 55-61.
- Mena Matos, P., & Costa, M. E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Mena Matos, P., & Costa, M. E. (2003). Novos encontros, vinculações antigas? Dinâmicas relacionais em adolescentes. Livro de resumos do V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/6799>
- Mendle, J., Turkheimer, E., Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review*, 27, 151-171.

- Mersky, J. P., & Reynolds, A. J. (2007). Predictors of early childbearing: Evidence from the Chicago longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 29, 35 – 52 .
- Mertens, D.M. (1997). *Research methods in education and psychology. Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Meyers, S. A., & Battistoni, J. (2003). Proximal and distal correlates of adolescent mothers parenting attitudes. *Journal of Applied and Developmental Psychology*, 24, 33-49.
- 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.
- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1 – 38 .
- Miller, B. C. (1998). *Families matter: A research synthesis of family influences on adolescent pregnancy*. Washington, D.C.: The national campaign to prevent teen pregnancy. Retirado de http://www.thenationalcampaign.org/resources/marriage_families.aspx
- Miller, B. C., Monson, B. H., & Norton, M. C. (1995). The effects of forced sexual intercourse on White female adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1289-1301.
- Miller, B. C., Norton, M. C., Curtis, T., Hill, E. J., Schvaneveldt, P., & Young, M. H. (1997). The timing of sexual intercourse among adolescents: Family, peer, and other antecedents. *Youth and Society*, 29, 54–83.
- Miller, B. C., Norton, M. C., Fan, I., & Christopherson, C. R. (1998). Pubertal development, parental communication, and sexual values in relation to adolescent sexual behavior. *Journal of Early Adolescence*, 18, 27–52.
- Miller, B. C., Sage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. In T. P. Gullota & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems – evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 567-588). New York: Springer.
- Miller-Johnson, S., Winn, D.-M., Coie, J., Maumary-Gremaud, A., Hyman, C., Terry, R., & Lochman, J. (1999). Motherhood during the teen years: A developmental perspective on risk factors for childbearing. *Development and Psychopathology*, 11, 85-100.
- Millstein, S. G., & Igra, V. (1995). Theoretical models of adolescent risk-taking behavior. In J. L. Wallander & L. J. Siegel (Eds.), *Adolescent health problems: Behavioral perspectives* (pp. 52-71). New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, J., & Silva, P. A. (1992). Childhood experience and the onset of menarche: A test of a sociobiological model. *Child Development*, 63, 47–58.
- Montgomery, M. (2005). Psychosocial intimacy and identity: from early adolescence to emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20, 346-374.

- Moore, K. A., Morrison, D. R., & Greene, A. D. (1997). Effects on the children born to adolescent mothers. In R. A. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 145–180). Washington, DC: Urban Institute Press.
- Mora, F., Segovia, G., & Del Arco, A. (2007). Aging, plasticity and environmental enrichment: Structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Research Review*, 55, 78-88.
- Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Araújo-Pedrosa, A., Canavarró, M. C. & Barros, L. (in press). Percepção Neonatal na Transição para a Maternidade: Estudos Psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal Numa Amostra de Mães da População Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnostico e Avaliação Psicológica*.
- Morgan, C., Chapar, G. N. & Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30, 277 – 289.
- Mott, F. L., Fondell, M. M., Hu, P. N., Kowaleski-Jones, L., & Menaghan, E. G. (1996). The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Family Planning Perspectives*, 28, 13–18.
- Moura Ramos, M. (2006). Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Myers, J., Heazell, A. E. P., Jones, R. L., & Baker, P. N. (2006). Obstetric management of teenage pregnancy. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 17, 317-325 doi:10.1017/S0965539506001847
- Namerow, P. B., Kalmuss, D. S., & Cushman, L. F. (1993). The determinants of young women's pregnancy-resolution choices. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 193–215.
- Nation, M., & Heflinger, C. A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance abuse among adolescents. *American Journal of Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Nativel, C. (2006). Teenage pregnancy and reproductive politics in France. In A. Daguerre & C. Nativel (Eds.), *When children become parents – welfare state responses to teenage pregnancy* (pp. 115-138). Bristol: The Policy Press.
- Nativel, C., & Daguerre, A. (2006). Conclusion: welfare states and the politics of teenage pregnancy: lessons from cross-national comparisons. In A. Daguerre & C. Nativel (Eds.), *When children become parents – welfare state responses to teenage pregnancy* (pp. 225-240). Bristol: The Policy Press.
- Nazaré, A.B. (2007). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre a imagem corporal: Estudos psicométricos do ASI-RTI. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Newcomer, S. F., & Udry, J. R. (1984). Parental marital status effects on adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 235–240.
- Nishina, A., Ammon, N. Y., Bellmore, A. D., & Graham, S. (2006). Body dissatisfaction and physical development among ethnic minority adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 179-191.

- Nottelmann, E. D., Susman, E. J., Inoff-Germain, G. E., Cutler, G. B., Jr., Loriaux, D. L., & Chrousos, G. P. (1987). Developmental processes in American early adolescence: Relations between adolescent adjustment problems and chronologic age, pubertal stage and pubertyrelated serum hormone levels. *Journal of Pediatrics*, 110, 473–480.
- Nurmi, J.-E. (2004). Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 85-124). New York: Wiley.
- Oberlander, S. E., Shebl, F. M., Magder, L. S., & Black, M. M. (2009). Adolescent mothers leaving multigenerational households. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 62-74.
- Olausson, P. O., Haglund, B., Weitoft, G., & Cnattingius, S. (2001). Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: A case study in Sweden. *Family Planning Perspectives*, 33, 70-74.
- Oliveira, C. (2006). Desafios e contextos da influência na adaptação à maternidade: Um estudo longitudinal em população sem risco médico. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, C., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M.C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança: Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto, & A. L. Silva (Eds.), *Stress e Bem-estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, C., Araújo Pedrosa, A., Monteiro, S., Ramos M. M. & Canavarro, M. C. (Setembro, 2004). Percepção do impacto do nascimento de um filho, tarefas desenvolvimentais e adaptação na transição para a maternidade. Comunicação oral apresentada no II Congresso Hispano-Português de Psicologia, Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Retirado de http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html
- Paikoff, R. L., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1991). Effects of girls' hormonal status on depressive and aggressive symptoms over the course of one year. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 191–215.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D., & Darroch, J. E. (2000). Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32, 32–45.
- Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C. J., Maxwell, S. E, Keogh, D. & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 28, 97 -115.
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Pedrosa, C. F. (2003). Resolução de problemas e percepção de controlo pessoal em indivíduos com comportamentos criminais recorrentes. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Pereira, A. I. (2001). Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. V. (2003). Factores promotores do ajustamento emocional em jovens durante a gravidez. *Psychologica*, 33, 33-46.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40 (159), 655-672.
- Pereira, M. (2008). Adaptação na transição para a maternidade em mulheres seropositivas para o VIH: Trajectórias e determinantes. (Dissertação de Doutoramento não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, S., Morais, M., & Matos, M.G. (2008). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In M.G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança & SIDA – estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 25-42). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 61, 265-274.
- Petersen, A. C. (1987). The nature of biological–psychosocial interactions: The sample case of early adolescence. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Eds.), *Biological–psychosocial interactions in early adolescence: A life-span perspective* (pp. 35–61). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Petersen, A. C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Pfizer, M. A., Hoff, C., & McElligott, K. (2003). Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16, 77-81..
- Phipps-Yonas, S. (1980). Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(3), 403-431.
- Piaget, J. (1960). *The child's conception of the world*. Paterson, NJ: Littlefield, Adams.
- Piaget, J. (1969). The intellectual development of the adolescent. In G. Caplan & S. Lebovici (Eds.), *Adolescence: Psychosocial perspective* (pp. 22–26). New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1–12.
- Piccinino, L. J., Mosher, W. D. (1998). Trends in contraceptive method use in the United States: 1982-1994. *Family Planning Perspectives*, 30, 4-10.
- Pires, R. (2009b). Gravidez na adolescência em Portugal: Influência de factores socioculturais, relacionais e individuais na etiologia, decisão reprodutiva e adaptação face ao prosseguimento ou interrupção da gravidez. Projecto

- de Doutorado aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pires, R.S.A. (2009a). 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.
- Pirotta, W. R. B., & Pirotta, K. C. M. (2005). Relações de género e poder: os adolescentes e os direitos sexuais e reprodutivos o Estatuto da Criança e do Adolescente. In R. C. F. Adorno, A. T. Alvarenga, & M. P. C. Vasconcellos (Orgs.), *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos* (pp. 75-90). São Paulo, BR: FAPESP/EDUSP.
- Pittman, K. J. (1998). Beyond prevention: Linking teenage pregnancy prevention to youth development. Baltimore: International Youth Foundation. Retirado de <http://www.wested.org/ppfy/beyond.htm>
- Pogarsky, G., Thornberry, T. P., & Lizotte, A. J. (2006). Developmental outcomes for children of young mothers. *Journal of Marriage & Family*, 68, 332-334.
- Priel, B & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23, 343-360.
- Ramirez-Valles, J., Zimmerman, M. A., & Newcomb, M. D. (1998). Sexual risk behavior among youth: Modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 237-253.
- Raneri, L. G., & Wiemann, C. M. (2007). Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39, 39 – 47 .
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Records, K. A. (1993). Life events of pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 110 (28), 325 – 338.
- Reis, M. & Matos, M (2006). *Sexualidade e a Promoção da Saúde em Jovens Universitários*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Auman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., ..., Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Rhein, L. M., & Ginsburg, K. R., & Schwarz, D. F., Pinto-Martin, J. A., Zhao, H., & Morgan A. P., & Slap, G. B. (1997). Teen father participation in child rearing: family perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 21(4), 244-252.
- Robbins, C. , Kaplan, H. B., & Martin, S. S. (1985). Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 339 – 348.

- Rodgers, J. L., Rowe, D. C., & Buster, M. (1999). Social contagion, adolescent sexual behavior, and pregnancy: A nonlinear dynamic EMOSA model. *Developmental Psychology*, 34(5), 1096–1113.
- 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.
- Rodriguez-Tomé, H. (1989). Maturation biologique et psychologie de l'adolescence : représentation du corps et relations parents-adolescents. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 18, 279-280.
- Rogoff, B., Moore, L., Najafi, B., Dexter, A., Correa-Chavez, M, & Solis, J. (2007). Children's development of cultural repertoires through participation in everyday routines and practices. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization* (pp. 490-515). New York: Guilford.
- Rolinson, M. R., & Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*, 37, 585-596.
- Rollins, B.C., & Thomas, D.L. (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, & J.L. Reiss (Eds.). *Contemporary theories about the family*. London: Free Press.
- Roosa, M. W., Tein, J. Y., Reinholtz, C., & Angelini, P. J. (1997). The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 119-130.
- Roque, O. (Ed.). (2003). *Mamãs de Palmo e Meio: gravidez e maternidade na adolescência*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.
- Roque, O. (Ed.). (2005). *Mamãs de Palmo e Meio: testemunhos*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2003). Emotional development in adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 269-289). Malden, MA: Blackwell.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328 – 335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V., & Becker, H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rothbart, M., & Bates, J. (1997). Temperament. In W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol.3. Social, emotional and personality development* (pp. 308-418). New York: Wiley.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2007). *Teenage pregnancy and reproductive health*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

- Roye, C. F., & Balk, S. J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their Children: A review. *Journal of Adolescent Health*, 19, 86-93.
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 571-645). New York: Wiley.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein & S. Weintraub (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
- Salazar, L. F., Santelli, J. S., Crosby, R. A., & DiClemente, R. J. (2009). Sexually transmitted disease transmission and pregnancy among adolescents. In R. J. DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (2009). *Adolescent Health: Understanding and preventing risk behaviors* (pp. 275-303). New York: Jossey Bass.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-19). New York: Guilford Press.
- Sanchez-Flores, H. (2003). Young male involvement in pregnancy prevention and parenting. *NOAPPP Network*, 23 (3), 5-7.
- Santelli, J. S. (2007, December 14). Knocked up. *The Guardian* (London). Retirado de <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2007/dec/14/knockedup>
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Finer, L. B. & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1 (97), 150 – 156.
- Santrock, J. W. (2008). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Scaramella, L. V., Conger, R. D., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1998). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Developmental Psychology*, 34, 1233–1245.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
- Schellenbach, C., Whitman, T. & Barkowski, J. (1992). Toward an integrative model of adolescent parenting. *Human Development*, 35, 81 – 99.
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., & Hurrelman, K. (1999). Negotiating developmental transitions during adolescence and young adulthood: health risks and opportunities. In J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelman (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 1-22). Cambridge: Cambridge University Press.

- Schvaneveldt, P. L., Miller, B. C., Lee, T. R., & Berry, E. H. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence*, 36 (144), 767-787.
- Shadigian, E., & Bauer, S. (2005). Pregnancy-associated death: A qualitative systemic review of homicide and suicide. *Obstetrics and Gynecology Survey*, 60, 183-190.
- Shanok, A. F. & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 199 – 210.
- Sherman, B. R., & Donovan, B. R. (1991). Relationship of perceived maternal acceptance-rejection in childhood and social support networks of pregnant adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 103-113.
- Shields, N., & Pierce, L. (2006). Controversial issues surrounding teen pregnancy: a feminist perspective. In H. Holgate, R. Evans & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood - global perspectives, issues and interventions* (pp. 129-148). London: Routledge.
- 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.
- Silver, E. J., & Bauman, L. J. (2006). The association of sexual experience with attitudes, beliefs, and risk behaviors of inner-city adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 16 (1), 29-45.
- Simões, C., & Matos, M. G. (2008). Comportamentos de risco na adolescência: factores associados ao início precoce da actividade sexual. In M. G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança & SIDA – estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 117-142). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- 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.
- Singh, S., & Darroch, J.E. (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32, 14-23.
- Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S., & Vlassoff, M. (2009). Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York: Alan Guttmacher Institute. Retirado de <http://www.guttmacher.org/sections/recent/index.html>
- Singh, S., Darroch, J., & Frost, J. (2001). Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 33, 251-258.
- Small, S. A., & Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological, risk-factor approach. *Journal of Marriage and the Family*, 56(2), 181–192.
- Smithbattle L. (2006). Helping teen mothers succeed. *Journal of School Nursing*, 22, 130-135.
- SmithBattle, L. (2007). Legacies of Advantage and Disadvantage: The Case of Teen Mothers. *Public Health Nursing*, 24(5), 409-420.

- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 373 – 384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Social Exclusion Unit (1999). *Teenage Pregnancy Report by the Social Exclusion Unit*. London: HMSO.
- Speak, S. (2006). Being there: roles and aspirations of young single non-residential fathers. In H. Holgate, R. Evans & F. Yuen (Eds.), *Teenage pregnancy and parenthood - global perspectives, issues and interventions* (pp. 149-158). London: Routledge.
- Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335–347.
- Stattin, H., & Magnusson, D. (1990). Pubertal maturation in female development. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Steinberg, L. D., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent* (2nd ed.). New York: Harper.
- Steinberg, L. D., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 1). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Steinberg, L., & Belsky, J. (1991). *Infancy, childhood and adolescence – development in context*. New York: McGraw-Hill.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Steven-Simons, C. & Kaplan, D. (1998). Teen Childbearing Trends: Which Tide Turned When and Why? *Pediatrics*, 102, 1205-1207.
- Stevens-Simon, C., Sheeder, J., & Harter, S. (2005). Teen contraceptive decisions: Childbearing intentions are the tip of the iceberg. *Women and Health*, 42, 55 – 73.
- Stevens-Simon, C., Kelly, L., & Kulick, R. (2001). A village would be nice but . . . it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 60-65.
- Stewart, A. J., Sokol, M., Healy, J. M., & Chester, N. L. (1986). Longitudinal studies of psychological consequences of life changes in children and adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 143-151.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2003). *Health measurement scales*. Oxford: Oxford University Press.
- Strough, J., Berg, C. A., & Sansone, C. (1996). Goals for solving everyday problems across the life span: Age and gender differences in the salience of interpersonal concerns. *Developmental Psychology*, 32, 1106-1115.

- Suner, J., Nakamura, S., & Caulfield, R. (2003). Kids having kids: Models of intervention. *Early Childhood Education Journal*, 31, 71-75.
- Susman, E. J., Dorn, L. D., Inoff-Germain, G., Nottelmann, E. D., & Chrousos, G. P. (1997). Cortisol reactivity, distress behavior, behavior problems, and emotionality in young adolescents: A longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 7, 81-105.
- Susman, E. J., Nottelmann, E. D., Inoff-Germain, G. E., Dorn, L. D., Cutler, G. B., Loriaux, D. L., & Chrousos, G. P. (1985). The relation of relative hormone levels and physical development and social-emotional behavior in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(3), 245-264.
- Susman, E. J., Nottelmann, E. D., Inoff-Germain, G., Dorn, L. D., & Chrousos, G. P. (1987). Hormonal influences on aspects of psychological development during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 8, 492-504.
- Susman, E.J., & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.) (pp. 15-44). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sussex B, & Corcoran, K. (2005). The impact of domestic violence on depression in teen mothers: is the fear or threat of violence sufficient? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 109-120.
- Szigethy, E. M., & Ruiz P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158, 22-30.
- Tavares, M. & Barros, H. (1996). Gravidez na adolescência em Portugal. *Revista de Epidemiologia*, 10 (4), 3 – 8.
- Tavares, M. (2007). *Aborto e contracepção em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teenage Pregnancy Unit (2007). *Consequences of teenage parenthood: Pathways which minimise the long-term negative impacts of teenage childbearing*. Department of Health, UK: Teenage Pregnancy Research Programme. Retirado de <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/resources-and-practice/RS00041/>
- Terry-Humen, E., Manlove, J., & Moore, K. (2005). *Playing catch-up: How the children of teen mothers fare*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Thompson, M. P., Ho, C. H., & Kingree, J. B. (2007). Prospective associations between delinquency and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*, 40, 232-237.
- Triandis, H.C. (1989). The self and social behavior in differing cultures. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- Troutman, B. R. & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (99), 69 – 78.
- Turley, R. N. L. (2003). Are children of young mothers disadvantaged because of their mothers' age or family background? *Child Development*, 74, 465-474.
- Udry, J. R. (1990). Biosocial models of adolescent problem behaviors. *Social Biology*, 37, 1-10.

- Uma em cada oito alunas de escola de Chicago grávidas. (2009, 24 de Outubro). Diário de Notícias. Retirado de http://dn.sapo.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=1400226&secao=EUA%20e%20Am%E9ricas
- UNAIDS (1998). HIV in Pregnancy: A Review. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS (2002). AIDS epidemic update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- United Nations Children's Fund (2002). Adolescence – a time that matters. New York: United Nations Children's Fund.
- United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (2009). Aids epidemic update. Geneva: United Nations Joint Programme on HIV/AIDS.
- United Nations Statistics Division (2008). Demographic Yearbook 2006. Geneva: United Nations.
- Urberg, K. A. (1982). A theoretical framework for studying adolescent contraceptive use. *Adolescence*, 17, 527-540.
- Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5 (2), 119 – 130.
- Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment* (pp. 198-225). New York: Guilford Press.
- Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 261-278.
- Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21, 279-308.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Ventura, S. J., Abma, J., Mosher, W., & Henshaw, S. K. (2008). Estimated pregnancy rates by outcome for the United States 1990 – 2004. *National Vital Statistics Report*, 56 (15), 1 – 25 .
- Ventura, S. J., & Freedman, M. A. (2000). Teenage childbearing in the United States, 1960-1997. *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (Suppl), 18-25.
- Vilar, D., & Gaspar, A.M. (1999). Traços redondos (a gravidez em mães adolescentes). In J.M. Pais (Coord.), *Traços e riscos de vida* (pp. 31-94). Porto: Ambar.
- Vincent, M., Drane, W., Joshi, P., Shankarnarayan, S., & Nimmons, M. (2004). Sustained reduction in adolescent pregnancy rates through school and community - based education, 1982 – 2000. *American Journal of Health Education*, 35(2), 76-83.

- Von Bertalanffy, L. (1978). *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (2000). Early parenthood in context: implications for development and intervention. In C.H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 129-144). New York: The Guilford Press.
- Wakschlag, L. S., Chase-Lansdale, P. L., & Brooks-Gunn, J. (1996). Not just "ghosts in the nursery": Contemporaneous intergenerational relationships and parenting in young African-American families. *Child Development*, 67, 2131-2147.
- Walker, L. J., & Taylor, J. H. (1991). Family interaction and the development of moral reasoning. *Child Development*, 62, 264-283.
- Ward, L. M., & Friedman, K. (2006). Using TV as a guide: Associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behaviors. *Journal of Research in Adolescence*, 16, 133-156.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., & Macdowall, W. (1996). Teenage sexuality, fertility and life chances. *Reviews of Reproduction*, 4, 184-190.
- Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15 (2), 251-273.
- White, J. (1984). Initiating contraceptive use: How do young women decide? *Pediatric Nursing*, 10, 346-352.
- Whitehead, B. D., Wilcox, B. L., & Rostosky, S. S. (2001). *Keeping the faith: the role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Whitman, T., Borkowski, J., Keogh, D., & Weed, K. (2001). *Interwoven Lives: Adolescent Mothers and their Children*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wieman, C.M., Agurcia, C.A., Rickert, V.I., Berenson, A.B., & Volk, R.J. (2006). Absent fathers as providers: race/ethnic differences in support for adolescent mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 617-634. DOI: 10.1007/s10560-006-0078-1
- Wight, D., Williamson, L., & Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behaviour: a longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 29, 473-494.

- Wilkinson, P., French, R., Kane, R., Lachowycz, K., Stephenson, J., Grundy, C., ..., & Wellings, K. (2006). Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994–2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*, 368, 1879–1886.
- Wolfe, B., & Perozek, M. (1997). Teen children's health and health care use. In R. A. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 181–203). Washington, DC: Urban Institute Press.
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and the Family*, 63 (4), 1170 – 1184.
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2006). Gender differences in the transition to early parenthood. *Development and Psychopathology*, 18(01), 275-294.
- Woollett, A., & Parr, M. (1997). Psychological tasks for women and men in the post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 159-183.
- World Health Organization (1965). Health problems of adolescence. Technical Report Series n° 308. Geneva: WHO. Retirado da World Wide Web em 12 de Março de 2009, de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_308.pdf.
- World Health Organization (1975). Pregnancy and abortion in adolescence. Technical Report Series n°583. Geneva: WHO. Retirado da World Wide Web em 12 de Março de 2009, de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf.
- World Health Organization (2002). Adolescent friendly health services – an agenda for change. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). Adolescent pregnancy. Issues in adolescent health and development. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. Geneva: World Health Organization.
- Wrennick, A.W., Schneider, K., & Monga, M. (2005). The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, 1465-1468.

Anexos

Anexo 1 – Instituições de saúde e de ensino que colaboraram na recolha da amostra

Anexo 2 – Classificação do Nível Socioeconómico (Simões, 1994)

Anexo 3 - Formulários de consentimento informado (GADOL e GC)

Instituições que colaboraram na recolha da amostra

| Instituições de Saúde

Centro de Saúde da Praia da Vitória (Terceira)

Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (Terceira)

Centro de Saúde da Calheta (S. Jorge)

Centro de Saúde das Velas (S. Jorge)

Centro de Saúde da Vila de Santa Cruz (Graciosa)

Centro de Saúde da Horta (Faial)

Centro de Saúde da Madalena (Pico)

Centro de Saúde de São Roque (Pico)

Centro de Saúde das Lajes (Pico)

Centro de Saúde de Santa Cruz (Flores)

Centro de Saúde de Ribeira Grande (Terceira)

Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (S. Miguel)

Centro de Saúde da Povoação (S. Miguel)

Centro de Saúde de Lagoa (S. Miguel)

Centro de Saúde de Vila do Porto (Santa Maria)

Centro de Saúde de Ponta Delgada (S. Miguel)

Unidade de Saúde de Rabo de Peixe (S. Miguel)

Unidade de Saúde de São José (S. Miguel)

Unidade de Saúde de Arrifes (S. Miguel)

Posto de Saúde de Capelas (S. Miguel)

Posto de Saúde de Feteiras (S. Miguel)

Posto de Saúde da Maia (S. Miguel)

Hospital da Horta (Faial)

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (S. Miguel)

Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo (Terceira)

| Instituições de Ensino

Escola Básica Integrada da Praia da Vitória (Terceira)

Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo (Terceira)

Escola Profissional da Praia da Vitória (Terceira)

Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade (Terceira)

Escola Básica Integrada dos Biscoitos (Terceira)

Escola Básica Integrada da Horta (Faial)

Escola Secundária Manuel de Arriaga (Faial)

Escola Profissional da Horta (Faial)

Classificação do Nível Socioeconómico (Simões, 1994)

1 – Nível socioeconómico BAIXO	Trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade.
--------------------------------	--

2 – Nível socioeconómico MÉDIO	Profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.
--------------------------------	--

3 – Nível socioeconómico ELEVADO	Grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários), à licenciatura, mestrados e doutoramentos.
----------------------------------	---

Anexo 3

Formulário de Consentimento informado (GADOL)

Estudo sobre Gravidez e Maternidade na Adolescência nos Açores

Está neste momento em curso a realização de um estudo sobre a gravidez na adolescência na Região Autónoma dos Açores.

Objectivos Gerais: O estudo visa caracterizar do ponto de vista demográfico e psicossocial uma amostra de grávidas adolescentes, conhecer os factores de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência, definir linhas orientadoras para a promoção de uma boa adaptação das jovens mães aos seus diversos contextos de vida, promovendo igualmente o bom desenvolvimento dos seus filhos e definir linhas orientadoras para a prevenção da gravidez na adolescência e promoção de uma boa adaptação da grávida aos seus diversos contextos de vida.

Amostra: Será recolhida informação de um grupo de jovens adolescentes grávidas e/ou mães, e um outro grupo de jovens adolescentes que frequentam o ensino regular ou profissional, que no momento não estão e nunca estiveram grávidas. A participação é inteiramente voluntária.

Papel das participantes: Responder a um conjunto de questionários aplicados por Psicólogas devidamente credenciadas para o efeito. A participação poderá iniciar-se em qualquer momento da gravidez, até aos 18 meses de vida do bebé; também neste tempo algumas jovens poderão ser solicitadas a participar mais do que uma vez, no sentido de obter dados da sua adaptação ao longo do processo de transição para a maternidade. Todos os questionários serão identificados apenas por códigos e os dados serão tratados apenas colectivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, a confidencialidade das respostas. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projecto, sem que por isso seja prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projecto comprometem-se a:

- a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor colectivo e serão apenas tratados como um todo).

Consentimento informado

A Equipa coordenadora deste Estudo vem solicitar autorização para que a jovem _____ possa participar, respondendo a um conjunto de questionários, que serão aplicados pela Psicóloga _____ devidamente credenciada para o efeito, sendo que a informação recolhida será anónima, confidencial e tratada colectivamente, pela equipa científica coordenadora chefiada pela Prof. Maria Cristina Canavarro (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

Agradecendo a participação e disponibilidade, solicitamos que assine o presente documento.

A jovem E/OU o Encarregado(a) de Educação,

....., ___/___/2008

Para eventuais dúvidas, contacte a técnica responsável:

Anabela Araújo Pedrosa (Psicóloga)

Endereço electrónico: anabelafap@huc.min-saude.pt

Telefone: 239 403060

Formulário de Consentimento informado (GC)

Estudo sobre Gravidez e Maternidade na Adolescência nos Açores

Está neste momento em curso a realização de um estudo sobre a gravidez na adolescência na Região Autónoma dos Açores.

Objectivos Gerais: O estudo visa caracterizar do ponto de vista demográfico e psicossocial uma amostra de grávidas adolescentes, conhecer os factores de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência, definir linhas orientadoras para a promoção de uma boa adaptação das jovens mães aos seus diversos contextos de vida, promovendo igualmente o bom desenvolvimento dos seus filhos e definir linhas orientadoras para a prevenção da gravidez na adolescência e promoção de uma boa adaptação da grávida aos seus diversos contextos de vida.

Amostra: Será recolhida informação de um grupo de jovens adolescentes grávidas e/ou mães, e um outro grupo de jovens adolescentes que frequentam o ensino regular ou profissional, que no momento não estão e nunca estiveram grávidas. A participação é inteiramente voluntária.

Papel das participantes: Responder a um conjunto de questionários aplicados por Psicólogas devidamente credenciadas para o efeito. A participação ocorrerá num único momento. Todos os questionários serão anónimos e os dados serão tratados apenas colectivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato das participantes. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projecto.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projecto comprometem-se a:

- a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor colectivo e serão apenas tratados como um todo).

Consentimento informado

A Equipa coordenadora do Estudo, com conhecimento do Conselho Executivo da Escola _____ vem solicitar aos pais/encarregados de Educação a autorização para que a aluna _____ possa participar, respondendo a um conjunto de questionários, que serão aplicados pela Psicóloga _____ devidamente credenciada para o efeito, sendo que a informação recolhida será anónima, confidencial e tratada colectivamente, pela equipa científica coordenadora chefiada pela Prof. Maria Cristina Canavarro (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

Agradecendo a participação da vossa educanda e a vossa disponibilidade, solicitamos que assine o presente documento.

O/a Encarregado(a) de Educação (ou a jovem se maior de 18 anos),

....., ___/___/2008

Para eventuais dúvidas, contacte a técnica responsável:

Anabela Araújo Pedrosa (Psicóloga)

Endereço electrónico: anabelafap@huc.min-saude.pt

Telefone: 239 403060
