



UC/FPCE—2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Gravidez na adolescência em Angola: Estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida

Sérgio Isaías Chipalanga
(e-mail:sergiochipalanga1984@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Doutora Sofia Major

Gravidez na adolescência em Angola: Estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida

Resumo: A gravidez na adolescência é considerada aquela que ocorre até antes dos 20 anos da adolescente. O presente estudo centra-se sobre a gravidez na adolescência em contexto angolano, tendo como objetivo fundamental analisar e caracterizar o perfil de futuros pais e mães adolescentes em Angola, bem como comparar o funcionamento familiar e a satisfação com a vida em adolescentes grávidas e não grávidas. Contou com uma amostra de 100 adolescentes, sendo 50 grávidas (ADG) e 50 não grávidas (ADNG), residentes na província de Benguela. A avaliação do funcionamento familiar foi efetuada com recurso ao SCORE-15 e a análise do nível de satisfação com a vida com a SWLS. Os resultados apontam para uma diferença não significativa no que ao funcionamento familiar diz respeito entre as ADG e ADNG, havendo uma diferença estatisticamente significativa na satisfação com a vida, com as ADNG a revelarem-se mais satisfeitas com a sua vida do que as ADG. Analisados alguns possíveis fatores de risco para a gravidez precoce, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adolescentes nas variáveis computador, internet, abandono escolar, número de reprovações, conhecimento de contraceptivos, e definição do projeto de vida. Contudo, apesar das potencialidades deste estudo, o mesmo representa apenas um contributo no aprofundamento e compreensão da temática da gravidez na adolescência, mais especificamente em contexto Angolano.

Palavras-chave: Adolescência, gravidez, Angola, funcionamento familiar, satisfação com a vida.

Pregnancy in adolescence in Angola: Study of the family functioning and satisfaction with life

Abstract: The pregnancy in adolescence happens before the 20 years of the adolescent. The present study focuses on the pregnancy in adolescence, in Angolan context, and aims to analyze and to characterize the profile of futures adolescents' fathers and mothers in Angola, as well as to compare the family functioning and the satisfaction with life in pregnant and non pregnant adolescents. A sample of 100 adolescents was used, with 50 pregnant (ADG) and 50 non pregnant (ADNG), resident in the province of Benguela. The assessment of the family functioning was made with resource to the SCORE-15 and the analysis of the level of satisfaction with life with the SWLS. The results indicate for a non significant difference for what respects family functioning between ADG and ADNG, with a statistical significant difference when the subject is the satisfaction with life, with the ADNG being more satisfied with her life compared to the ADG. Analyzing some probable risk factors for the early pregnancy, significant differences were found for the variables computer, internet, school dropout, school reprobation, contraceptive knowledge and life project. However, in spite of the potentialities of this study, it just represents a contribute to expand and better understand the subject of pregnancy in the adolescence, specifically in Angola.

Keywords: Adolescence, pregnancy, Angola, family functioning, satisfaction with life.

Agradecimentos

À Direção do Instituto Superior Politécnico Tundavala, na pessoa da sua Diretora pela forma sábia e humana como dirigiu e geriu a instituição.

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, fundamentalmente, a todos os professores e professoras que se disponibilizaram em atravessar África, visando partilharem connosco os seus conhecimentos.

À minha Orientadora, Doutora Sofia Major, que pacientemente soube “apoiar” e “remediar” as minhas falhas, para a melhoria do meu trabalho.

Aos meus familiares, principalmente a minha menina, Angel, que muito lhe faltou quando marchava em direção às terras da CHELA.

Aos meus colegas, companheiros de luta.

Aos meus grandes amigos (Moura Salvador, João Ângelo, Alberto Carmelino e Alfredo Lemos) que muito me ajudaram sempre que precisei.

À minha querida Kalopa que, preocupada com meu estado de saúde, se deslocava igualmente ao Lubango para prestar o seu imensurável apoio, não só material, mas acima de tudo emocional.

A todos que de forma direta e indireta deram o seu prestimoso contributo.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1.1. Adolescência	2
1.2. Gravidez na Adolescência	3
1.3. Maternidade (Ser Mãe) na Adolescência	6
1.4. Paternidade (Ser Pai) na Adolescência	8
1.5 Gravidez na Adolescência: Funcionamento Familiar e Satisfação com a Vida	11
II. Objetivos	13
III. Metodologia	13
3.1. Seleccção e recolha da amostra	13
3.2. Caracterização da amostra	14
3.3. Instrumentos	18
3.4. Análises estatísticas	19
IV. Resultados	20
4.1. Perfil Pai/Mãe na adolescência	20
4.2. Fatores de risco e de proteção: Gravidez na adolescência	23
4.3. Estatística descritiva e consistência interna do SCORE-15 e da SWLS	26
4.4. Funcionamento familiar e satisfação com a vida nas Adolescentes Grávidas vs. Adolescentes não Grávidas	27
V. Discussão	28
VI. Conclusões	35
Bibliografia	37
Anexos	42

Introdução

Ser pai/mãe é ser agente de continuidade entre as gerações (Canavarro, 2001). Porém, quando se trata da temática da gravidez na adolescência, esta tem sido como um fenómeno de interesse e preocupação, tanto para os académicos, passando pelos governantes assim como para a sociedade civil (Trindade & Menandro, 2002). Em paralelo a esta realidade, a paternidade tem sido relegada para segundo plano na literatura, quando comparada com a maternidade (Levandowski, Antoni, Koller, & Piccinini, 2002), apesar de se assistir a uma crescente preocupação da abordagem deste tema (Meinke & Carraro, 2009).

Ao abordar a questão da gravidez na adolescência, não se deve descartar o facto de que parte dos parceiros das mães adolescentes é de igual modo adolescente o que, tendo em conta dados de investigações realizadas ou de órgãos governamentais, demonstra uma certa ignorância sobre a existência de muitos adolescentes que vivenciam o fenómeno da paternidade (Oliveira, 1998; Trindade & Menandro, 2002). A estes adolescentes (mãe e pai), a gravidez transforma as suas identidades que são influenciadas por inúmeros aspetos sejam eles de natureza afetiva, social, psíquica e cultural, que os afetará exigindo-lhes adaptações a um novo contexto de vida no âmbito pessoal, familiar e sociocultural (Leal, 2000).

A compreensão da gravidez na adolescência, tanto no que refere à maternidade como à paternidade passa por se admitir a sua complexidade (Trindade & Menandro, 2002). Assim, tendo presente este grande desafio da compreensão do fenómeno da maternidade e paternidade na adolescência de um modo geral, e de maneira mais específica em contexto angolano, torna-se de extrema importância a abordagem deste tema. O elevado índice do fenómeno em contexto angolano tem levado o governo e demais organizações a adotar políticas visando uma diminuição da ocorrência do fenómeno. Fica a expectativa que o presente trabalho irá, de alguma forma, contribuir com o fornecimento de dados, que associados a outros estudos anteriormente realizados e os que futuramente serão desenvolvidos, permitam uma melhor compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência e, quiçá, como base para a planificação de novas formas de atuação e melhoria no modo de lidar com a situação da gravidez, maternidade e paternidade na adolescência.

Neste sentido, o presente estudo terá como objetivo a análise do funcionamento familiar e o nível de satisfação com a vida em adolescentes grávidas e não grávidas em contexto angolano, bem como fornecer alguns dados acerca do perfil sociodemográfico e familiar dos futuros pais e mães adolescentes.

I – Enquadramento Conceptual

1.1. Adolescência

O termo adolescência provém do verbo latino *adolescere* significando desenvolver-se, crescer, e é próximo da expressão *adodolescere*, que significa adoecer. Assim, a proximidade entre esses dois termos está associada à dimensão de crise, daí a fase da adolescência ser definida como um período de elevada fragilidade (Matheus, 2007). No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define como período correspondente à adolescência as idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade (Eisenstein, 2005; Schoen-Ferreira et al., 2010; Silva et al., 2009).

Neste sentido, a adolescência é uma fase da vida humana caracterizada por um conjunto de transformações sociais, psicológicas e anatomo-metabólicas, submetendo o indivíduo a um estilo de vida vulnerável mas, ao mesmo tempo, estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que se farão presentes durante toda a vida (Neto, Dias, Rocha, & Cunha, 2007). Por sua vez, Saito (2001, citado por Neto et al., 2007) considera que a adolescência deve ser encarada como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, tendo como aspeto marcante a transformação ligada aos aspetos físicos e psíquicos do ser humano, inserido nas mais variadas culturas. Já Hercowitz (2002, citado por Silva & Tonete, 2006) afirma que a adolescência é a fase da transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade se reveste de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando a sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social. A adolescência é ainda definida como sendo um período de transição entre a infância e a idade adulta que se caracteriza por esforços realizados para alcançar objetivos vinculados às expectativas culturais e à aceleração do desenvolvimento físico, mental, emocional e social (OMS, 1986, citada por Trindade, 2005). De destacar também a ideia apresentada por Quadrado (2008, citado por Silva & Silva, 2007) que afirma que vivemos num tempo em que não podemos continuar a assumir a adolescência como uma mera condição de idade, é preciso entendê-la como uma produção discursiva e heterogénea, por existirem múltiplas formas de ser adolescente devido aos diversos meios sociais. Conclui-se, que não existe adolescência como acontecimento biológico, psicológico, homogéneo e estático, mas sim adolescências múltiplas, mutáveis, heterogéneas, reconstruídas a cada momento nos diversos nós da rede social (Silva & Silva, 2007).

A adolescência apresenta vários desafios, por essa razão é uma época marcada por uma certa turbulência e conflitos, mas este facto não ocorre necessariamente com todos os adolescentes, dependendo de fatores externos tais como a família, comunidade, cultura, entre outros, fazendo com que alguns se adaptem às mudanças, contrariamente a outros que se tornam irritados ofensivos e stressados (Silva & Silva, 2007).

1.2. Gravidez na Adolescência

Abordar a temática da gravidez na adolescência resulta numa questão apaixonante, quanto delicada e complexa. Gravidez é um conceito associado com frequência à maternidade mas, na verdade, são conceitos ou realidades distintas, pois o facto de uma mulher estar grávida não assegura uma posterior maternidade (Canavarro, 2001). Esta ideia é reforçada por Leal (1990, citada por Canavarro, 2001), ao enfatizar que a maternidade requer mais do que desejar ter um filho, requer desejar ser mãe. Neste sentido, Colmam e Colmam (1994) descrevem a gravidez como sendo simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que coloca a mulher em contacto com os sentimentos, significados que residem lá bem no fundo da natureza humana.

Assim, considera-se a gravidez como um processo que corresponde a cerca de 40 semanas, com início na concepção e término com o parto que, do ponto de vista psicológico, permite a preparação para ser mãe, treinando papéis e tarefas maternas ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, ao mesmo tempo, aprender a aceitá-lo como pessoa única com vida própria (Canavarro, 2001).

De acordo a classificação da OMS, considera-se gravidez na adolescência, aquela que ocorre até aos 20 anos incompletos, compreendendo o período dos 10 aos 19 anos de idade (Cabral, 2002).

No entanto, a questão da gravidez na adolescência não é uma temática recente embora tenha grande notoriedade, pelo facto de ser assumida como um grave problema social nos países desenvolvidos e muitas vezes associado a baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza (Canavarro, 2001). Antigamente não se encarava a adolescência como hoje em dia, pois era considerada um período ideal para se ter filhos, fruto do contexto sociocultural representado com o facto da maior parte das mulheres não estarem inseridas no mundo do trabalho, cabendo-lhes apenas o papel de “dona de casa” (Silva & Silva, 2007). Hoje em dia, a perspectiva é de certa forma diferente, pois é vista como uma expressão da questão social que merece atenção devido aos vários fatores sociais, económicos, psicológicos e educacionais que a envolvem (Silva & Silva, 2007). Nos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência é vista como sendo um risco social e um grave problema de saúde pública em função da sua magnitude e amplitude, assim como dos problemas que dela derivam (Neto et al., 2007). Como tal, para alguns autores a gravidez em adolescentes passa a ser vista como um problema social negativo, devendo, como tal, ser erradicada (Renepontes & Eisenstein, 2005). Não obstante esta realidade, a considerada epidemia da maternidade na adolescência só foi reconhecida por volta de 1970, quando as taxas de fecundidade nesta faixa etária começaram a subir nos Estados Unidos da América (EUA) e noutros países do primeiro mundo (Chalen, Mitsuhiro, Barros, Guinsburg, & Laranjeira, 2007).

De referir que nas últimas décadas, a questão da gravidez na adolescência tem se transformado numa grande preocupação em diversos setores da vida pública (Trindade & Menandro, 2002). Autores como

Siqueira, Mendes, Finkler, Guedes e Gonçalves (2002) reforçam esta ideia, ao afirmar que a gravidez na adolescência tem sido motivo de preocupação crescente no âmbito das políticas de saúde e educação, assim como no que concerne às organizações familiares. Barker e Castro (2002) afirmam que nos últimos 15 anos, tem havido um aumento do interesse no que diz respeito à preocupação de diversos setores da sociedade no que se refere ao fenómeno da gravidez na adolescência, facto que se traduz em políticas e programas direcionados para essa problemática com investimentos crescentes de recursos humanos e económicos.

Nos últimos anos, a incidência da gravidez na adolescência vem aumentando significativamente em todo mundo (Dadoorian, 2003). De acordo com Santos e Silva (2000), as estatísticas comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo mundo. Nos EUA, entre 1975 a 1989 a percentagem de nascimentos de adolescentes grávidas e solteiras aumentou em 74,4% (Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica, 2003). Na América latina, este número passou de 71 milhões em 1980 para 86 milhões em 1990 e estaria em torno de 100 milhões no ano de 2000, segundo os dados da organização Pan – Americana da Saúde (1992). No Brasil, segundo dados do Ministério de Saúde (2006), em 1994, 508.344 adolescentes engravidaram, número este que aumentou consideravelmente para 673.045 em 2003. A nível mundial, estima-se que em cada 100 adolescentes entre os 15 e os 19 anos, cinco se tornam mães anualmente. Em África e, mais especificamente em Angola, as estatísticas são, ou duvidosas ou inexistentes, tendo em conta que os sistemas de saúde são imperfeitos com poucos recursos; fazendo com que uma maioria da população escape às estatísticas oficiais devido à falta de ingressos por parte desta na assistência aos centros de saúde.

No entanto, o aumento na frequência de ocorrência e os possíveis problemas a ela associados justificam a preocupação com a gravidez adolescente (Oliveira, 1998). Porém, a preocupação social está mais na gravidez que não ocorre dentro dos relacionamentos conhecidos e aceites pelos adultos, que tem sido o mais frequente entre adolescentes, fazendo com que os adolescentes usem a sexualidade sem a permissão do mundo adulto (Renepontes & Eisenstein, 2005).

Segundo Hanshow (1997, citado por Chalen et al., 2007), os maiores índices de gestação na adolescência afetam de preferência pessoas de raça negra, na qual é comum um nível socioeconómico desfavorável. Bennett e colaboradores (1997, citados por Chalen et al., 2007) verificaram que a gravidez nas adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade ocorre mais em zonas rurais do que nas áreas urbanas, onde há mais disponibilidade de informação e educação. Neto e colaboradores (2007) referem que muitas adolescentes engravidam antes dos 15 anos, como resposta a uma dependência da mãe, levando a adolescente a encontrar carinho em terceiros onde, tendo em conta a vulnerabilidade e o desconhecimento sobre os métodos contraceptivos, acabam facilmente por engravidar.

Um estudo efetuado por Dadoorian (2003) sobre gravidez na adolescência, com o objetivo de investigar o significado da gravidez através

do discurso dos adolescentes, apontou como causas da gravidez na adolescência aspetos como: a) o desejo universal de ter um filho, com vista a testar a sua feminilidade através da construção da sua identidade reprodutiva; b) o ser mulher para as adolescentes equivale a ser mãe, pois o desejo de ter um filho é um ritual de passagem, uma mudança substancial no estatuto: de menina para mulher; c) a vivência de situações de carência afetiva e relacional com a família, em que a presença de um filho, aparece como o objeto privilegiado capaz de ultrapassar essa carência; e d) a falta de formação e não a falta de informação por parte dos adolescentes.

Por sua vez, Dias e Gomes (1999) explicam que a gestação na adolescência pode ter como causa a ausência de informação e erros no uso de métodos contraceptivos, as motivações inconscientes de separação dos pais e de antecipação de vida adulta e também défices intelectuais. Porém, diversos argumentos associam a gravidez na adolescência à pobreza, vendo-a como um mecanismo que contribui para a sua ocorrência e como um fator perturbador dessa situação descrevendo um círculo vicioso (Barker & Castro, 2002). Outros autores (Renepontes & Eisenstein, 2005; Trindade, 2005) vêem a gravidez na adolescência como resultante do exercício da sexualidade, que ocorre de forma desenfreada em função da sedução do mundo adulto, que se manifesta sob várias formas, sendo o consumismo a mais marcante numa sociedade onde há estimulação sexual principalmente através dos meios de comunicação social, sob forma de propaganda, telenovelas com imagens românticas de casais jovens, música e até nas danças. No entanto, dados da Organização das Nações Unidas (1995) revelam que o risco de ocorrer uma gravidez na adolescência é resultado da tendência que os mesmos têm em ter experiências sexuais em idade precoce, associada à falta de informação e disponibilidade de serviços relacionados com a saúde (Trindade, 2005).

Helborn (1998, citado por Trindade, 2005) enfatiza que a gravidez na adolescência pode ser vinculada a uma nova forma dos jovens se relacionarem atualmente, com o surgimento do sistema ficar-namorar em substituição ao modelo mais tradicional, do namoro-casamento. Já Silva e Salomão (2003) descrevem que alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência são: a) falta de acesso a métodos contraceptivos e falta de informação sobre sexualidade e o próprio corpo, b) ausência dos pais e/ou vontade de os contrariar, c) alternativa para sair de casa ou da escola, d) pensamento mágico de que a gravidez não vai acontecer, e) tentativa de prender o namorado(a), g) testar a feminilidade, h) carência afetiva, e i) desejo de ser mãe. De acordo com Pinho (2009), são sete os fatores de vulnerabilidade da gravidez na adolescência: físicos, psicológicos e cognitivos, relacionados com a contraceção, sociodemográficos, familiares, relacionais na escola e no grupo de pares, bem como culturais, raciais e étnicos.

Por outro lado, Barros (2002) aponta os efeitos psicossociais, culturais e económicos como sendo maiores que os efeitos biológicos ao se considerar a gravidez na adolescência; onde o referencial da qualidade da vivência da gestação é entendida nos valores e recursos internos do adolescente e da

adolescente, na condição social e educacional e fundamentalmente no apoio familiar e/ou profissional.

A abordagem da gravidez na adolescência ainda é um tema controverso pelo facto de existirem autores que defendem que a gravidez na adolescência por si só não deve ser considerada como fator de risco, pois existem outros como o nível socioeconómico e as condições de saúde materna que exercem maior influência do que a idade cronológica da grávida; enquanto outros afirmam que esse fenómeno é responsável por uma série de problemas de ordem social e psicológica, e deveria ser encarado como uma epidemia a ser controlada ou erradicada; e por último, outros ainda defendem que este é um fenómeno muito complexo, cujas múltiplas variáveis biopsicossociais que incidem sobre ele o tornam não rotulável e heterogéneo (Fonseca & Melchiori, 2010).

Contudo, dados do Fundo das Nações Unidas para a População – FNUP (2002, citado pelo Círculo Angolano Intelectual, 2014) indicam que em Angola as adolescentes engravidam como resultado de uma iniciação sexual precoce, isto é entre os 11-12 anos, com uma prevalência muito alta (75%) de sexualidade entre adolescentes, bem como um elevada frequência de gravidez precoce entre os 14-17 anos de idade, onde consta que 37% das raparigas já tinham engravidado e 17% dos rapazes tinha a noção de ter engravidado uma rapariga. A mesma fonte constatou ainda um elevado número de abortos entre adolescentes (50%), que, na sua maioria, foram provocados ou induzidos (79%).

1.3. Maternidade (Ser Mãe) na Adolescência

A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projeto a longo prazo para toda a vida. É um processo de decisão que, independentemente da opção tomada, deve implicar desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento (Canavarro, 2001). Assim, a maternidade é entendida como o processo que engloba gestação, parto, puerpério e criação dos filhos (Spieker & Booth, 1988, citados por Silva & Salomão, 2003).

As concepções acerca da maternidade têm vindo a sofrer transformações de forma lenta, de tal forma que engravidar e criar filhos são vistas como dimensões humanas importantes, principalmente para as mulheres para quem ser mãe significa um importante suporte narcísico e ao mesmo tempo a constituição de um lugar social (Arihla, 1999). A maternidade na adolescência pode ser desejada, sendo um projeto com vista à inserção na vida adulta viável e valorizado num contexto socioeconómico desfavorecido, no qual outros projetos educacionais e profissionais não se encontram assegurados (Carvalho, Merighi, & Jesus, 2009; Monteiro et al., 2007, citados por Dias, Patias, Fiorin, & Dellatorre, 2011). Neste sentido, no seio de uma comunidade com poucos recursos económicos, a maternidade pode ser a principal forma de ser reconhecida socialmente, pois para algumas adolescentes as oportunidades de se manterem na escola são escassas, assim como de encontrarem trabalho que lhes dê satisfação e recursos financeiros suficientes para a sua subsistência/autonomia financeira (Trindade, 2005).

O valor atribuído ao facto de ser mãe, varia de sociedade para sociedade, pois naquelas onde se estimula e se incentiva a natalidade, esse valor é exaltado, ao contrário daquelas onde se evidencia uma superpopulação aliada à pobreza, onde se desencoraja e se desvaloriza essa prática (Barker & Castro, 2002). Assim, nas sociedades onde a maternidade é apreciada e exaltada, a mulher passa a ser desvalorizada quando procura evitar a gravidez, provocando nela uma sensação de pecado e culpa por transgredir o ideal da sociedade e da religião (Renepontes & Eisenstein, 2005). Desta forma, a adolescente, procura casar e engravidar cedo, o que torna esse facto, um factor de risco da gravidez na adolescência (Rojas, 2000, citado por Renepontes & Eisenstein, 2005). A gravidez na adolescência tem sido considerada como uma situação de risco para a mãe e para o filho (Soares & Jongenelen, 1998). Trata-se de uma realidade que coloca tanto a mãe como o bebé numa situação de elevado risco psicossocial, que condiciona adversamente as suas respetivas trajetórias desenvolvimentais (Figueiredo, 2000).

Num estudo com adolescentes acerca do significado atribuído à gestação e maternidade na adolescência, Dias e colaboradores (2011) notaram que este significado estaria associado ao seu nível socioeconómico, sendo que, para adolescentes de níveis socioeconómicos mais favorecidos, a gravidez representa a destruição de planos futuros, enquanto para as adolescentes menos favorecidas, representa uma bênção, e parte do “poder feminino” da mulher. Os mesmos autores concluem que a maternidade adolescente possui significados diversificados em função dos diferentes contextos socioeconómicos e culturais (Dias et al., 2011).

Segundo Dias e colaboradores (2011; Rangel & Queiroz, 2008), nas famílias de níveis socioeconómicos menos favorecidos, o desejo de ter um filho aparece mais cedo, resultando de uma maior valorização que se atribui à gravidez e à maternidade. Já nos níveis socioeconómicos médios da população, esses processos representam uma destruição de projetos de vida futura, especialmente relativos à escolaridade e à profissão futura. No entanto, o facto da gravidez na adolescência ser associada com frequência à pobreza, não significa que seja a única razão que leve a sua perpetuação, pois existem outros fatores de diferentes ordens, como económicas, sociais e políticas, associados à pobreza (Barros, 2002).

Para algumas adolescentes, a gravidez faz parte de seu modo de vida, visando a formação de uma família, enquanto outras vêem-na como uma saída, mesmo que falsa, em muitas ocasiões, para problemas de violência familiar e abuso, ou mesmo como forma de adquirir valor social (Barker & Castro, 2002). Outra ideia de importância considerável é a representação tradicional da maternidade, subjacente à ideia de que “toda a mulher tem que ser mãe”, contribuindo para a ocorrência do fenómeno (Dias et al., 2011). Muito associado a esta ideia reside o consenso social, segundo o qual a felicidade de um casal estaria dependente do nascimento de um filho (Canavarro, 2001).

Porém, numa visão sistémica encara-se a família, nos seus diferentes contextos, como um todo, pois as gerações estão interligadas, de maneira

que episódios ocorridos numa geração, possam ocorrer nas gerações posteriores ainda que de forma diferente (Silva & Salomão, 2003). Neste sentido, o estudo de Paiva, Caldas e Cunha (1998, citados por Melheado, Sant'Anna, Pessarelli, & Coates, 2008) realizado com adolescentes de nível socioeconómico desfavorável, demonstrou que pelo menos um membro do agregado familiar da adolescente (avó materna dos bebés, em 70% dos casos) também foi mãe na adolescência. Um estudo realizado em Angola mostra que as adolescentes grávidas eram aquelas que tinham mães e/ou irmãs com história de gravidez (Gembi, 2012). Figueiredo (2000) refere que diversos autores verificaram que os efeitos que resultam da maternidade na adolescência decorriam não apenas pelo facto de se ser mãe na adolescência, mas também e de modo indireto, de um conjunto de fatores associados a esta circunstância como é o caso de um número elevado de prematuros (cerca de 12% dos casos) e o facto de muito frequentemente a mãe ter níveis de escolaridade muito baixo (20% dos casos).

Resumindo, a maternidade na adolescência afeta de forma negativa e a diversos níveis o trajeto desenvolvimental da adolescente, sobretudo no âmbito educacional (abandono escolar ou menor progressão educativa), socioeconómico (pobreza), ocupacional (desemprego), social (monoparentalidade) e psicológico (depressão, baixa auto-estima e isolamento social) (Figueiredo, 2000). Quando comparadas com adolescentes que não são mães, encontram-se em risco acrescido no que se refere aos mesmos aspetos: abandono escolar precoce, perda de oportunidade de emprego, dificuldades económicas, monoparentalidade e divórcio, bem como dificuldades de ajustamento emocional (Siqueira et al., 2002).

Por outro lado as mães adolescentes têm sido referidas como sendo mães menos sensíveis, menos responsáveis, mais repressivas quando comparadas com mães adultas, que parecem utilizar mais estratégias educativas do tipo punitivo e mães que apresentam comportamentos fisicamente mais intrusivos, revelando também um menor conhecimento acerca do desenvolvimento da criança (Soares & Jongenelen, 1998). Essa realidade pode ser justificada pelo facto da adolescente, do ponto de vista social, profissional e emocional ser encarada ainda como imatura que busca na base de várias transformações a sua auto-afirmação e autoconhecimento (Silva et al., 2009). Contudo, estudos de Agostini (1988; Tiba, 1992, citados por Silva & Salomão, 2003) indicaram que, apesar de muitas adolescentes, a princípio, encararem a gravidez como um meio de obter atenção e de se fazerem sentir crescidas e importantes, no final chegam a sentir-se sós, tristes, sem amparo e com sensação de castigo.

1.4. Paternidade (Ser Pai) na Adolescência

Ao abordar a questão da gravidez na adolescência, uma questão que nos podemos colocar é, precisamente, quem é o pai da criança? O que nos remete para a questão da paternidade. A paternidade na adolescência é uma temática que vem emergindo e inquietando estudiosos ao realizarem investigações sobre esse fenómeno, uma vez que a grande maioria dos investigadores direciona o olhar à maternidade, facto esse que pode ser

evidenciado na produção acadêmica sobre a paternidade, a qual é escassa, quase “invisível”, quando comparada à maternidade (Meinke & Carraro, 2009). Assim, a paternidade, como objeto de estudo, tem sido relegada para segundo plano comparada aos interesses dos autores pela maternidade (Levandowski et al., 2002).

Neste contexto, com base em artigos publicados na base de dados *Psyclit*, Levandowski (2001) destacou o escasso número de resumos de artigos sobre o tema paternidade adolescente, que se apresenta como contraditório tendo em conta o grande número de reportagens veiculadas pela imprensa em relação ao aumento bombástico do número de gestações na adolescência a nível internacional. Essa situação parece ser decorrente da importância secundária tradicionalmente dada ao pai no desenvolvimento da criança (Ester & Lamb, 1986, citados por Levandowski et al., 2002) associada à divisão tradicional de papéis parentais e à questão de género, pois o sexo feminino, possivelmente, resultado da influência sociocultural, é visto como principal responsável pela gestação e prestação de cuidados à criança (Costa et al., 2005; Levandowski et al., 2002). Trindade e Menandro (2002) destacam essa falta de preocupação com a paternidade, ao revelarem que tanto os dados governamentais/não-governamentais, como académicos ignoram a existência de um grande número de adolescentes que se tornam pais (figura paterna).

Segundo Lyra (1997), a produção de conhecimentos sobre a paternidade é quase inexistente no Brasil, o mesmo ocorre nos EUA, onde a literatura científica sobre os homens adolescentes e a paternidade é dispersa, duvidosa e com uma contribuição frequente para conceptualizações estereotipadas (Weinsten & Rosen, 1994, citados por Trindade & Menandro, 2002). Neste sentido, Reis (1997, citado por Trindade & Menandro, 2002) afirma que somente a partir de 1980 começaram a surgir de modo discreto temas relativos à paternidade, e chama atenção sobre a omissão do papel do pai na problemática da gravidez adolescente. Confirma esta ideia, Mackey (1996, citado por Trindade & Menandro, 2002), ao afirmar que os estudos sobre a paternidade só ganharam relevância a partir dos anos 70, fundamentalmente com os movimentos feministas e com o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho.

Porém, as mudanças nos tradicionais papéis socializadores da família têm gerado um aumento de estudos sobre a paternidade a nível mundial (Robison & Barret, 1982, citados por Lenvandowski et al., 2002). Assim, diversos autores são unânimes quanto ao papel crucial da preparação do exercício da paternidade, o que dará assim uma significativa contribuição ao equilíbrio afetivo do casal (Costa et al., 2005). Parke (1996, citado por Lenvandowski et al., 2002) confirma este pensamento ao expressar que a participação do pai na divisão de tarefas domésticas e no cuidado direto dos filhos favorece o aumento do bem-estar da mãe. No entanto, a literatura tem enfatizado que pais adolescentes dão menos apoio à gravidez quando comparados com pais em idade adulta (Schelemberg, Pereira, Crisard, & Hallal, 2007). O envolvimento e interesse pela gravidez é menor entre os pais adolescentes em função da falta de segurança financeira e da falta de

conhecimento relativos ao cuidado com crianças, pois estes prestavam apoio à gravidez e pretendiam ajudar tanto na educação da criança, bem como, financeiramente (Schelemberg et al., 2007). Entretanto, estudos levados a cabo por alguns autores demonstram o desejo por parte de pais adolescentes em auxiliar financeiramente e participar na prestação de cuidados à criança, bem como quererem ser tão responsáveis na interação com o bebé, ao serem comparados com pais adultos, pelo menos nos primeiros meses de vida (Lenvandowski et al., 2002).

As reações dos jovens perante uma gravidez não planeada, bem como as suas atitudes em relação a terem ou não filhos, são fortemente influenciadas pelas suas representações de paternidade e de papéis de género na sociedade (Domingues, 1998, citado por Trindade & Menandro, 2002). Assim, a forma de lidar com a paternidade na adolescência é única para cada um dos pais adolescentes, dependendo de seus recursos pessoais, de rede de apoio social e afetiva, da relação com a mãe do bebé, entre outros aspetos, que ao agirem de forma protetora, o adolescente pode apresentar resiliência e ficar fortalecido e competente para assumir seu papel de pai (Lenvandowski et al., 2002).

No entanto, a vivência da paternidade na adolescência pode trazer desvantagens, dificuldades e perdas sociais que não só interferem na vida dos adolescentes de forma individual, como também se repercutem no ambiente conjugal, familiar e social (Meincke, Trigueiro, Carraro, Brito, & Collet, 2011). Entre os fatores de risco em se tornar pai na adolescência constam: ser filho de mãe adolescente, ser filho de pais separados, iniciação sexual precoce, abandono escolar e história de problemas comportamentais (Schelemberg et al., 2007). Segundo Fogot e colaboradores (1998, citados por Schelemberg et al., 2007) o baixo desempenho escolar está presente não só como consequência, mas também como causa da paternidade na adolescência, representando um fator de risco com maior significância. Estudos realizados em diferentes países do mundo indicam como fator de risco para a paternidade na adolescência, a alta prevalência de partos e nascimentos entre adolescentes de classes sociais desfavoráveis, com baixo nível de escolaridade, pois este facto, influencia o início precoce das relações sexuais e a falha no uso de contraceptivos (Costa et al., 2005; Schelemberg et al., 2007).

Contudo, procedendo a uma comparação entre pais e mães na adolescência, a literatura revela que pais adolescentes têm o mesmo perfil das mães adolescentes que se expressa no baixo rendimento escolar, reprovações, altas taxas de abandono escolar, baixas condições económicas e baixas perspectivas de realização profissional e financeira (Lenvandowski et al., 2002; Schelemberg et al., 2007). Por outro lado relaciona-se a paternidade na adolescência com o aumento de problemas familiares, fundamentalmente com a família de origem da sua parceira, de conflitos no relacionamento do casal podendo levar a elevadas taxas de separação (Lenvandowski et al., 2002). Importa referir que a paternidade na adolescência é vivida de acordo com a cultura e geralmente esta baseia-se em valores e sentimentos das famílias, os quais foram construídos ao longo

das gerações (Meincke & Carraro, 2009).

1.5. Gravidez na Adolescência: Funcionamento Familiar e Satisfação com a Vida

Numa perspectiva sistémica, os comportamentos ou acontecimentos afetos a um de seus membros influenciam e são influenciados pelos comportamentos ou acontecimentos de vida dos outros membros da família (Pratta & Santos, 2007; Silva & Salomão, 2003). Segundo Alarcão (2000), a família é definida como um sistema, um conjunto de elementos com múltiplas relações e que estabelecem com o exterior uma relação, com o propósito de manter o equilíbrio do sistema por meio de evolução diversificada. De acordo com Bertalanffy (1982, citado por Silva & Salomão, 2003) a família é vista como um conjunto de elementos ou subsistemas que se relacionam entre si e com o contexto visando um resultado final.

Porém, o sistema familiar, que exerce grande importância na vida dos seus membros (Osório, 2000), está intimamente associado ao momento histórico em que a sociedade à qual pertence se encontra, pois as diversas formas de composições familiares são determinadas por diferentes variáveis significativas, como ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas, religiosas e históricas (Pratta & Santos, 2007); sendo necessário considerar que a estrutura familiar, assim como o desempenho dos diferentes papéis parentais se transformaram de forma considerável ao longo dos últimos tempos (Singly, 2000, citado por Pratta & Santos, 2007).

Segundo Osório (2000), o sistema familiar é o grande responsável pelo amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial, tendo assim diferentes funções específicas devidamente agrupadas em três grandes categorias com estreita relação: a) função biológica (garantia da sobrevivência do indivíduo, dando cuidados que permita o crescimento e o desenvolvimento), b) funções psicológicas (garantia de afeto, suporte e criação de ambiente propício ao desenvolvimento), e c) função social (garantia da transmissão dos aspetos culturais da sociedade ao indivíduo). Assim, este conjunto de elementos presentes no interior da família, vivem com o indivíduo ao longo de toda a vida, servindo de base para a tomada de decisões e atitudes na fase adulta (Pratta & Silva, 2003).

Ainda para Osório (2000), o ciclo vital evolutivo da família é dinâmico. Neste sentido, Scabini (1992) refere que o mesmo pode apresentar tanto eventos críticos previsíveis (e.g., nascimento, adolescência, casamento dos filhos) como eventos críticos não previsíveis (e.g., separações, doenças, perdas), que causam grande impacto na estrutura familiar, provocando um aumento da pressão e uma desorganização dentro desta estrutura, o que influencia diretamente o processo de desenvolvimento da família. Porém, tanto os eventos imprevisíveis bem como os previsíveis, marcam o ciclo evolutivo familiar, provocando uma crise no funcionamento da família, necessitando de ser solucionada para que haja a manutenção da saúde da família (Scabini, 1992); dado que esta crise afeta todos os membros da família seja de forma direta ou indirecta. Exemplo destas crises é o período

da adolescência; considerado como uma fase do ciclo vital familiar que provoca intensas transformações relacionais, especialmente entre pais e filhos (Sudbrack, 2001).

De acordo com Foresti (2009), a confirmação de uma gravidez é algumas vezes motivo de alegria e noutras, motivo de angústia ou rejeição, transformando progenitores e famílias, principalmente quando se trata da primeira gravidez. Porém, seja qual for o tipo de tensão, originada no interior ou no exterior da família, repercute-se no funcionamento do sistema e exigirá um processo de adaptação que possa manter a continuidade da família e crescimento de seus membros; acontecendo o contrário poderá correr o risco de tornar-se funcionalmente demasiado rígida e caótica, provocando mal-estar do sistema.

Silva e Tonete (2006) referem que quando se confirma a gravidez da adolescente, os familiares acreditam que tudo fizeram o que estava ao seu alcance para advertir a adolescente sobre os problemas e dificuldades que acarretavam uma gravidez nessa circunstância, demonstrando impotência para evitá-la no seio da família, imputando assim, nalgumas vezes, a responsabilidade à própria adolescente. Importa ressaltar que se a gravidez na adolescência fizer parte do projeto da vida da família, ela pode ser emancipada, no sentido de incentivar os seus membros a constituírem os seus próprios núcleos familiares, dando continuidade e ampliando, assim, a sua própria família. Logo, quando os planos individuais divergem da trajetória de vida familiar também ocorrem divergências entre o plano ou objetivo grupal e os desejos individuais (Romanelli 2002, citado por Silva & Tonete, 2006). Contudo, Brandão e Heilborn (2006, citados por Teixeira, 2013) referem que a prestação do apoio familiar à adolescente pode evitar que aconteça perdas ou situações menos agradáveis a vida das adolescentes.

Quanto à satisfação com a vida, esta deve ser entendida como o grau de contentamento da forma como decorre a vida; representa um juízo subjetivo sobre a qualidade de vida que se baseia no sujeito e não em critérios externos. Ainda se refere a aspetos positivos, próprios da vida do sujeito e não apenas à ausência de aspetos negativos, implicando uma avaliação global das diferentes facetas da vida do indivíduo (Simões, 1992). Segundo diferentes autores (Diener, 1994; Garcia, 2002; Albuquerque & Troccoli, 2004 citados por Strelhow, Bueno, & Câmara, 2010) a satisfação com a vida é considerada como uma medida positiva feita pela pessoa sobre a sua própria vida de modo geral, assim como de aspetos específicos ligados à família, trabalho, estudo, lazer, amigos e saúde, constituindo-se como um componente cognitivo do bem-estar subjetivo. Os mesmos autores referem que a satisfação com vida é um constructo que resulta da diferença percebida entre as expectativas da pessoa e as suas reais conquistas. Assim, será um estado psicológico que vai resultar da troca entre o indivíduo e o nível micro (família apoio social) e macrosocial (cultura) (Garcia-Viniegras & Gonzales, 2000 citados por Strelhow et al., 2010). Dias e Alvarado, (2007, citados por Strelhow et al, 2010) afirmam existir uma relação entre a satisfação com a vida e a percepção da saúde e a felicidade.

O estudo levado a cabo por Strelhow e colaboradores (2010), que

visou avaliar as diferenças entre os rapazes e raparigas adolescentes, no que refere a perceção da saúde, da felicidade e da satisfação em relação a diferentes áreas de sua vida (família, amigos, escola, imagem corporal e com a vida em geral), apresentou resultados dignos de realce: a) a satisfação com a vida em geral não apresentou diferença significativa entre rapazes e rapariga; b) uma perceção mais positiva da saúde relacionou-se com uma maior satisfação com a vida de estudante, consigo mesmo e com a vida em geral; c) uma maior frequência em sentir-se deprimido, nervoso, irritado encontrava-se associada a uma menor satisfação com todos os domínios estudados; d) uma perceção mais positiva da saúde estaria associada a uma maior satisfação em relação aos estudos, consigo mesmo, e com a vida em geral.

A ausência de estudos desenvolvidos em Angola acerca da temática da gravidez na adolescência e sua relação com o funcionamento familiar e satisfação com a vida despertou o interesse para a realização do presente estudo.

II – Objetivos

Tendo em vista o aprofundamento da temática da gravidez na adolescência em contexto angolano, o presente trabalho visa fundamentalmente analisar e caracterizar o perfil de futuros pais e mães adolescentes em Angola, bem como comparar o funcionamento familiar e a satisfação com a vida em adolescentes grávidas e não grávidas.

Na base do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e familiar dos futuros pais/mães adolescentes;
- b) Identificar os fatores de risco da gravidez precoce;
- c) Estudar a consistência interna dos itens do SCORE-15 e da SWLS;
- d) Comparar o funcionamento familiar e a satisfação com a vida entre adolescentes grávidas e adolescentes não grávidas.

III – Metodologia

3.1. Seleção e Recolha da Amostra

O presente estudo contou com a participação de adolescentes com nacionalidade angolana, residentes em Benguela, Lobito e Cubal (Angola). A amostra ($N = 100$) é composta por um grupo de adolescentes grávidas e outro de adolescentes não grávidas. A amostra relativa ao grupo das adolescentes grávidas ($n = 50$) foi toda recolhida no município de Benguela, mas concretamente no Hospital Municipal de Benguela e no Centro Materno Infantil da Camunda. A amostra do grupo das adolescentes não grávidas ($n = 50$) foi recolhida nos municípios do Lobito, Cubal e Benguela, mais precisamente na Escola do II Ciclo de Formação de Professores do Cubal, na

Igreja Católica do Santo Estevão (Benguela) e na Igreja Evangélica Congregacional em Angola no Lobito.

A recolha propriamente dita decorreu entre os meses de novembro de 2013 a março de 2014. Num primeiro momento foi solicitada autorização para a recolha dos dados junto das instituições. Posteriormente, procedeu-se ao esclarecimento acerca dos objetivos da investigação, a confidencialidade e anonimato das respostas, aos encarregados/responsáveis pelas adolescentes e aos participantes, com a apresentação do documento de consentimento informado (Cf. Anexo A).

Constituíram critérios de exclusão para participação na investigação os seguintes aspetos: não ser de nacionalidade angolana; sofrer de alguma perturbação psicológica/psiquiátrica; possuir história de alcoolismo e não vivenciar a primeira gravidez (no caso do grupo das ADG).

A recolha dos protocolos foi feita em formato de entrevista aos sujeitos que apresentaram dificuldades na compreensão e interpretação dos questionários e em formato de auto-resposta aos sujeitos que demonstraram estar em condições de responder sem grandes dificuldades.

Importa referir que todas as ADG foram interpeladas no Hospital e no Centro de Saúde, no período em que recorriam as consultas pré-natal enquanto as ADNG foram contactadas nas igrejas e na escola pública.

3.2. Caracterização da Amostra

De acordo os dados apresentados no Quadro 1, a amostra do presente estudo é constituída por 100 sujeitos, divididos em duas subamostra, sendo 50 adolescentes grávidas (ADG) e 50 adolescentes não grávidas (ADNG), cujas idades e encontram entre os 12 e os 18 anos. Quanto à distribuição por idades, as ADG apresentam uma média de 16.12 anos ($DP = 0.90$), ao passo que para as ADNG a média de idade é de 14.98 anos ($DP = 1.58$). No entanto em ambos os grupos a idade que mais prevalece são os 16 anos (33.0% da amostra total).

Quanto à variável nível de escolaridade, 46.0% ($n = 23$) das ADG possui o terceiro ciclo concluído e as ADNG 48.0% ($n = 24$). No ensino secundário apenas 2.0% ($n = 1$) das ADG completou este ciclo de estudos, face a 36.0% da amostra das ADNG ($n = 18$).

No que refere ao estado civil, as ADNG são todas solteiras enquanto 82.0% das ADG ($n = 41$) são solteiras, 2.0% ($n = 1$) casada e 16.0% ($n = 8$) vivem em união de facto.

Em relação à profissão, apesar da maior parte das ADG ser estudante 64.0% ($n = 32$), constata-se ainda 2.0% ($n = 1$) como vendedora, 4.0% ($n = 2$) empregada de limpeza e 30.0% ($n = 15$) em casa ou seja, desempregadas. Já nas ADNG nenhuma trabalha, encontrando-se apenas a estudar.

O grupo étnico com maior prevalência é o Umbundo, com 93.0% ($n = 93$) da amostra total.

No que refere ao local de residência constata-se que 98.0% ($n = 49$) das ADG e 84.0% ($n = 42$) das ADNG residem nos arredores da cidade ou bairro.

Quadro 1
Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas

Variáveis	Amostra ADG (n = 50)		Amostra ADNG (n = 50)		Amostra Total (N = 100)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
12	-	-	3	6.0	3	3.0
13	1	2.0	7	14.0	8	8.0
14	1	2.0	11	22.0	12	12.0
15	8	16.0	7	14.0	15	15.0
16	21	42.0	12	24.0	33	33.0
17	19	38.0	9	18.0	28	28.0
18	-	-	1	2.0	1	1.0
Nível de Escolaridade						
1º Ciclo	2	4.0	-	-	2	2.0
2º Ciclo	24	48.0	8	16.0	32	32.0
3º Ciclo	23	46.0	24	48.0	47	47.0
Secundário	1	2.0	18	36.0	19	19.0
Estado Civil						
Solteiro	41	82.0	50	100.0	91	91.0
Casado	1	2.0	-	-	1	1.0
União de facto	8	16.0	-	-	8	8.0
Profissão						
Em casa	15	30.0	-	-	15	15.0
Empregada de limpeza	2	4.0	-	-	2	2.0
Estudante	32	64.0	50	100.0	82	82.0
Vendedora	1	2.0	-	-	1	1.0
Etnia						
Nhaneca	-	-	2	4.0	2	2.0
Umbundo	46	92.0	47	94.0	93	93.0
Quimbundo	3	6.0	1	2.0	4	4.0
Outros	1	2.0	-	-	1	1.0
Área de Residência						
Comuna, sede	1	2.0	-	-	1	1.0
Arredores, Bairro	49	98.0	42	84.0	91	91.0
Centro da cidade	-	-	8	16.0	8	8.0
Fonte de rendimento						
Remuneração semanal, dia ou tarefa	24	48.0	2	4.0	26	26.0
Vencimento mensal	26	52.0	45	90.0	71	71.0
Riqueza herdada, adquirida	-	-	3	6.0	3	3.0
NSE						
Baixo	9	18.0	-	-	9	9.0
Médio	41	82.0	43	86.0	84	84.0
Elevado	-	-	7	14.0	7	7.0

Em referência à fonte de rendimento (recolhida através dos rendimentos dos encarregados de educação das adolescentes), nota-se que para a maior parte dos sujeitos de ambos os grupos, a categoria vencimento mensal é a mais frequente, sendo 52.0% ($n = 26$) para as ADG e 90.0% ($n = 45$) para as ADNG, perfazendo na amostra total 71.0 % ($n = 71$). Já no que diz respeito ao nível socioeconómico (NSE), e tendo em conta alguns dados obtidos com o Questionário Sociodemográfico, atendendo ao contexto angolano, foi criada uma fórmula de cálculo, cruzando variáveis do mesmo questionário com pesos distintos na fórmula para se obter um indicador do NSE (Cf. Anexo B). Em função desta classificação, ambos os grupos de adolescentes pertencem maioritariamente ao NSE médio com 82.0% ($n = 41$) e 86.0% ($n = 43$), respetivamente, apesar de existirem 14.0% ($n = 7$) de ADNG com NSE elevado e nenhuma no grupo de ADG. Contrariamente a 18.0% ($n = 9$) de ADG no NSE baixo.

No Quadro 2 encontram-se os dados referentes às variáveis familiares, onde consta para a variável coabitação uma semelhança nos indicadores estatísticos, pois em ambas (ADG e ADNG) a coabitação existe em 64.0% dos casos. Para a variável agregado familiar o Quadro 2 revela que para as famílias das ADG o agregado comporta, maioritariamente, entre 6-10 pessoas e nas ADNG 2-5.

Quadro 2

Caracterização da amostra: Variáveis familiares

Variáveis	ADG ($n = 50$)		ADNG ($n = 50$)		Amostra Total ($n = 100$)	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Coabitação						
Sim	18	26.0	18	26.0	36	36.0
Não	32	64.0	32	64.0	64	64.0
Agregado familiar						
2-5	21	42.0	25	50.0	46	46.0
6-10	27	54.0	18	36.0	45	45.0
11-15	2	4.0	7	14.0	9	9.0
Etapa do ciclo vital						
Formação de casal	9	18.0	-	-	9	9.0
Filhos adolescentes	26	52.0	18	36.0	54	54.0
Filhos adultos	15	30.0	31	62.0	46	46.0
Outros	-	-	1	2.0	1	1.0

Na variável etapa do ciclo vital, percebe-se que as famílias das ADG encontram-se na fase de família com filhos adolescente ($n=26$; 52.0%) e nas famílias das ADNG apresentam-se numa fase de família com filhos adultos ($n=31$; 62.0%) e na amostra total apresentam 54.0% e 46.0%, respetivamente.

Para analisar a equivalência entre os dois grupos para a variável idade, recorreu-se a um teste *t* de *student* para amostras independentes indicando

que as duas subamostras de adolescentes diferem nesta variável, $t(98) = 4.430$, $p = .000$, sendo ADG são mais velhas ($M = 16.12$, $DP = .895$) do que as ADNG ($M = 14.98$, $DP = 1.59$). No que se refere ao NSE, constata-se que a diferença é significativa, $X^2(2) = 16.048$, $p = 000$; pois apesar de todas serem em maioria do NSE médio, destaca-se o facto de existirem ADNG com um NSE alto ($n = 7$, 14.0%) ao contrário das ADG que não apresentam nenhuma neste nível, mas sim no NSE baixo ($n=9$; 18.0%)¹.

O Quadro 3 apresenta dados que nos possibilitam caracterizar a amostra de ADG, no que refere às variáveis relacionadas com a gravidez.

Quadro 3

Adolescentes grávidas: Variáveis relacionadas com a gravidez

Variáveis	Amostra ADG ($n = 50$)	
	<i>n</i>	%
Motivo para engravidar		
Vontade forte de ter um filho e ser mãe	4	8.0
Falta de prevenção ou descuido	18	36.0
Satisfazer o parceiro	5	10.0
Pressão familiar	1	2.0
Por acaso	22	44.0
Percepção da gravidez		
Felicidade	5	10.0
Grande responsabilidade	14	28.0
Começo de uma nova vida	1	2.0
Tristeza	7	14.0
Acto de amor	1	2.0
Experiência de vida	1	2.0
Bênção de Deus	12	24.0
Amadurecimento	1	2.0
Problema por não ter apoio	1	2.0
Aumento da família	7	14.0
Desejo de gravidez		
Sim	19	38.0
Não	31	62.0
Aceitação da gravidez		
Sim	48	96.0
Não	2	4.0
Tipo de relação		
Vivem juntos mas não são casados	9	18.0
Mantem uma relação mas não vivem juntos	36	72.0
Não mantem relação	5	10.0

Podemos verificar que 44.0% ($n = 22$) afirmaram ter engravidado por acaso e 36.0% ($n = 18$) por descuido ou falta de prevenção. Quanto à percepção da gravidez 28.0% ($n = 14$) afirmaram encararem-na como uma

¹ Para uma apresentação mais exaustiva da amostra, consultar Anexo C.

grande responsabilidade, 24.0% ($n = 12$) como bênção de Deus e 14.0% ($n = 7$) percebem-na com tristeza e aumento da família, respetivamente. Quanto ao desejo da gravidez, a maior parte não a desejou (62.0%, $n = 31$) mas quase todas acabaram por aceitar a gravidez (96.0%, $n = 48$).

No que diz respeito ao tipo de relacionamento com o parceiro, cerca de 72.0% ($n = 36$) mantêm uma relação com o parceiro mas não vivem juntos, 18.0 % ($n = 9$) vivem juntos mas não são casados e 10.0% ($n = 5$), não tem nenhum vínculo com o progenitor da criança.

3.3. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico usado neste projeto de investigação teve como principal função a recolha de informações sociodemográficas para a caracterização da amostra. Criado de raiz na edição anterior do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Subárea Sistémica, Saúde e Família, no âmbito do protocolo entre a Faculdade de Psicologia e de Ciência de Educação da Universidade de Coimbra – ISPT (Instituto Superior Politécnico Tundavala) em Angola, com questões adaptadas à realidade angolana (e.g., área de residência, tipo de habitação, religião, etnia). Foi possível recolher informações referentes à: identificação da adolescente (e.g., idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, etnia, religião), composição do seu agregado familiar (e.g., número de elementos do agregado, estado civil e a profissão), características da residência (e.g., área de residência, tipo de habitação, características da habitação, electrodomésticos), e por último a fonte de rendimento e a etapa do ciclo vital da família. Esta última classificada segundo a proposta de Relvas (1996) que faz menção às seguintes etapas do ciclo familiar: formação do casal, família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar, família com filhos em idade escolar, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Cf. Anexo D).

Questionário Complementar para ADG/ADNG

Este questionário (complementar) foi criado de raiz para o presente estudo, visando recolher informações complementares aos dados sociodemográficos. Subdividido em cinco tópicos no questionário para ADG: I – Dados pessoais (e.g., idade, local de residência, frequência da escola, número de reprovações, projeto de vida), II – Dados acerca da saúde e gravidez (e.g., história do abuso de álcool e droga, história de psicopatologia, idade do primeiro namoro, conhecimento de contraceptivos, motivos de engravidar, percepção da gravidez, tempo de gestação), III – Dados acerca do progenitor da criança (e.g., idade, estado civil, frequência de escola, nível de escolaridade e profissão), IV – Dados acerca da família da adolescente (e.g., nível de escolaridade do pai e da mãe, histórico de gravidez da mãe e da irmã da adolescente), e V – Dados acerca dos pares (e.g., número de amigos, contexto, importância da relação). Paralelamente, o questionário para ADNG apresenta a mesma configuração, com a diferença

das ADNG não responderem ao bloco de questões II e III relativos aos dados acerca da saúde/gravidez e do progenitor da criança (Cf. Anexo E & F).

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15

O *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15* (Fay et al., in press, citados por Mendes, 2011) avalia o funcionamento familiar. É uma versão do SCORE que resulta do refinamento e redução do SCORE-40, contendo 15 itens, distribuído cinco por cada um dos três fatores: Competências, Dificuldades e Comunicação (Mendes, 2011). A cotação do SCORE-15 é feita com base numa escala de *Likert* de cinco pontos que variam entre 1 = “*Descreve-nos muito bem*” e 5 = “*Descreve-nos muito mal*”. A obtenção do resultado total do SCORE é feita com a inversão dos itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14, de modo que as maiores pontuações correspondam a maiores dificuldades na família (cf. Anexo G).

A tradução portuguesa do SCORE-15 é da autoria de Portugal, Cunha, Sotero, Vilaça, Alarcão e Relvas (2010). Estudos referentes à consistência interna do SCORE -15 apontam para um alfa de Cronbach de .88, o que ilustra uma consistência congruente com os valores obtidos da versão original de .89 (Mendes, 2011).

Em Angola, foi efetuado o estudo da análise da consistência interna do SCORE-15 num estudo com ADG e ADNG com o resultado a apontar para um valor da escala total de .727 (Gembi, 2012).

Escala de Satisfação com a Vida

A *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) é um instrumento desenvolvido por Diener e colaboradores (Diener et al., 1985, citados por Simões, 1992) com 48 itens na versão inicial e reduzido a cinco posteriormente, com índices de fidelidade e de validade aceitáveis (Diener et al., 1985, Pavot et al., 1991, citados por Simões, 1992).

O estudo de validação da SWLS em Portugal foi realizado pela primeira vez por Neto e colaboradores em 1990, com uma população de 308 professores onde foi encontrado um alfa de Cronbach de .78 (Simões, 1992).

Assim, foi aplicado neste estudo a versão portuguesa da SWLS, que é composta por cinco itens, com cinco alternativas de respostas de 1 = “*Discordo muito*” a 5 = “*Concordo muito*” (Cf. Anexo H). Os resultados possíveis oscilam entre um mínimo de cinco e um máximo de 25, indicando maior satisfação com a vida, quanto maior for o valor

Em Angola não se conhece, até ao momento, estudos com emprego deste instrumento na temática estudada no presente estudo, sendo assim o primeiro trabalho de análise do nível de satisfação com a vida em adolescentes grávidas e não grávidas.

3.4- Análises Estatísticas

O tratamento e análise de dados foi feito com recurso a um *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0 para Windows 8.0. Foram efetuadas diversas análises estatísticas como estatísticas descritivas e estudo de frequências, bem como o teste *Qui-*

Quadrado para a caracterização da amostra. Realizou-se ainda o teste *t* de *student* para amostras independentes (variáveis contínuas), bem como o recurso ao *Qui-Quadrado* para as variáveis categoriais, visando comprovar a equivalência entre os 2 grupos (ADG e ADNG) e analisar a existência de diferenças entre os dois grupos de adolescentes para identificar os fatores de risco para a gravidez na adolescência. O teste *t* para amostras independentes foi igualmente utilizado para comparar os dois grupos quanto ao funcionamento familiar e à satisfação com a vida. O alfa de Cronbach foi utilizado com vista a avaliar a consistência interna dos itens do SCORE-15, e seus fatores e da SWLS.

IV – Resultados

4.1. Perfil Pai/Mãe na Adolescência

No Quadro 4 encontram-se os dados referentes aos parceiros das ADG, que permitiram caracterizar o perfil dos pais adolescentes. Constatou-se que a idade mínima corresponde a 15 anos e a idade máxima a 27 anos, com uma média de 19,51 ($DP = 2.06$). A maioria situa-se na casa dos 15-20 anos (76.0%). No que diz respeito ao estado civil, nota-se que na sua maioria são solteiros ($n = 40$; 80.0%).

Quadro 4
Perfil do Pai adolescente

Variáveis	ADG ($n = 50$)	
	<i>N</i>	%
Idade do Parceiro		
15 - 20	38	76.0
21 - 25	10	20.0
26 - 30	1	2.0
Estado Civil Parceiro		
Solteiro	40	80.0
Casado	1	2.0
União de facto	9	18.0
Escola Parceiro		
Sim	38	96.0
Não	12	4.0
Abandono Escolar Parceiro		
Sim	12	24.0
Não	38	38.0
Nível da escolaridade		
1º Ciclo	-	-
2º Ciclo	4	8.0
3º Ciclo	28	56.0
Secundário	12	24.0
Superior	-	-

Duração relação		
Menos de 1 ano	10	20.0
1-3 Anos	32	64.0
Mais de 3 Anos	8	16.0
Reacção Paterna gravidez		
Positiva/Contente	41	82.0
Negativa/Indiferença/Não gostou	9	18.0

Verifica-se que de modo geral os parceiros das ADG encontravam-se a estudar ($n = 38$; 76.0%), sendo o motivo do abandono mais predominante a falta de vaga (Cf. Anexo C). Quanto à escolaridade, prevalece o 3º Ciclo ($n = 28$, 56.0%) seguido do ensino secundário ($n = 12$; 24.0%).

Na variável profissão constata-se que 14 (28.0%) são estudantes e outras ($n = 5$; 10.0%), que representam outra maioria, dedicam-se a actividades da área da construção civil (Cf. Anexo C).

Sobre a variável duração da relação, nota-se que 10 (20.0%) têm uma relação de menos de 1 ano, e a maioria têm uma relação de 1-3 anos ($n = 32$; 64.0%). Por último, vemos que 82.0% reagiu de forma positiva/contente à notícia da gravidez e 18.0% reagiu negativamente.

No Quadro 5 apresentam-se os dados das ADG que permitirá descrever o seu perfil. Pode observar-se que apenas 17 (34.0%) abandonaram as aulas, sendo o motivo de maior expressão à gravidez (6.0%), apesar da diversidade de justificações apontadas.

Quanto à idade o namoro, observa-se que algumas adolescentes começaram a namorar com a idade mínima 12 anos e outras com a idade máxima 16. Já a idade do início da atividade sexual, nota-se que a maioria começou com os 15 ($n = 18$; 36.0%), seguida dos 14 anos ($n = 15$; 30.0%), sendo de realce algumas com o início entre os 12 e 13 anos ($n = 4$; 8.0%).

Vemos no Quadro 5, que a maioria das adolescentes ($n = 38$; 76.0%) afirmaram ter até ao momento apenas um parceiro.

Quanto à planificação da gravidez, a maioria ($n = 43$; 86.0%) revelou não ter planificado a gravidez e apenas 14.0% a planificaram.

No referente às consultas pré-natais, todas as adolescentes ($n = 50$; 100.0%) encontravam-se a frequentar as mesmas.

Quadro 5
Perfil de Mãe adolescente

Variáveis	ADG (n = 50)	
	N	%
Abandono Escolar		
Sim	17	34.0
Não	33	66.0
Motivo do abandono		
Descansar	1	2.0
Doença	1	2.0
Falta de cédula	2	4.0
Falta de apoio	1	2.0
Falta de vaga	2	4.0
Gravidez	3	6.0
Impedimento do pai	1	2.0
Matrícula	2	4.0
Mudança de Residência	1	2.0
Prisão	1	2.0
Propinas	1	2.0
Vontade própria	1	2.0
Idade do namoro		
12	4	8.0
13	5	10.0
14	13	26.0
15	21	42.0
16	7	14.0
Idade da atividade sexual		
12	2	4.0
13	2	4.0
14	15	30.0
15	18	36.0
16	12	24.0
17	1	2.0
Números de parceiros		
1	38	76.0
2	11	22.0
3	1	2.0
Gravidez Planeada		
Sim	7	14.0
Não	43	86.0
Consultas Pré-natal		
Sim	50	100.0
Não	0	0.0

4.2. Fatores de risco e de proteção: Gravidez na adolescência

No Quadro 6 encontram-se os resultados dos dados referentes aos fatores de risco/proteção da gravidez na adolescência para variáveis categoriais.

Quadro 6

Fatores de risco e proteção: Gravidez na adolescência (teste Qui-Quadrado)

Variáveis	ADG (n = 50)		ADNG (n = 50)		X ²	p
	n	%	N	%		
Computador						
Sim	8	16.0	26	52.0	14.439**	.000
Não	42	84.0	24	48.0		
Internet						
Sim	1	2.0	26	52.0	31.710**	.000
Não	49	98.0	24	48.0		
Frequência escola						
Sim	33	66.0	50	100.0	20.482**	.000
Não	17	34.0	-	-		
Abandono escolar						
Sim	17	34.0	-	-	20.482**	.000
Não	33	66.0	50	100.0		
Projeto de vida						
Sim	41	82.0	50	100.0	9.890**	.002
Não	9	18.0	-	-		
Conhecimento de contraceptivos						
Sim	11	22.0	23	46.0	6.417*	.011
Não	39	78.0	27	54.0		
Mãe gravidez						
Sim						
Não	12	24.0	10	20.0	1.880	.170
	21	42.0	35	70.0		
Irmã gravidez						
Sim	9	18.0	9	18.0	.009	.924
Não	39	78.0	41	82.0		
Importância pares						
Sim	39	78.0	48	96.0	7.162**	.007
Não	11	22.0	2	4.0		
Religião						
Católica	28	56.0	25	50.0		
Evangélica	7	14.0	24	48.0	21.856**	.000
Adventista 7º dia	10	20.0	1	2.0		
Testemunha de Jeová	1	2.0	0	0		
Outra	4	8.0	0	0		

** $p < .01$ * $p < 0.5$

Assim, pode observar-se que na variável computador, a diferença entre ADG e ADNG é significativa, $X^2(1) = 14.439$, $p = .000$. O mesmo acontece com o resultado da variável internet, $X^2(1) = 31.710$, $p = .000$; com as ADNG a apresentarem mais acesso a computador e a internet do que as ADG. As variáveis frequência de escola e abandono escolar são igualmente significativas, $X^2(1) = 20.482$, $p = .000$, pois as ADNG na sua totalidade frequentam a escola, contrariamente às ADG. A variável projeto de vida é outra variável com resultado estatisticamente significativo, $X^2(1) = 9.890$, $p = .002$; onde 100% das ADNG tem o seu projeto de vida definido, em oposição às ADG. A diferença no conhecimento de contraceptivos entre os dois grupos é de igual modo estatisticamente significativa, $X^2(1) = 6.417$, $p = .011$; pois nas ADG 78% não conhecem métodos contraceptivos, ao passo que nas ADNG apenas 54% demonstraram não os conhecer. Por último, a variável importância atribuída à relação com os pares, $X^2(1) = 7.162$, $p = .007$, com as ADNG a atribuírem mais importância aos pares do que as ADG, bem como a variável religião, $X^2(1) = 21.856$, $p = .000$, completam as variáveis que atingiram o limiar da significância estatística; sendo o grupo das ADG constituído por adolescentes oriundas de diferentes igrejas com predominância da católica ao contrário das ADNG com um grupo equilibrado entre a religião católica e evangélica.

As variáveis mãe e irmã com história de gravidez não alcançaram a significância estatística.

O Quadro 7 dá-nos a oportunidade de analisar outros fatores de risco/proteção permitindo comparar os dois grupos de adolescentes (ADG e ADNG) em variáveis contínuas. Assim, a variável número de anos de escolaridade demonstra uma diferença significativa entre as ADG e ADNG, $t(98) = -6.495$, $p = .000$ sendo os valores médios para ADG ($M = 6.48$, $DP = 1.25$) inferiores aos das ADNG ($M = 8.50$, $DP = 1.81$).

Quadro 7

Fatores de risco/proteção: Gravidez na adolescência (Teste t de Student)

Variáveis	ADG (n = 50)		ADNG (n = 50)		t	p
	M	DP	M	DP		
Anos escolaridade	6.48	1.25	8.50	1.81	- 6.495**	.000
Números reprovações	0.86	0.86	0.52	0.68	2.200*	.030
Idade do namoro	14.44	1.11	14.73	1.75	-0.841	.403
Idade relação sexual	14.78	1.06	15.17	1.43	-1.211	.230
Números parceiros	1.26	0.49	1.28	0.46	-0.135	.893
Idade da mãe 1º filho	16.73	2.71	20.42	4.34	- 3.636**	.001

** $p < .01$ * $p < 0.5$

Outra variável com diferença estatisticamente significativa é o número de reprovações $t(98) = 2.200$, $p = .030$ com uma média superior de reprovações por parte das ADG ($M = 0.86$, $DP = 0.86$) em relação às ADNG ($M = 0.52$, $DP = 0.68$). A variável idade da mãe no nascimento do 1º filho

completa as variáveis com diferenças estatisticamente significativas, $t(63) = -3.636$, $p = .001$, que as mães das ADG têm filhos em idade mais precoce que as mães das ADNG.

As variáveis idade do início do namoro, idade da primeira relação sexual, assim como o número de parceiros, não alcançaram o limiar da significância estatística, apesar de uma ligeira tendência para uma idade mais tardia de namoro e relação sexual nas ADNG.

No Quadro 8 analisa-se a relação com os pares nas ADG e ADNG. Consta-se que a diferença entre os dois grupos, para a variável números de amigos é significativa, $t(98) = -4.144$, $p = .000$, com uma média de amigos mais elevada nas ADNG ($M = 13.62$; $DP = 15.41$ em comparação com as ADG ($M = 4.18$, $DP = 4.71$).

Quadro 8

Fatores de risco/proteção: Gravidez na adolescência (Relação com os pares)

Variáveis	ADG (n = 50)		ADNG (n = 50)		X^2/t	p
	N	%	N	%		
Números						
Amigos	M = 4.18	DP = 4.71	M = 13.62	DP = 15.41	- 4.144**	.000
Contexto amizade						
Vizinhança	39	78.0	16	32.0	73.625**	.000
Escola	5	10.0	28	56.0		
Trabalho	1	2.0	-	-		
Outro	3	6.0	0	12.0		
Importância relação						
Sim	39	78.0	48	96.0	7.162**	.007
Não	11	22.0	2	4.0		
Frequência de pares						
Nunca	4	8.0	-	-	147.440**	.000
Raramente	3	6.0	1	2.0		
As vezes	6	12.0	9	18.0		
Muitas vezes	37	74.0	40	80.0		

** $p < .01$

A variável contexto das amizades reflete, igualmente, um resultado estatisticamente significativo, $X^2(3) = 73.625$, $p = .000$, onde se destaca a vizinhança como o contexto mais comum para ADG ($n = 39$, 78.0%) e a escola para ADNG ($n = 28$, 56.0%). Outra variável com um resultado estatisticamente significativo é a importância atribuída à relação, $X^2(1) = 7.162$, $p = .007$, pois um maior número de ADG ($n = 11$; 22.0%) não dá importância à relação com os seus pares, comparadas apenas a duas ADNG (4.0%). Por último, é igualmente significativa, $X^2(3) = 147.440$, $p = .000$ a

variável relativa à frequência com que vêm os pares, onde são as ADG ($n = 37$, 74.0%) que com menos frequência vêm seus pares, comparadas com as ADNG ($n = 40$, 80.0%).

4.3. Estatística descritiva e consistência interna do SCORE-15 e da SWLS

Nos Quadros 9 e 10 apresentam-se os resultados das estatísticas descritivas (M , DP) para os itens do SCORE-15 e da SWLS e o estudo da consistência interna dos itens dos dois instrumentos, que foi efetuado através do alfa de Cronbach, que é uma forma de avaliar a confiabilidade de um questionário e calculado tendo em conta a variância dos itens individuais e a variância da soma dos itens de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (Hora, Monteiro, & José, 2010). Assim, a consistência interna dos itens diz respeito à variabilidade das respostas dadas pelos sujeitos e o alfa de Cronbach corresponde uma das medidas mais usadas na comprovação da consistência interna de um grupo de variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

De acordo com o Quadro 9, referente às estatísticas descritivas do SCORE-15, encontra-se no item 4 “Sinto que é arriscado discordar na nossa família” com a média mais elevada ($M = 3.30$, $DP = 1.33$). Já o item 1 “Na nossa família falamos uns com os outros sobre coisas que tem interesse para nós” apresenta a média mais baixa ($M = 1.19$, $DP = 1.13$).

Quadro 9

Itens do SCORE-15: Estatística descritiva e alfa de Cronbach

Itens SCORE-15			Correlação item- total	α com eliminação do item
	M	DP		
1	1.19	1.13	.215	.695
2	3.17	1.19	.324	.683
3	2.31	1.25	.252	.691
4	3.30	1.33	.253	.692
5	3.01	1.30	.187	.700
6	2.13	1.18	.235	.693
7	2.52	1.33	.409	.672
8	2.71	1.38	.416	.670
9	2.86	1.25	.311	.684
10	2.15	1.10	.398	.676
11	2.50	1.20	.454	.668
12	2.34	1.28	.318	.683
13	2.88	1.35	.359	.678
14	2.46	1.36	.264	.691
15	2.03	1.16	.175	.699

Os itens do SCORE-15 da amostra estudada revelam um valor do alfa de Cronbach para a escala total de .700. Recorrendo ao estudo da correlação de cada item com o total da escala para averiguar se a eliminação do item levaria a uma melhoria do valor do alfa de Cronbach, percebe-se que no

SCORE-15 não há nenhum item com prejuízo para a consistência interna da escala, apesar de ter diversos itens (1, 3, 4, 5, 6, 14 e 15) com correlação inferior a .30.

Quanto aos fatores do SCORE-15, constatou-se que no fator Força cujo alfa de Cronbach é de .531, todos os itens se encontram com um funcionamento regular, pois nenhum prejudica o alfa total do fator (Cf. Anexo I, Quadro 1). No factor Dificuldades, cujo alfa total é de .553, de igual modo temos um funcionamento adequado dos itens (Cf. Anexo I, Quadro 2). Por último, o factor Comunicação com um alfa total de .444, apesar dos itens 4 e 8 apresentarem uma correlação inferior a .20, acabam por não prejudicar o valor do alfa de Cronbach (Cf. Anexo I, Quadro 3).

De acordo com o Quadro 10, referente à SWLS, o item 3 “Estou satisfeito com a minha vida” apresenta a média mais elevada ($M = 3.92$, $DP = 1.48$), e o valor mais baixo obteve-se no item 1 “A minha vida parece-se em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse” ($M = 3.14$, $DP = 1.55$).

Os itens do SWLS apresentam um valor do alfa de Cronbach para a escala total de .655. Analisando o Quadro 10, percebe-se que apenas a eliminação do item 5 “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada” aumentaria ligeiramente o valor do alfa de Cronbach para .663, dada a sua correlação item-total de .283.

Quadro 10

Itens da SWLS: Estatística descritiva e alfa de Cronbach

Itens SWLS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item- total	α com eliminação do item
1	3.14	1.55	.478	.567
2	3.88	1.32	.479	.573
3	3.92	1.48	.355	.626
4	3.15	1.47	.464	.575
5	3.27	1.57	.283	.663

4.4. Funcionamento Familiar e Satisfação com a Vida: Adolescentes Grávidas vs Não Grávidas

No presente estudo procurou-se fazer uma comparação da percepção do funcionamento familiar entre os dois grupos (ADG e ADNG), para o total dos dois instrumentos bem como para os fatores do SCORE-15. Assim, pode observar-se que no total do SCORE-15, não há uma diferença estatisticamente significativa, $t(98) = .024$, $p = .181$, entre os dois grupos. Quanto aos fatores do SCORE-15, pode observar-se no Quadro 11 que nenhum destes resultados chega a atingir a significância estatística.

No total da SWLS o resultado alcançado expressa uma diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -3.562$, $p = .001$, entre o grupo das ADG e ADNG, com as primeiras a apresentarem uma menor satisfação com a vida ($M = 15.74$, $DP = 4.63$) do que as segundas ($M = 18.98$, $DP = 4.46$).

Quadro 11

Funcionamento familiar e satisfação com a vida: Teste t de Student

Resultado	ADG (n=50)		ADNG (n=50)		t	p
	M	DP	M	DP		
Forças	2.23	0.63	2.02	0.73	1.547	.125
Dificuldades	2.62	0.54	2.72	0.96	-.591	.556
Comunicação	2.82	0.54	2.94	0.88	-.766	.445
Total SCORE-15	2.56	0.44	2.56	0.65	.024	.181
Total SWLS	15.74	4.63	18.98	4.46	-3.562**	.001

** p < .01

V – Discussão

Para uma clara reflexão acerca dos resultados alcançados no presente trabalho, reveste-se de extrema importância referir que se trata de um estudo exploratório em contexto angolano, sobre ser pai/mãe na adolescência. Naturalmente, representa um contexto distinto, com peculiaridades, o que torna imperioso ter bem presente a **caracterização da amostra**. Tendo em conta a carência de dados na pesquisa bibliográfica efetuada, relativos à realidade angolana, a reflexão terá como eixo central o cruzamento entre os resultados obtidos e os pressupostos teóricos já existentes em diferentes contextos e sempre que oportuno, fazendo a ponte com a realidade angolana.

O presente estudo incidiu sobre adolescentes angolanas (grávidas e não grávidas) com idades compreendidas entre os 12 aos 18 anos, com prevalência da etnia Umbundo, povo de maior expressão no país que habita a região Centro e Sul, na qual se situa a Província de Benguela, região onde se recolheu a amostra. Nas adolescentes predomina o 3º Ciclo como nível de escolaridade e como NSE médio. Foi objeto do mesmo estudo, para além do funcionamento familiar e da satisfação com a vida, os diferentes fatores ligados à gravidez na adolescência, tais como, frequência de escola, definição do projeto de vida, conhecimentos de contraceptivos, história de gravidez na adolescência no seio familiar (mãe ou irmã), idade do início de namoro e da primeira relação sexual, números de parceiros, etapa do ciclo vital da família, que possibilitaram identificar os fatores de risco/proteção da gravidez na adolescência e ao mesmo tempo permitiu uma comparação entre os dois grupos de adolescente (ADG e ADNG).

Começando pelo **perfil do Pai/Mãe na adolescência**, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), a adolescência representa um período de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que separam a criança do adulto com idades que se prolongam dos 10 aos 20 anos. Assim, podemos ver que os parceiros das adolescentes têm idades compreendidas entre os 15 e os 27 anos, com maior expressão nas idades entre 15-20 anos, o que corresponde aos estudos anteriormente realizados (Gembi, 2012) que provam que os parceiros das mães adolescentes são, na maior parte das vezes, também adolescentes (Oliveira, 1998; Trindade & Menandro, 2002). Porém, o estudo realizado por Faria e Zanetta, (2008) revela que os parceiros

das adolescentes grávidas são homens mais velhos (81% deles), resultado este incongruente com os dados do presente estudo. Os estudos de Chemello, Tanaka, Buzzetti e Lorenzi (2001) evidenciam a mesma realidade, onde 84,2% dos parceiros das adolescentes grávidas também pertencem à idade adulta. Entretanto, em Angola encontramos estas duas realidades, onde adolescentes têm como seus parceiros também adolescentes e situações onde a adolescente mantém uma relação com sujeitos adultos, nalguns casos com idades muito acima da sua. Os resultados do presente estudo demonstram que são na sua maioria solteiros, muitos deles com registo de terem abandonado a escola e envolvidos em tarefas laborais de reduzida qualificação. Estes dados encaixam-se na literatura, onde vemos que a paternidade na adolescência tende a aumentar a ocorrência de abandono escolar e a adesão a empregos mal remunerados ou desemprego (Levandowski et al., 2002; Schelemberg et al., 2007). No estudo comparativo entre pais adolescentes e não adolescentes levado a cabo por Schelemberg e colaboradores (2007), registou-se dados de abandono escolar, de 66,2% para pais adolescentes e 58,9% para os não adolescentes; com uma reação negativa à notícia da gestação de 20,3% e 18,0% respetivamente. Já no presente estudo temos uma percentagem 18,0% da reação negativa à gravidez, 24,0% para o abandono escolar e uma percentagem de 64,0% traduzindo o tempo do relacionamento entre os adolescentes que dura menos de um ano. Esta realidade pode perceber-se tendo em conta aquilo que é a realidade angolana nas zonas suburbanas, onde os jovens tendem a conquistar o seu poder económico, a sua afirmação social mais cedo por intermédio do “negócio” ou do trabalho e conseqüentemente formar um lar, situação muitas das vezes exigida pela família. Acredita-se que têm contribuído consideravelmente para esta realidade o contexto em que os adolescentes habitam, onde é comum (culturalmente) a constituição prematura de uma família, a própria condição socioeconómica da família, a influência dos pares e nalgumas vezes a religião que nalgumas vezes influencia o assumir de uma relação e constituir família quando ocorre uma gravidez. No entanto, nem sempre a reação do parceiro à gravidez é negativa.

Quanto às adolescentes grávidas, vemos que apesar da maior parte se encontrar a estudar, há no presente estudo 34,0% de ADG que abandonaram os estudos tendo como principal razão a gravidez, o que resulta numa concordância com os estudos de Faria e Zanetta (2008) que evidenciaram um abandono escolar prévio à gravidez na ordem de 47%. Estes dados evidenciam ainda a relação entre gravidez e abandono escolar, onde se acredita que a gravidez leva a um agravamento da situação socioeconómica das adolescentes e limita as suas possibilidades na qualificação e inserção no mundo laboral que é cada vez mais exigente, provocando uma dependência em relação ao companheiro ou à família (Godinho et al., 2000). Neste sentido, as adolescentes ao assumirem papéis relacionados com a constituição de família, esta situação contribui para o seu abandono escolar, pois são aspetos incompatíveis com a manutenção dos estudos (Faria & Zanetta, 2008). Agudiza a questão do abandono escolar a falta de um modelo

de escola que seja adequado para jovens (adolescentes) com filhos (Patto, 1990; Souza, 1999, citado por Faria & Zanetta, 2008). Silva e colaboradores (2009) concluíram, igualmente, que a gravidez provoca o abandono precoce e uma qualificação deficitária. Oliveira (1998) enfatiza ainda que entre os fatores que determinam a saída da adolescente da escola constam o constrangimento, as pressões de diretores, professores, colegas e pais de colegas, o fato de a jovem ter de pagar, com seu trabalho doméstico à família que abriga o seu filho ou necessitar ganhar o sustento de ambos, bem como o facto de alguns pais esconderem a situação devido à vergonha que sentem da gravidez de sua filha. Em Angola, todas as razões apontadas pela literatura que levam a adolescente a abandonar a escola são ajustadas, mas é mais notória a vergonha por parte das próprias adolescentes, a incompatibilidade dos papéis de mãe-estudante-trabalhadora ou vendedora, tendo em conta as suas reais necessidades e nalgumas vezes a falta de uma escola que aceite esta realidade, pois existem escolas cujo regulamento impede a frequência as aulas de uma mulher grávida no período diurno, dificultando a frequência das mesmas, especialmente para aquelas que não têm com quem deixar a criança após o parto.

Observa-se também que a maior percentagem de adolescentes (grávidas e não grávidas) iniciou o namoro entre os 14-15 anos, o mesmo acontece com a idade do início das relações sexuais (14-15). Este resultado vai de encontro aos dados encontrados noutros estudos (Belo & Silva, 2004; Lima et al., 2004) onde se observou que a idade média da primeira relação foi semelhante à relatada por adolescentes grávidas e menor que as obtidas em estudos com adolescentes em geral, que variavam entre os 15,5 a 16,4 anos (Abramovay, Castro, & Silva, 2004), o que remete para uma associação entre o início precoce da atividade sexual e a gravidez precoce (Lima et al., 2004). Esta realidade é de fácil constatação no contexto angolano, onde é comum adolescentes se envolverem cedo em relações amorosas e prematuramente ocorre uma gravidez. Os relatos do Fundo das Nações Unidas para as Populações (2002) esclarecem essa realidade ao afirmar que em Angola as adolescentes engravidam como resultado de uma iniciação sexual precoce (entre os 11-12 anos), sendo a prevalência da sexualidade entre adolescentes muito alta, bem como a gravidez precoce nesta faixa etária (adolescência). Estes dados corroboram com as conclusões de outros autores (Renepontes & Eisenstein, 2005; Trindade, 2005) que referem que a gravidez na adolescência resulta do exercício precoce da sexualidade, frequentemente levada a cabo de forma desenfreada em função do mundo adulto. Porém são várias as causas apontadas pela literatura agrupadas por Pinho (2009) com decorrentes de factores físicos, psicológicos e cognitivos, relacionados com a contraceção, sociodemográficos, familiares, relacionados com a escola e com o grupo de pares, culturais, raciais e étnicos.

Quanto ao número de parceiros e à planificação da gravidez constata-se que a maior parte não planificou a sua gravidez e engravidou com o primeiro parceiro sexual de sua vida, o que remete para a ideia apresentada por Esteves e Menandro (2005) de como as adolescentes, no seu pensamento

mágico e infantil, crêem que, pelo facto de serem jovens não têm possibilidade de engravidar ou que a mesma possibilidade é diminuta. Em conversas com adolescentes grávidas em Angola é comum ouvi-las afirmarem que “*achava que para engravidar teria de ser depois de algum tempo a se envolver*” e que “*nunca julguei que engravidaria logo nas primeiras relações*”. Este resultado 86.0% que retrata as ADG que não planificaram a gravidez neste estudo, ainda é superior comparativamente ao encontrado no estudo de Silva e colaboradores (2009) (50.0%), mas muito próximo dos 83.3% no estudo de Faria e Zanetta (2008). Por último, vemos que todas as adolescentes se encontravam a frequentar consultas pré-natais, o que de alguma forma ajuda a minimizar as dificuldades que as adolescentes encontram em lidar com o fenómeno da gravidez, pois no centro hospitalar as adolescentes encontram à sua disposição cuidados médicos e medicamentosos que visam contribuir para a diminuição da mortalidade materna, baixo peso no nascimento do bebé e mortalidade perinatal (Dias & Teixeira 2010). Em Angola, apesar de ser notório o recurso tardio aos centros e hospitais de atendimento pré-natal por parte de algumas adolescentes, já se assiste a uma procura aceitável por parte das ADG no geral, o que de alguma forma, espelha o reconhecimento do trabalho levado a cabo por esses serviços. Os mesmos têm prestado acompanhamento às grávidas, algumas vezes e em alguns hospitais em parceria com outros serviços (psicólogos), embora se reconheça que há sempre algo por melhorar. Pois, Dias e Teixeira (2010) alertam que os riscos da gravidez na adolescência se devem também à fraca adesão ao atendimento pré-natal.

De seguida, cabe analisar os **fatores de risco/proteção da gravidez na adolescência**. O facto de haver diferença entre ADG e ADNG nas variáveis computador e acesso à internet remete-nos para a importância e o impacto que a informação representa na compreensão da gravidez precoce, pois quem tem acesso ao computador e internet (na realidade angolana) encontra-se em melhores condições de ter mais acesso à informação. É igualmente de realçar, nesta era digital, o papel de relevo das redes sociais (e.g., Facebook, Twitter) que tanto podem representar um fator de proteção como de risco na atualização sobre informações relacionadas com sexo, métodos contraceptivos e gravidez. Essa realidade ajuda a perceber a diferença entre os dois grupos em termos de condição socioeconómica. Este facto associado à variável conhecimento de contraceptivos, são variáveis fundamentais a ter em conta para a compreensão da gravidez precoce, pois Demiani (2003) refere que diversos fatores influem no surgimento da gravidez precoce, tais como a liberdade de expressão, a quebra de preconceitos, as mudanças culturais, as informações pelos meios de comunicação e a falta de uso de métodos contraceptivos. Porém, as informações sobre métodos contraceptivos são veiculadas por programas de saúde na escola e pelos meios de comunicação social, fazendo com que a população de menores recursos tenha menor acesso a esta informação (Silva et al., 2008). Outra situação agravante é o facto de muitos adolescentes apesar de terem algum conhecimento sobre a prevenção, geralmente não o

utilizam por falta de vontade (Silva et al., 2008), realidades muito comuns entre adolescentes angolanos e não só.

A variável projeto de vida é outra que se apresenta como causa da gravidez na adolescência pois, acredita-se que esta variável tenha grande influência para a ocorrência da gravidez precoce, como se pode constatar na literatura, onde se confirma que a falta de perspectivas quanto ao futuro por adolescentes de meios mais desfavorecidos leva as mesmas a substituir o sonho de ter sucesso na vida, pelo único plano de vida: gerar filhos e tentar oferecer-lhes uma vida melhor (Silva et al., 2008). Leal e Wall (2010) referem que a ausência de oportunidade para refletir e construir um projeto de vida e concretizá-lo pode submeter a adolescente a uma situação de risco, seja qual for a sua situação social. No contexto das ADG inquiridas é comum constatar-se como tradição de família, seja em que condições forem, que o ter filho é uma prática recorrente, muitas das vezes vista pelas adolescentes como uma necessidade a ser satisfeita para a plena realização e afirmação social. Esta prática algumas vezes é incentivada por uma visão de inserção social, noutras por uma visão de disputa, em que não ter um filho é condição suficiente para automaticamente ser rotulada como “*Nbaco*” (rótulo que ninguém quer ter) e, por último, pela falta de uma cultura do uso de contraceptivos, onde é comum ouvir expressões menos adequadas como “*a banana não se come com casca*”. Pode ser de grande ajuda para a compreensão desta realidade uma das conclusões de Dadoorian (2003) referindo que as adolescentes acabam por engravidar pelo desejo de ter um filho que permite testar a sua feminilidade e construir a sua identidade reprodutiva que ao mesmo tempo funciona como um rito de passagem, transformando-a de menina para mulher. A literatura (Renepontes & Eisenstein, 2005; Trindade, 2005) enfatiza ainda que a gravidez precoce resulta na prática desenfreada da sexualidade em função da sedução do mundo adulto, que se manifesta sob várias formas, onde as mais marcantes são o consumismo, a estimulação sexual feita sob várias formas de propaganda como as telenovelas, músicas e até nas danças. Ora, no contexto angolano destacam-se diversas danças, tais como a “*Tarrachinha*” ou o “*Kuduro*” entre outros, que devido ao seu elevado nível de sensualidade, acabam por funcionar muitas vezes como um estímulo à prática desenfreada do sexo entre adolescentes.

A variável religião representa outra variável com grande impacto na gravidez precoce. Vemos no presente estudo que o facto da maioria das ADG serem da religião católica, possa ter alguma implicação na diferença entre os dois grupos, visto que o grupo de ADNG a maior parte delas fazem parte da religião evangélica onde há um rigor associado a uma “severidade” no tratamento da questão da sexualidade e gravidez, o que pode justificar um maior cuidado por parte das adolescentes desta religião em relação ao assunto. No estudo de Gemi (2012), feito em contexto angolano, já ficou demonstrado que a religião é uma variável a ter em conta para a compreensão da gravidez na adolescência. No entanto, na interpretação dos resultados do presente estudo é importante salientar que a amostra das ADNG foi na sua maioria recolhida na igreja (Católica e Evangélica), razão

pela qual é notória presença considerável de ADNG ligadas à igreja.

Ainda sobre os fatores de risco podemos observar que as ADG apresentam um nível de escolaridade muito baixo em relação às ADNG, bem como um maior índice de reprovações, dados que são confirmados igualmente por Gemi (2012) e outros autores (Lenvandowski, et al., 2002; Schelemberg et al., 2007). O facto de algumas adolescentes continuarem os seus estudos, mesmo depois de grávidas, submete-as a uma experiência ainda mais difícil, que exigiria a simultaneidade de dois papéis (mãe e estudante), que acabam influenciando-se mutuamente, justificando assim o elevado número de reprovações comparativamente às ADNG.

Vemos no presente estudo que os dados relativos à relação com os pares revelam resultados significativos, ou seja a diferença entre os dois grupos, atingiu o limiar da significância estatística no número de amigos, no contexto de amizade, na importância atribuída à relação e na frequência com que vêem seus pares. Assim, vemos que as ADNG possuem mais amigos, que são na sua maioria colegas de escola; dão mais significado à relação com os pares e, conseqüentemente, vêem-nos com mais frequência comparativamente às ADG com mais amigos na vizinhança. Essa situação faz transbordar uma realidade onde se espelha a questão do suporte social vindo da rede de amigos, o qual exerce grande influência na tomada de decisões e no suporte emocional das adolescentes em situações difíceis. Esclarece a literatura que as relações intensas entre a adolescente e o grupo de amigos aumentam o potencial da influência dos mesmos (pares) na qualidade das soluções adotadas pelas adolescentes na resolução dos seus problemas sociais, na qualidade de seus valores e das suas regras sociomoraes (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007). Assim, este grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente de comportamentos sexuais de risco (Dryfoos, 1997, citado por Dias, et al., 2007). Na realidade angolana é comum observar-se uma redução significativa no número de pares da adolescente após engravidar, que resulta muitas vezes da vergonha em assumir o facto, bem como por reconhecer que a sua vida não pode tomar o mesmo curso que levava junto de suas amigas, bem como ver nalgumas vezes o acesso vedado a certos ambientes de amigos, como o da igreja e da escola. Acresce que, por vezes, a maturidade que resulta da experiência da gravidez, faz com que estas adolescentes passem a encarar as amigas como imaturas e infantis, desligando-se delas e procurando estabelecer relações com pessoas com a mesma experiência ou com pessoas mais adultas.

Diante desde facto torna-se imperioso ter em conta os fatores que ajudam a contrapor a progressão da gravidez na adolescência, os chamados fatores de proteção, que são entendidos como aqueles que permitem modificar, melhorar ou alterar as respostas pessoais a determinados riscos (no caso a gravidez) (Ruter, 1985, 1987, citado por Cerqueira-Santos et al., 2010). Assim podemos referir como fatores de proteção para a gravidez precoce em Angola, a melhoria da condição social das famílias, uma

educação mais coesa e responsável, a ocupação dos adolescentes com atividades de utilidade pública, entre outros. Masten e Garnezy, (1985, citados por Cerqueira-Santos et al., 2010) enfatizam que para se enfrentar de forma segura o risco, desempenham um papel fundamental os atributos disposicionais da pessoa, a sua rede de apoio, bem como a coesão no seio da sua família, que são sérios fatores de proteção. Leal e Wall (2005) referem que a educação sexual prematura, de forma contínua e assumida com responsabilidade por todas as pessoas, bem como a superação das dificuldades de comunicação e diálogo entre os pais e os filhos, assim como os profissionais de saúde, funcionam como bons fatores de proteção.

Passando agora para abordagem acerca da **estatística descritiva e consistência interna do SCORE-15 e da SWLS**. Tendo em conta o SCORE-15, observa-se que a versão original do SCORE-15 possui um valor do coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Mendes, 2011). Na versão portuguesa o valor obtido foi de .88 (Mendes, 2011), sendo este resultado consistente com a versão original. Relativamente ao presente estudo, o valor do alfa alcançado é de .70, próximo do resultado encontrado num outro estudo realizado em Angola com adolescentes grávidas e não grávidas, que apresentou um valor do alfa de .727 (Gembi, 2012). Os valores mais reduzidos nos coeficientes obtidos em contexto angolano poderão ficar a dever-se a uma possível desadequação de alguns itens à realidade angolana. Assim, o estudo das correlações de cada item com a escala total parece indicar não haver qualquer item cujo o funcionamento esteja a afetar de forma significativa a consistência interna do SCORE-15 quando utilizado na presente amostra. No entanto, poderá ser necessário proceder a um afinamento de um ou outro item, especialmente os que apresentam correlações ligeiramente abaixo de .30, no sentido de adequar a linguagem dos itens à população angolana. Ao analisar o funcionamento dos itens nos três fatores do SCORE-15 (Dificuldades, Comunicação e Forças), observa-se que apesar de um ou outro item apresentar uma correlação inferior a .30, não há nenhum cuja a eliminação aumentaria o alfa total do fator.

Quanto à SWLS, o valor do alfa de Cronbach é de .66, ligeiramente abaixo do resultado encontrado por Simões (1992), na versão portuguesa (.77), havendo apenas um item com uma correlação item-total abaixo de .30.

Por último, analisando o **funcionamento familiar e a satisfação com a vida nas ADG e ADNG**, pode notar que a percepção que têm sobre o funcionamento de suas famílias não diverge de forma significativa, pois os resultados encontrados quer para o resultado total do SCORE-15, quer para os três fatores mostram essa aproximação na percepção dos dois grupos. Na compreensão destes resultados poderemos pensar na novidade desta tarefa de preenchimento de questionários para ambos os grupos e da pouca familiaridade com a mesma. No entanto, um funcionamento familiar menos adequado pode incentivar a adolescente a engravidar, como alternativa à situação de crise, desabafo, alerta aos encarregados, descontentamento ou como forma de desafiar as normas e regras familiares (Traverse-Yépez & Pinheiro, 2002 citados por Gembi, 2012), assim como o surgimento de uma gravidez no seio familiar desestabiliza a família obrigando-a a se reestruturar

e adaptar (Scabini, 1992). Quanto aos fatores do SCORE-15 (Força, Dificuldades e Comunicação) apesar de os seus resultados não atingirem o nível da significância estatística, os mesmos indicam que as ADG só apresentam um valor mais elevado no fator Força, pois nos outros o valor é inferior em comparação aos das ADNG. A ausência de diferença estatisticamente significativa no fator Comunicação poderá subentender que haja por parte de ambos os grupos de adolescentes a percepção de que na sua família a comunicação é pautada por algumas dificuldades, podendo traduzir uma falta de abertura comunicativa entre pais e filhos, fundamentalmente em assuntos relacionados com gravidez e sexualidade; realidade muito comum em África e em Angola, onde assuntos como estes são ainda vistos como tabu por parte dos adultos. Dias e Gomes (1999) reforçam esta ideia pois alegam que a comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos é marcada, por uma ambiguidade em que ambas as partes reconhecem o problema, mas evitam enfrentá-lo. Assim esta deficiente abertura comunicativa, entre o mundo adulto e os adolescentes, coloca as mesmas numa situação vulnerável à gravidez, porque a presença de uma visão negativa ou repressora dos adultos sobre assuntos que têm a ver com os adolescentes, principalmente a sexualidade, cria sérios obstáculos não só no acesso à informação como também na educação e na preparação para exercer a sexualidade de maneira responsável (Barker & Castro, 2002).

Quanto ao nível de satisfação com a vida, avaliado através da SWLS, comprova-se que as ADG têm um nível de satisfação mais baixo em comparação as ADNG. Sendo a satisfação com a vida o grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a nossa própria vida, que inclui aspetos como, o bem-estar subjetivo (Soares, 1992), compreende-se que as ADG, em função da situação que vivem (gravidez), possam ter uma avaliação pessimista e muito negativa sobre a sua vida, em comparação com as ADNG. Como referido na literatura, apesar da gravidez a princípio ser encarada como um meio de obter atenção e de se fazerem sentir crescidas e importantes, no final chegam a sentir-se sós, tristes, sem amparo e com sensação de castigo (Silva & Salomão, 2003), a par de várias outras consequências como abandono escolar precoce, perda de oportunidade de emprego, monoparentalidade, dificuldade de ajustamento emocional, baixa auto-estima entre outros (Figueredo, 2000; Siqueira et al., 2002). Em síntese, pressupõe-se que as ADG estarão a vivenciar uma série de situações desagradáveis resultantes da gravidez, como é o caso de ter de abandonar as aulas, ter de deixar de ir aos mesmos ambientes com as suas amigas, ter de enfrentar nalgumas vezes o desprezo e a repreensão constante dos pais, da família, do próprio parceiro e da comunidade, entre outros aspetos, que acabam por afetar o seu nível de satisfação com a vida.

VI – Conclusões

A adolescência representa um processo cuja sua compreensão implica vê-la nos seus diferentes contextos e culturas, pois não é um fenómeno homogéneo com uma única causa, sendo sim heterogéneo e com múltiplas

causas desde sociais, psicológicas, familiares, a económicas entre outras. O presente trabalho representa um contributo visando a compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência em contexto angolano.

As ADG em Angola e os seus parceiros acabam por ter um perfil semelhante, caracterizado essencialmente por um baixo rendimento e aproveitamento escolar, reprovações, altas taxas de abandono escolar, baixas condições económicas e baixas perspectivas de realização profissional, dados que corroboram com a literatura (Lenvandowski et al, 2002; Schelemborg et al, 2007).

No que diz respeito à percepção das adolescentes (ADG e ADNG) sobre o funcionamento familiar, podemos concluir que ambos os grupos apresentam um funcionamento familiar semelhante, contrariamente ao nível de satisfação com a vida, com as ADNG a sentirem-se mais satisfeitas com a própria vida do que as ADG.

Assim, a associação/colaboração de diversas entidades da sociedade angolana no sentido de repensarem as políticas de educação e saúde, visando não só maior e melhor sensibilização dos adolescentes, com programas distintos, tais como: educação para o ambiente, programas de melhoramento da vida na comunidade, de educação sexual nas escolas, nas famílias, nas igrejas, melhorar e expandir os programas de saúde reprodutiva, entre outras acções poderiam revelar-se produtivas na redução das taxas de gravidez na adolescência. Por outro lado, uma maior atenção às famílias carentes também se poderia revelar um bom contributo para esta causa.

Como principais contributos do presente estudo destaca-se a dimensão da amostra ($N = 100$), das quais metade adolescentes grávidas; bem como o facto de se debruçar sobre a questão do funcionamento familiar e satisfação com a vida destas adolescentes. De salientar ainda o facto de permitir elaborar um primeiro esboço de quem são os pais e mães adolescentes atendendo a diversas variáveis (e.g., percurso escolar). No entanto, reconhecem-se algumas limitações no presente estudo, tal como o facto de a maior parte da amostra de ADNG ter sido recolhida na igreja, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos. O facto dos dados acerca do perfil da figura paterna adolescente terem sido obtidos através da informação facultada pelas adolescentes também poderá limitar a generalização dos resultados.

Contudo, fica a expectativa de mais estudos acerca desta temática, procurando clarificar este fenómeno da gravidez na adolescência. Como estudos futuros, destaca-se a já evidenciada (Gembi, 2012) necessidade de desenvolver ou adaptar e validar de instrumentos de avaliação para a população angolana, dada a sua escassez (ou mesmo inexistência em diversas áreas). Acresce que a recolha de dados com recurso ao adolescente (progenitor da criança) poderia permitir comparar a perspectiva de ambos os adolescentes face à gravidez.

Bibliografia

- Abramovay, M., Castro, M. G., & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. São Paulo: UNISCO.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Arilha, M. (1999). Contracepção, comportamento e etilmente: Um cruzamento necessário na vida das mulheres. In E. Berquó (Ed.) *Reflexões sobre o género e a fecundidade no Brasil*. Acedido em http://www.prosiga.br/fsp_esp/saudereprodutiva
- Barker, S. L., & Castro, D. M. F. (2002). Gravidez na adolescência: Dando sentido ao conhecimento. In M. L. Contini, S. H. Kolher, & M. N. Barros. *Cartilha do adolescente. Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Documento do Conselho Federal de Psicologia. Rio de Janeiro.
- Barros, M. N. S. (2002). O psicólogo e a acção com o adolescente. In M. L. Contini, S. H. Kolher, & M. N. Barros. *Cartilha do adolescente. Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Documento do Conselho Federal de Psicologia. Rio de Janeiro.
- Cabral, C. S. (2002). Gravidez na adolescência e identidade masculina: Repercussões sobre a trajectória escolar e profissional do jovem. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), 179-196.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cerqueira-Santos E., Paludo. S. S., Schirò, E. D., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicologia e Estudos* 15(1), 72-85.
- Chalen, E., Mitsuhhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: Perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de S. Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1) 177-186.
- Chemello C. S., Tanaka A. C. D., Buzzetti M. C., & Lorenzi D. R. S. (2001). Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos. *Revista Científica AMECS*, 10(1), 33-38.
- Circulo Angolano Intelectual (2014). *A gravidez precoce e suas complicações sociopsicológica e educativa para as adolescentes Angolanas*. Acedido em <http://www.circuloangolano.com/?p=13949>.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Costa, M. C. O., Lima, I. C., Junior, D. F. M., Santos, C. A. S. T., Araújo, F. P. O., & Assis, D. R. (2005). Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: Trajetória sociodemográfica e atitudes com gestação e a criança. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10(3), 716-727.
- Dadoorian, D. (2003). Gravidez na adolescência: Um novo olhar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21(3), 84-91.
- Demiani, F. E. (2003). Gravidez na adolescência: A quem cabe prevenir? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(2), 161-168.
- Dias, A. C. G., & Gomes, W. B. (1999). Conversas sobre sexualidade na

- família e gravidez na adolescência: A percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 79-106.
- Dias, A. C. G., Patias, N. D., Fiorin, P. C., & Dellator, R. E. (2011). O significado da adolescência para jovens gestantes. *Revista Brasileira de História e Ciência Sociais*, 3(6), 153-167.
- Dias, A. C. G., & Teixeira, M. A. P. (2010). Gravidez na adolescência: Um olhar sobre o fenómeno complexo. Revisão crítica da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 123-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>
- Eisenstein, E. (2005) Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Esteves, J. R., & Menandro, P. R. M. (2005) Trajetórias de vida: Repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 363-370.
- Faria, D. G. S. & Zanetta, D. M. T. (2008) Perfil das mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados de assistência pré-natal. *Arquivos ciências saúde*, 14(1), 17-23.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4(18), 485-498.
- Fonseca, M. S., & Melchiori, L. E. (2010). *Adolescentes: Maternidade, riscos e proteção. Gravidez e maternidade na adolescência*. Acedido em. <http://books.scielo.org/id/sb6rs/pdf/valle-9788579831195-08.pdf>.
- Foresti, R. G. R. (2001). Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 170.
- Gembi, F. T. (2012). *Gravidez na adolescência em contexto angolano: estudo acerca dos factores de risco e de protecção, com enfoque no funcionamento familiar* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., & José, A. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103.
- Leal, A. C., & Wall, M. L. (2005). Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. *Cogitare Enfermagem*. 10(3), 44-52.
- Leal, I. (2000). Gravidez e maternidade na adolescência. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 23-32.
- Levandowski, D. C. (2001). Paternidade na adolescência: Uma breve revisão da literatura internacional, *Estudos de Psicologia*, 7(1), 15-23.
- Levandowski, D. C., Antoni, C., Koller, S. H., & C. A. Piccinini (2002). Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. *Interações*, 2(13), 77-100.
- Lima C. T. B., Feliciano K. V. O., Carvalho M. F. S., Souza A. P. P., & Menabó, J. B. C., Ramos L. S. (2004) Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, 4(1), 71-83.

- Lyra, J. L. C. Paternidade adolescente: Uma proposta de intervenção. (Tese de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo – Brasil. Acedido em <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Paternidade-Na-Adolescencia/49448979.html>
- Matheus, T. C. (2007). *Adolescência: História e política do conceito na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mealhado, A., Sant'Anna, M. J. C., Pessarolli, M. L. B., & Coates, V. (2008). Gravidez na adolescência: Apoio integral à gestante e a mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. *Adolescência e Saúde*, 5(2), 45-51.
- Meincke, S. M., Trigueiro, D. R. S., Carraro, T. E., Brito, S. S., & Collet, N. (2011). Perfil sociodemográfico e económico de pais adolescentes. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 19(3), 452-456.
- Meincke, S. M., & Carraro, T. E. (2009). Vivência da paternidade na adolescência: Sentimentos expressos pela família do pai do adolescente. *Textos e Contextos de Enfermagem*, 18(1), 83-91.
- Mendes, A. R. (2011). *Impacto das variáveis sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29: Estudo exploratório numa amostra não-clínica*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Neto, F. R., Dias, M. S. A., Rocha, J., & Cunha, I. C. K. (2007) Gravidez na adolescência: Motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 279-285.
- Oliveira, M. W. (1998). Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. *Cadernos CEDES*, 19(45), 48-70.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para a acção*. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Brasília: Ministério da saúde.
- Osório, L. C. (2000). *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.) Lisboa: Sílabo.
- Pinho, M. P. (2009). Suporte social e adaptação à gravidez na adolescência (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007) Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2) 247-256.
- Rangel, D., & Queiroz, A. B. (2008). A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. *Revista de Enfermagem*, 12(4), 780-788.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família na perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Renepontes, P., & Eisenstein, E. (2005). Gravidez na adolescência: A história se repete. *Adolescência & Saúde*, 2(3), 11-15.
- Santos, I. M. M., & Silva, L. M. (2000) Estou grávida e agora? Relato de

- experiência na consulta de enfermagem. *Revista Projecto Acolher: Um encontro de enfermagem com adolescentes brasileiros* (pp. 176-182). Brasília.
- Scabini, E. (1992). Ciclo de vida familiar e de saúde familiar. (Manuscrito não publicado). Universidade Católica do Sagrado Coração. Milão-Itália.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silves, E. F. M. (2010). Adolescência através do tempo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2) 227-234.
- Shelemberg, J. M., Pereira, L. D. C., Grisard, N., & Hallal, A. L. C. (2007). Características socioeconômicas e psicossociais do pai adolescente. *Arquivos Catarineses de Medicina*, 36(2), 62-68.
- Silva, A. P., Hirai, K. N., Silva, M. E., & Hoeredia, E. P. (2009). Os factores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. *Consciência e Saúde*, 8(1), 91-97.
- Silva, D. T. C., & Silva, S. M. T. (2007). A realidade social de mães adolescentes assistidas pelo centro de referência da assistência social – Eras Monteiro Lagarto-se. *Revista Electrónica da Faculdade José Augusto Viera*, 7(2), 286-297.
- Silva, D. V., & Salomão, N. M. R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas das bebes, *Estudos de Psicologia*, 8(1), 135-145.
- Silva, L., & Tonete, V. L. P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 14(2), 199-206.
- Siqueira, M. J. T., Mendes, D., Finkler, I., Guedes, T., & Gonçalves, M. D. S. (2002). Profissionais e usuários adolescentes de quatro programas públicas de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: Onde está o pai? *Estudos de Psicologia*, 7(1), 65-72.
- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(16), 373-384.
- Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica (2003). Gravidez na adolescência. Acedido em [https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=ToO6U4iuLObe8geihoDYCw&gws_rd=ssl#q=Sociedade+Paulista+de+Psiquiatria+Cl%C3%ADnica+\(2003\).+Gravidez+na+adolesc%C3%Aancia](https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=ToO6U4iuLObe8geihoDYCw&gws_rd=ssl#q=Sociedade+Paulista+de+Psiquiatria+Cl%C3%ADnica+(2003).+Gravidez+na+adolesc%C3%Aancia).
- Strelhow, M. R. W., Bueno, C. O., Câmara, G. S. (2010) Percepção de saúde e satisfação com a vida em adolescentes: Diferença entre sexos. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(2), 42-49.
- Sudbrack, M. F. (2001). *Terapia familiar sistémica. Dependência de drogas* São Paulo: Atheneu.
- Teixeira, S. C. R. (2013). Gravidez na adolescência: Perspectiva de um novo rearranjo familiar (Tese de Mestrado). Universidade Estadual do sudoeste de Bahia, Jequié. Acedido em <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/SAMIA%20DA%20COSTA%20RIBEIRO%20TEIXEIRA.pdf>.

- Trindade, R. F. C. (2005). Entre o sonho e a realidade: A maternidade na adolescência sob a óptica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió – Alagoas (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Acedido em file:///C:/Users/hp/Downloads/TRINDADE_RFC.pdf.
- Trindade, Z. A., & Menandro, M. C. S. (2002). Pais adolescentes: Vivência e significância. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 15-23.

Anexos



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Esta investigação insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, na área de Sistémica, Saúde e Família, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e tem como objetivo proceder a um **estudo sobre a gravidez na adolescência em contexto Angolano**.

A participação neste estudo é **VOLUNTÁRIA** e será garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados. Neste sentido, não será requerida a sua identificação (nome) em nenhum momento da investigação e os dados serão posteriormente inseridos numa base de dados para tratamento estatístico dos dados, com atribuição de um código a cada participante. A sua colaboração neste projeto é de extrema importância, uma vez que permitirá descobrir os fatores de risco e de proteção implicados na gravidez na adolescência no nosso país.

Os questionários a que vai responder, não oferecem possibilidades de existirem respostas certas nem erradas, sendo-lhe apenas solicitado que responda segundo o que melhor descreve a sua opinião. Por favor, leia com atenção todos os itens, responda a todos sem deixar qualquer um em branco.

A equipa deste projeto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Consentimento

Eu.....,declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango,....dede 2013

.....
 Assinatura



Cálculo do NSE

Instruções

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área de residência, tipo de habitação, características habitação, electrodomésticos e conforto e fonte de rendimento).
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

Área de residência	Cotação
Centro da cidade	3
Arredores da cidade/Bairro	2
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
Casa de adobe	1

Características de habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	Sim = 1 Não = 0
Cozinha	Sim = 1 Não = 0

Electrodoméstico e conforto

Nota: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4 (pontuação máxima neste campo: $8/4 = 2$)

	Cotação
Água canalizada	Sim = 1 Não = 0
Gás	Sim = 1 Não = 0
Esgotos	Sim = 1 Não = 0
Frigorífico	Sim = 1 Não = 0
Televisão	Sim = 1 Não = 0

Computador	Sim = 1 Não = 0
Acesso a internet	Sim = 1 Não = 0
Automóvel	Sim = 1 Não = 0

Principal fonte de rendimento da família

NOTA: a pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2 (pontuação máxima neste campo: $5 \times 2 = 100$).

Cotação

Riqueza herdada ou adquirida -----5
 Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----4
 Vencimento mensal fixo -----3
 Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----2
 Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -
 -----1

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

Baixo = Pontuação total entre 2 e 10

Médio = Pontuação total entre 11 e 15

Elevado = Pontuação total entre 16 e 20

Anexo C

Dados complementares da amostra

Variáveis	ADG (n =50)		ADNG (n =50)		Amostra Total (N = 100)	
	n	%	n	%	N	%
Local de residência						
Benguela	49	98.0	19	38.0	68	68.0
Cubal	-	-	8	16.0	8	8.0
Lobito	1	2.0	23	46.0	24	24.0
Nº de Reprovações						
0	21	42.0	29	58.0	50	50.0
1	16	32.0	16	32.0	32	32.0
2	12	24.0	5	10.0	17	17.0
3	1	2.0	-	-	1	1.0
Álcool e Drogas						
Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Não	50	100.0	50	50.0	100	100.0
Psicopatologia						
Sim	0	0.0	0	0.0	0	0
Não	50	100.0	50	100.0	100	100.0
Nº Parceiros Sexuais						
1	38	78.0	13	26.0	51	51.0
2	11	22.0	5	10.0	16	16.0
3	2	2.0	-	-	2	2.0
Motivo de abandono escolar						
Doença	1	2.0	-	-	1	1.0
Falta de vaga	2	4.0	-	-	2	2.0
Matricula	1	2.0	-	-	1	1.0
Não Sabe	4	8.0	-	-	4	4.0
Por opção	1	2.0	-	-	1	1.0
Suspensão na escola	1	2.0	-	-	1	1.0
Trabalho	1	2.0	-	-	1	1.0
Vontade própria	1	2.0	-	-	1	1.0
Profissão Parceiro						
Balconista	1	2.0	-	-	1	1.0
Bombeiro	1	2.0	-	-	1	1.0
Comerciante	5	10.0	-	-	5	5.0
Decorador	1	2.0	-	-	1	1.0
Enfermeiro	1	2.0	-	-	1	1.0
Estudante	14	28.0	-	-	14	14.0
Estofador	1	2.0	-	-	1	1.0
Mecânico	3	6.0	-	-	3	3.0
Motoqueiro	1	2.0	-	-	1	1.0
Motorista	3	6.0	-	-	3	3.0
Pedreiro	12	24.0	-	-	12	12.0

Serralheiro	1	2.0	-	-	1	1.0
Soldador	2	4.0	-	-	2	2.0
Taxista	1	2.0	-	-	1	1.0
Vendedor	1	2.0	-	-	1	1.0
Co-habitação com outras pessoas						
Sim	18	36.0	18	32	36	36.0
Não	32	64.0	32	64.0	64	64.0
Parentesco com habitação						
Avós	2	4.0	-	-	2	2.0
Tios	3	6.0	-	-	3	3.0
Primos	3	6.0	11	22.0	14	14.0
Sobrinhos	8	16.0	2	4.0	10	10.0
Outros	2	4.0	5	4.0	7	7.0
Residência						
Comuna-Sede	1	2.0	-	-	1	1.0
Arredores da cidade-Bairro	49	98.0	42	84.0	91	91.0
Centro da Cidade	-	-	8	16.0	8	16.0
Habitação						
Casa de adobe	4	8.0	6	12.0	10	10.0
Casa de Bloco	45	90.0	14	28.0	59	59.0
Vivenda	1	2.0	17	34.0	18	18.0
Apartamento	-	-	13	26.0	13	13.0
Números de Quarto						
1	15	30.0	3	6.0	18	18.0
2	11	22.0	10	20.0	21	21.0
3	14	28.0	20	40.0	34	34.0
4	5	10.0	9	18.0	14	14.0
5	2	4.0	6	12.0	8	8.0
6	1	2.0	-	-	1	1.0
7	1	2.0	1	2.0	2	2.0
8	1	2.0	-	-	1	1.0
9	-	-	1	2.0	1	1.0
Números de sala						
0	2	4.0	-	-	2	2.0
1	37	74.0	27	54.0	64	64.0
2	11	22.0	19	38.0	30	30.0
3			4	8.0	4	8.0
Casa de banho						
Sim	45	90.0	50	100.0	95	95.0
Não	5	10.0	-	-	5	5.0
Cozinha						
Sim	39	78.0	50	100.0	89	89.0
Não	11	22.0	-	-	11	11.0
Dormidas						
Sim	22	44.0	25	50.0	47	47.0
Não	28	56.0	25	50.0	53	53.0

Água						
Sim	30	60.0	9	18.0	39	39.0
Não	20	40.0	41	82.0	61	61.0
Gás						
Sim	37	74.0	48	96.0	85	85.0
Não	13	26.0	2	4.0	15	15.0
Electricidade						
Sim Gerador	32	64.0	5	10.0	37	37.0
Sim Rede	13	26.0	43	86.0	56	56.0
Não	5	10.0	2	4.0	7	7.0
Esgoto						
Sim	41	82.0	48	96.0	89	89.0
Não	9	18.0	2	4.0	11	11.0
Frigorífico						
Sim	30	60.0	42	84.0	72	72.0
Não	20	40.0	8	16.0	28	28.0
Fogão						
Sim Gás/electricidade	38	76.0	47	94.0	85	85.0
Sim-lenha/carvão	-	-	2	4.0	2	2.0
Não	12	24.0	1	2.0	13	13.0
Televisão						
Sim	50	100.0	49	98.0	99	99.0
Não	-	-	1	2.0	1	1.0
Rádio						
Sim	44	88.0	46	92.0	90	90.0
Não	6	12.0	4	8.0	10	10.0



Questionário Sociodemográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local de recolha dos dados: _____

Dados de Identificação do próprio

Sexo: FEM ____ MASC ____

Idade: ____ Anos

Nível de escolaridade (se for adulto, escrever o último ano concluído)

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) _____

Profissão: _____

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

Estado Civil:

Solteiro (a) ____

Casado (a) ____ Recasado: Sim ____/Não ____

União de facto ____

Separado(a) ____

Divorciado(a) ____

Viúvo(a) ____

Etnia:

Nhaneca ____

Umbundo ____

Quimbundo ____

Nganguela ____

Cuanhama ____

Outras: _____

Religião:

Católica ____

Evangélica ____

Adventista do 7º Dia ____

Tokuista ____

Igreja Universal do Reino de Deus ____

Kimbanquista ____

Testemunhas de Jeová ____

Outra: _____

Dados de Identificação do Agregado Familiar

Composição agregado familiar

Parentesco*	Idade	Sexo Mas/Fem	Estado Civil	Profissão**	Nível de escolaridade

* Pai, mãe, filho (a), marido, mulher, irmã (o) da pessoa que está a completar o questionário

** Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)

Outras pessoas que habitam com o agregado família

Quem (grau de parentesco) *	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo de Permanência

* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

Área de residência:

Centro de cidade _____

Arredores da cidade/Bairro _____

Aldeia/Quimbo _____

Comuna/Sede _____

Outro.

Qual _____

Tipo de habitação

Apartamento _____

Vivenda _____

Pau-a-Pique/cubata _____

Casa de adobe _____

Outro. Qual

Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		

Cozinha		
Outros _____ _____ _____		

* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

Eletrrodomésticos e Conforto (assinalar com uma cruz o que houver)

		Observações*
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

*Exemplo: Eletricidade por Gerador

Principal Fonte de Rendimento da Família

Riqueza herdada ou adquirida -----

Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----

Vencimento mensal fixo-----

Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----

Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----

1. Nível socioeconómico:

1. Etapa do ciclo vital:

1 Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista



Questionário Complementar para ADG

Código: _____

I- Dados pessoais da adolescente:

1. Idade: _____ Anos
 2. Data de nascimento: _____ / _____ / _____
 3. Localidade de residência: _____
 4. Frequenta atualmente a escola? Sim _____ Não _____
 5. Abandono escolar? Sim _____ Não _____
 - 5.1. Motivo do abandono: _____
 6. Nível de escolaridade que completou: _____
 7. Número de reprovações: _____
 8. Profissão: _____
 9. Projeto de vida (o que pretende fazer da sua vida?): _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- Definido _____ Não definido _____

II- Dados acerca da saúde/gravidez

1. História de abuso de álcool e drogas? Sim _____ Não _____
Descrição (em caso afirmativo): _____
- _____
2. História de psicopatologia? Sim _____ Não _____
Descrição (em caso afirmativo): _____
- _____
- _____
3. Idade do primeiro namoro: _____ Anos
4. Idade de início da atividade sexual: _____ Anos
5. Número de parceiros (até ao momento): _____
6. Conhecimento de contraceptivos: Sim _____ Não _____
7. Gravidez planeada? Sim _____ Não _____
8. Aceitação da maternidade? Sim _____ Não _____
9. Desejo da maternidade? Sim _____ Não _____
10. Motivo para engravidar (escolher uma opção):
 - Vontade forte de ter um filho/ser mãe _____
 - Falta de prevenção/descuido _____
 - Satisfazer o parceiro _____
 - Para sair de casa _____
 - Pressão da família _____
 - Por acaso _____
 Outro: _____
- _____

11. Percepção em relação à gravidez (escolher uma opção):

- Felicidade _____
- Grande responsabilidade _____
- Começo de uma vida nova _____
- Tristeza _____
- Acto de amor _____
- Experiência de vida _____
- Realização de um sonho _____
- Uma bênção de Deus _____
- Amadurecimento _____
- Um problema por não ter apoio _____
- Aumento da família _____

Outro: _____

12. Tempo de gestação: _____ (semanas ou meses de gravidez)

13. Consultas pré-natal? Sim _____ Não _____

III- Dados acerca do progenitor da criança/relação com o progenitor:

1. Idade: _____ Anos

2. Estado civil: Solteiro _____

Casado _____

União de Facto _____

Separado _____

Divorciado _____

Viúvo _____

3. Localidade de residência: _____

4. Frequenta atualmente a escola? Sim _____ Não _____

5. Abandono escolar? Sim _____ Não _____

5.1. Motivo do abandono: _____

6. Nível de escolaridade que completou: _____

7. Profissão: _____

8. Tipo de relação que mantém com o progenitor da criança (escolher uma opção):

- Vivem juntos e são casados _____
- Vivem juntos mas não são casados _____
- Mantêm uma relação amorosa mas não vivem juntos _____
- Não mantêm uma relação amorosa _____
- Nunca mais o viu _____
- Outro: _____

9. Duração da relação (em anos):

- Menos de 1 ano _____
- 1-3 anos _____
- Mais de 3 anos _____

10. Reação paterna à gravidez:

- Positiva/Contente _____
- Negativa/Indiferente/Não gostou _____

IV- Dados acerca da família da adolescente:

1. Idade do Pai: _____ Anos
2. Profissão do Pai: _____
3. Nível de escolaridade completo do Pai: _____
4. Idade da Mãe: _____ Anos
5. Profissão da Mãe: _____
6. Nível de escolaridade completo da Mãe: _____
7. Mãe com história de gravidez na adolescência? Sim _____ Não _____
8. Idade da mãe ao nascimento do 1º filho: _____ Anos
9. Irmã com história de gravidez na adolescência? Sim _____ Não _____

V- Dados acerca dos pares:

1. Número de amigos: _____ Amigos
2. Contexto: Vizinhança _____
Escola _____
Trabalho _____

Outro: _____

3. Relação com os pares considerada importante? Sim _____ Não _____
4. Com que frequência vê os amigos?
Nunca _____
Raramente _____
Às vezes _____
Muitas vezes _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

III- Dados acerca dos pares:

1. Número de amigos: _____ Amigos

2. Contexto: Vizinhança _____

Escola _____

Trabalho _____

Outro: _____

3. Relação com os pares considerada importante? Sim _____ Não _____

4. Com que frequência vê os amigos?

Nunca _____

Raramente _____

Às vezes _____

Muitas vezes _____

Muito obrigada pela sua colaboração!



SCORE – Descreva a sua família

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO

(Data: ____ / ____ / ____)

Código: _____

Pedimos a SUA OPINIÃO acerca da forma como vê a sua família actualmente. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que habitualmente vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento deste questionário.

Para cada item coloque um visto (√) apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5. Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nós” não caracteriza propriamente a sua família, deverá colocar um visto (√) no quadrado 4 para “Descreve-nos: Mal”.

			√	
--	--	--	---	--

Evite reflectir profundamente acerca da resposta, mas procure responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação descreve a sua família?					
1. Descreve-nos Muito Bem					
2. Descreve-nos Bem					
3. Descreve-nos Em Parte					
4. Descreve-nos Mal	Muito Bem	Bem	Em Parte	Mal	Muito Mal
5. Descreve-nos Muito Mal					
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós					
2) Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família					
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6) Confiamos uns nos outros					
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente					

9) Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras					
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

Por favor, verifique se respondeu a todos os itens. Score



Anexo H

Satisfaction With Life Scale (SWLS)
(Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

Tradução e adaptação da Versão Portuguesa
Simões, 1992, FPCE-UC

ID _____ Idade: _____ Ano de escolaridade: _____ Sexo: M/F Data: _____

Mais abaixo, Encontrarás cinco frases, com que poderás concordar ou discordar. Emprega a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marca uma cruz (x), dentro do quadrado, que melhor indica a tua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

1. Discordo Muito
2. Discordo um Pouco
3. Não Concordo Nem Discordo
4. Concordo um Pouco
5. Concordo Muito

1 – A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2 – As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3 – Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4 – Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5 – Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5

Anexo I

Alfa subescalas SCORE-15

Quadro 1

Fator FORÇA do SCORE-15: Estatística descritiva e Alfa de Cronbach

Força	M	DP	Correlação dos item - total	α com eliminação do item
1	1.99	1.13	.303	.472
3	2.31	1.25	.279	.488
6	2.13	1.18	.216	.525
10	2.15	1.10	.416	.404
15	2.03	1.16	.284	.483

Quadro 2

Fator Dificuldades do SCORE-15: Estatística descritiva e Alfa de Cronbach

Dificuldades	M	DP	Correlação dos item - total	α com eliminação do item
5	3.01	1.30	.257	.531
7	2.52	1.33	.343	.480
9	2.86	1.25	.339	.483
11	2.50	1.20	.410	.445
14	2.46	1.36	.239	.544

Quadro 3

Fator Comunicação do SCORE-15: Estatística descritiva e Alfa de Cronbach

Comunicação	M	DP	Correlação dos item - total	α com eliminação do item
2	3.17	1.19	.259	.373
4	3.30	1.33	.178	.429
8	2.71	1.38	.280	.353
12	2.34	1.28	.271	.362
13	2.88	1.35	.180	.428