



Governo Regional dos Açores
Secretaria Regional da Saúde

Gravidez e Maternidade na Adolescência nos Açores Relatório Final

2009

MARIA CRISTINA SOUSA CANAVARRO (COORD.)

Índice

1. Enquadramento do estudo	11
2. Actividades desenvolvidas.....	15
2.1. Revisão da literatura científica.....	15
2.2. Conceptualização do estudo, definição de objectivos e do protocolo de avaliação	15
2.3. Equipa	17
2.4. Recolha da amostra.....	17
2.5. Tratamento dos dados	18
3. Enquadramento teórico – Revisão da literatura científica.....	20
3.1. Prevalência da gravidez na adolescência: uma realidade nas sociedades ocidentais industrializadas.....	20
3.2. Perspectiva desenvolvimental da gravidez e maternidade na adolescência	21
3.3. Etiologia e condições associadas.....	23
3.4. Consequências e trajectórias desenvolvimentais da gravidez e maternidade na adolescência: (In)adaptação	29
3.5. Implicações do estado actual do conhecimento para a prática: programas de intervenção e políticas sociais	45
4. Desenho metodológico.....	62
5. Resultados. Constituição e comparação dos grupos da amostra	66
5.1. Constituição dos grupos	66
5.2. Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas e individuais.....	66
5.2.2. Residência	68
5.2.3. Estado civil	69
5.2.4. Nível socioeconómico	72
5.2.5. Religião	72
5.2.6. Escolaridade	73
5.2.7. Situação profissional	80
5.2.8. Projectos de vida	82
5.2.9. Saúde e estilo de vida	86
5.2.10. Competências cognitivas.....	92
5.2.11. Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	93
5.2.12. Acontecimentos de vida adversos.....	95
5.3. Família e relações sociais.....	96
5.3.1. Agregado familiar	96
5.3.2. Caracterização sociodemográfica dos pais das adolescentes	100
5.3.3. Estilos educativos parentais percebidos pelas adolescentes.....	105
5.3.4. Caracterização sociodemográfica do companheiro da adolescente	108
5.3.5. Contexto relacional das adolescentes	111
5.4.1. Menstruação	117
5.4.2. Vida sexual: início e actividade	118
5.4.3. Contracepção: conhecimentos e utilização	119
5.4.5. História familiar de gravidez na adolescência.....	125

5.5.1. Ocorrência da gravidez: motivação e planeamento.....	129
5.5.2. Antecedentes obstétricos.....	131
5.5.3. Reações da grávida e família à notícia da gravidez.....	132
5.5.4. Seguimento obstétrico e intercorrências da presente gravidez.....	135
5.5.5. Acompanhante nas consultas durante a gravidez.....	137
5.5.6. Parto – dados obstétricos e acompanhamento.....	137
5.5.7. Consulta de planeamento após o parto.....	138
5.5.8. Contraceção após a gravidez.....	139
5.5.10. Percepção do bebé.....	141
5.5.11. Prestação de cuidados ao bebé.....	142
6. Adaptação à gravidez e à maternidade.....	144
6.1. Ajustamento individual: bem-estar emocional e percepção da qualidade de vida.....	146
6.1.1. Sintomatologia depressiva.....	146
6.1.2. Qualidade de vida.....	147
6.2. Ajustamento relacional.....	152
6.3. Vivência da gravidez.....	152
6.4. Vivência da maternidade e do papel materno.....	154
7. Factores de risco e modelos preditivos para a ocorrência de gravidez.....	159
7.1. Modelos preditivos - Início da vida sexual.....	159
7.2. Modelos preditivos: ocorrência de gravidez.....	161
8. Determinantes da adaptação à gravidez e à maternidade.....	165
8.1. Modelos preditivos: adaptação à gravidez.....	165
8.1.1. Grávidas adolescentes: sintomatologia depressiva.....	165
8.1.2. Gravidez: vivência e ajustamento.....	166
8.1.3. Qualidade de vida no grupo de grávidas adolescentes.....	170
8.2.1. Mães adolescentes: sintomatologia depressiva.....	174
8.2.2. Qualidade de vida no grupo de mães adolescentes.....	175
8.2.3. Adaptação ao papel materno.....	178
9. Síntese e implicações do estudo.....	183
10. Recomendações para a prevenção e intervenção na gravidez e maternidade adolescente nos Açores.....	194
Referências Bibliográficas.....	208
Anexos.....	213

Índice de Figuras

Figura 1	Percentagem de nados vivos de mães adolescentes (Eurostat, 2008)	11
Figura 2	Percentagem de nados vivos de mães adolescentes (INE, 2007)	12
Figura 3	Gravidez na adolescência: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais	22
Figura 4	Evolução da taxa de fecundidade na adolescência (INE, 2008)	31
Figura 5	Constituição da amostra (n)	66
Figura 6	Distribuição dos grupos por grupo etário (%)	68
Figura 7	Distribuição dos grupos por ilha de residência (n)	68
Figura 8	Distribuição dos grupos por zonas rurais/urbanas (%)	69
Figura 9	Distribuição dos grupos por Estado Civil (%)	70
Figura 10	Tempo médio de namoro em meses (média e desvio-padrão)	70
Figura 11	Duração da relação conjugal (casamento ou união de facto) (%)	71
Figura 12	Distribuição dos grupos por categorias de NSE (%)	72
Figura 13	Distribuição dos grupos de acordo com a fé religiosa (%)	73
Figura 14	Distribuição dos grupos por habilitações literárias (%)	73
Figura 15	Distribuição dos grupos em função do número de reprovações (%)	74
Figura 16	Distribuição dos grupos em função do tipo de ensino frequentado (%)	74
Figura 17	GAd: Abandono escolar - ano de escolaridade em que ocorreu (%)	75
Figura 18	GAd: Motivos para o abandono escolar (%)	76
Figura 19	Motivação para continuar ou não os estudos (%)	78
Figura 20	Escolaridade: até que ano pretendem estudar (%)	78
Figura 21	Motivos para continuar/voltar a estudar (%)	79
Figura 22	Motivos para não continuar/não voltar a estudar (%)	79
Figura 23	GAd: Situação profissional (%)	80
Figura 24	GAd: Satisfação e insatisfação profissional - motivos (%)	81
Figura 25	GMAAd: procura de trabalho (%)	82
Figura 26	Projecto de vida: escolaridade (%)	83
Figura 27	Projecto de vida: trabalho/profissão (%)	84
Figura 28	Projecto de vida: profissão que gostaria de desempenhar (%)	84
Figura 29	Projecto de vida: relação com o companheiro (%)	85
Figura 30	Projecto de vida: ter filhos/ter outros filhos (%)	85
Figura 31	Problemas de saúde relatados (%)	87
Figura 32	GAd: Consumo de álcool – mudanças na gravidez (n)	88
Figura 33	GAd: Consumo de tabaco – mudanças na gravidez (n)	88
Figura 34	GAd: Consumo de substâncias ilícitas – mudanças na gravidez (n)	89
Figura 35	Áreas de satisfação pessoal (%)	89
Figura 36	Mudanças desejadas (%)	90
Figura 37	Avaliação de competências cognitivas através da AR - BPRD (média e desvio-padrão)	92
Figura 38	Composição do agregado familiar das adolescentes na infância (%)	96
Figura 39	Composição do agregado familiar das adolescentes na infância: tipo de composição (%)	97
Figura 40	Composição do agregado familiar actual das adolescentes (%)	99
Figura 41	Idade dos progenitores das adolescentes (média e desvio-padrão)	101
Figura 42	Habilitações literárias dos progenitores das adolescentes (%)	102
Figura 43	Situação profissional dos progenitores das adolescentes (%)	103
Figura 44	Progenitores das adolescentes que beneficiam de rendimentos sociais (%)	104
Figura 45	Percepção de estilos parentais – EMBU (média)	106
Figura 46	Idade dos companheiros das adolescentes (média)	108
Figura 47	Habilitações literárias dos companheiros das adolescentes (%)	109
Figura 48	Frequência actual da escola dos companheiros das adolescentes (%)	110

Figura 49	Hábitos de consumo dos companheiros das adolescentes (%)	111
Figura 50	Percepção da qualidade das relações com os progenitores (média e desvio-padrão)	112
Figura 51	Percepção da qualidade da relação com os companheiros (média e desvio-padrão)	112
Figura 52	Percepção da qualidade da relação com o grupo de amigos (média e desvio-padrão)	113
Figura 53	Satisfação com o apoio social dos progenitores (média e desvio-padrão)	115
Figura 54	Satisfação com o apoio social do namorado e da família do namorado (média e desvio-padrão)	115
Figura 55	Satisfação com o apoio social recebido dos serviços e técnicos de saúde (média e desvio-padrão)	116
Figura 56	Adolescentes que já tiveram e que ainda não tiveram a menarca (%)	118
Figura 57	Adolescentes sexualmente activas e inactivas (%)	118
Figura 58	Métodos contraceptivos referidos pelas adolescentes (%)	120
Figura 59	Fontes de informação sobre métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)	121
Figura 60	Adolescentes sexualmente activas que usam e não usam contracepção (%)	121
Figura 61	Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes (%)	122
Figura 62	Razões para a utilização de métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)	122
Figura 63	Razões para a não utilização de métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)	123
Figura 64	Doenças sexualmente transmissíveis referidas pelas adolescentes (%)	124
Figura 65	Razões para a não utilização de métodos que evitem DSTs referidas pelas adolescentes (%)	125
Figura 66	Familiares com história de gravidez adolescente (%)	125
Figura 67	GGAd: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)	126
Figura 68	GMAAd: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)	127
Figura 69	GC: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)	127
Figura 70	GAd: Razões referidas para planejar a gravidez (%)	129
Figura 71	GAd: Razões referidas para desejar a gravidez (%)	129
Figura 72	GAd: Razões referidas para não optar pela IVG (%)	130
Figura 73	GAd: Razões referidas para a ocorrência da gravidez (%)	130
Figura 74	GAd: Reacção inicial da adolescente e familiares próximos à notícia da gravidez (%)	132
Figura 75	GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial da adolescente à notícia da gravidez (%)	133
Figura 76	GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial do pai do bebé à notícia da gravidez (%)	133
Figura 77	GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial da mãe da adolescente à notícia da gravidez (%)	134
Figura 78	GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial do pai da adolescente à notícia da gravidez (%)	134
Figura 79	GAd: Postura dos familiares próximos da adolescente face à gravidez, ao longo da gestação (%)	135
Figura 80	GAd: Acompanhante(s) das adolescentes nas consultas de seguimento obstétrico (%)	137
Figura 81	GMAAd: Organização das consultas de planeamento familiar após parto (%) maes	138
Figura 82	GAd: Métodos contraceptivos utilizados ou a utilizar após o parto pelas adolescentes (%)	139
Figura 83	GAd: Principais cuidadores, actuais ou futuros, do bebé (%)	143
Figura 84	GAd: Sintomatologia depressiva – EPDS (média e desvio-padrão)	146
Figura 85	GGAd: Qualidade de vida – WHOQOL (média)	149

Figura 86	GMAAd: Qualidade de vida – WHOQOL (média)	150
Figura 87	GAd: Qualidade de vida – WHOQOL (média)	150
Figura 88	GMAAd: Nível de satisfação associado ao desempenho das funções parentais (%)	155
Figura 89	GMAAd: Nível de competência associado ao desempenho das funções parentais (%)	155
Figura 90	GMAAd: Nível de realização pessoal associado ao desempenho das funções parentais (%)	155
Figura 91	GMAAd: Aspectos inerentes à vivência da maternidade percebidos como mais gratificantes (%)	156
Figura 92	GMAAd: Aspectos inerentes à vivência da maternidade percebidos como mais exigentes (%)	156
Figura 93	Variáveis preditoras do início da vida sexual das adolescentes	161
Figura 94	Variáveis preditoras da ocorrência de gravidez, nas adolescentes sexualmente activas	163
Figura 95	GGAd: variáveis preditoras da sintomatologia depressiva - EPDS	166
Figura 96	GGAd: variáveis preditoras das dimensões que avaliam a vivência da gravidez - PRQ	169
Figura 97	GGAd: Variáveis preditoras da Qualidade de Vida - WHOQOL	172
Figura 98	GMAAd: variáveis preditoras da sintomatologia depressiva - EPDS	174
Figura 99	GMAAd: Variáveis preditoras da Qualidade de Vida - WHOQOL	177
Figura 100	GMAAd: Variáveis preditoras do Investimento parental na criança - EIPC	180

Índice de Quadros

Quadro 1	Nados vivos de mães adolescentes, relativamente ao total de nados vivos (INE, 2007)	12
Quadro 2	Amostra: Número de protocolos recolhidos	17
Quadro 3	Caracterização geral da amostra	67
Quadro 4	GAd: Duração da relação das jovens casadas ou em união de facto em meses (média)	71
Quadro 5	GAd: Abandono escolar	75
Quadro 6	GAd: Abandono escolar – ciclo em que ocorreu e motivos que o justificam	77
Quadro 7	Projecto de Vida: definição vs. indefinição	82
Quadro 8	Estilo de vida: consumo de substâncias	87
Quadro 9	GAd: Número de cigarros fumados por dia - consumo habitual vs. na gravidez	88
Quadro 10	Vulnerabilidade ao <i>stress</i> – 23 QVS (teste <i>t</i> de Student)	94
Quadro 11	Composição do agregado familiar das adolescentes na infância	97
Quadro 12	Agregado familiar das adolescentes na infância: tipo de composição	98
Quadro 13	Composição do agregado familiar actual das adolescentes	98
Quadro 14	Número de irmãos e total de elementos do agregado familiar (teste <i>t</i> de <i>student</i>)	99
Quadro 15	Posição na fratria	100
Quadro 16	Estado civil dos progenitores das adolescentes	100
Quadro 17	Habilitações literárias dos progenitores das adolescentes	101
Quadro 18	Hábitos de consumo dos progenitores das adolescentes	108
Quadro 19	Percepção de estilos parentais – EMBU (análise multivariada da variância)	107
Quadro 20	Estado civil dos companheiros das adolescentes (%)	108
Quadro 21	Habilitações literárias dos companheiros das adolescentes	109
Quadro 22	Percepção da Qualidade das relações actuais (análise multivariada da variância)	113
Quadro 23	Satisfação com o apoio social dos técnicos e serviços de saúde (análise multivariada da variância)	117
Quadro 24	GAd: Dados acerca dos antecedentes obstétricos	131
Quadro 25	GAd: Dados acerca da gravidez actual	136
Quadro 26	GMAd: Dados acerca do parto	138
Quadro 27	GMAd: Dados acerca do bebé	140
Quadro 28	GAd: Percepção do bebé (%)	142
Quadro 29	Características sociodemográficas do grupo de grávidas e mães adolescentes e do grupo de grávidas adultas	145
Quadro 30	GAd: Sintomatologia depressiva - EPDS (análise da variância univariada)	146
Quadro 31	GGAd: Qualidade de vida - WHOQOL (análise da covariância multivariada)	148
Quadro 32	GMAd: Qualidade de vida - WHOQOL (análise da covariância multivariada)	149
Quadro 33	GAd: Qualidade de vida - WHOQOL (análise da variância multivariada)	151
Quadro 34	GGAd: Vivência da gravidez – PRQ (análise da covariância multivariada)	153
Quadro 35	GMAd: Investimento parental na criança – EIPC (análise da covariância multivariada)	158
Quadro 36	Modelo de regressão logística para predição do início da vida sexual das adolescentes	160
Quadro 37	Modelo de regressão logística para predição da ocorrência de gravidez, nas adolescentes sexualmente activas	162
Quadro 38	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da sintomatologia depressiva - EPDS	165
Quadro 39	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da	166

	subescala Medos em Relação ao <i>Self</i> -PRQ	
Quadro 40	GGAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Desejo de Gravidez - PRQ	167
Quadro 41	GGAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Dependência - PRQ	167
Quadro 42	GGAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Medos em Relação ao Bebê - PRQ	168
Quadro 43	GGAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Sentimento Maternal - PRQ	168
Quadro 44	GGAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Irritabilidade – PRQ	169
Quadro 45	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da Qualidade de Vida - WHOQOL	170
Quadro 46	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da Qualidade de Vida - WHOQOL	170
Quadro 47	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da Qualidade de Vida– WHOQOL	171
Quadro 48	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida – WHOQOL	171
Quadro 49	GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da Qualidade de Vida – WHOQOL	171
Quadro 50	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da sintomatologia depressiva - EPDS	174
Quadro 51	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta geral da Qualidade de Vida- WHOQOL	175
Quadro 52	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da Qualidade de Vida - WHOQOL	175
Quadro 53	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o Domínio Psicológico da Qualidade de Vida - WHOQOL	176
Quadro 54	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida - WHOQOL	176
Quadro 55	GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da Qualidade de Vida - WHOQOL	176
Quadro 56	GMAAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Aceitação do Papel Parental - EIPC	178
Quadro 57	GMAAd: Análise da regressão linear tendo por variável critério a pontuação da subescala Prazer – EIPC	178
Quadro 58	GMAAd: Análise da regressão linear tendo por variável critério a pontuação da subescala Conhecimento e Sensibilidade - EIPC	179
Quadro 59	GMAAd: Análise da regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da escala Investimento Parental Total - EIPC	179

**Enquadramento do
estudo**

1. Enquadramento do estudo

Em Portugal, entre 1970 e 1980, verificou-se um aumento progressivo na percentagem de mães com idade inferior a 19 anos, atingindo-se o valor de 11,3% em 1980 (Silva, 1992). Desde então, esse valor tem vindo a decrescer lentamente, mantendo-se, no entanto, muito elevado. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2005), em 2004, em Portugal Continental, foram mães 5263 jovens com menos de 19 anos, isto é, cerca de 5,3% dos nascimentos ocorreram em mães adolescentes.

Os dados disponíveis levavam Portugal a ser, até recentemente, o país da União Europeia (UE) com a segunda mais elevada taxa de gravidez na adolescência, situando-se imediatamente abaixo do Reino Unido (Eurostat, 2004). Com o último alargamento e a entrada de novos países na UE, a posição do nosso país melhorou, mas continua a ser bastante desfavorável.

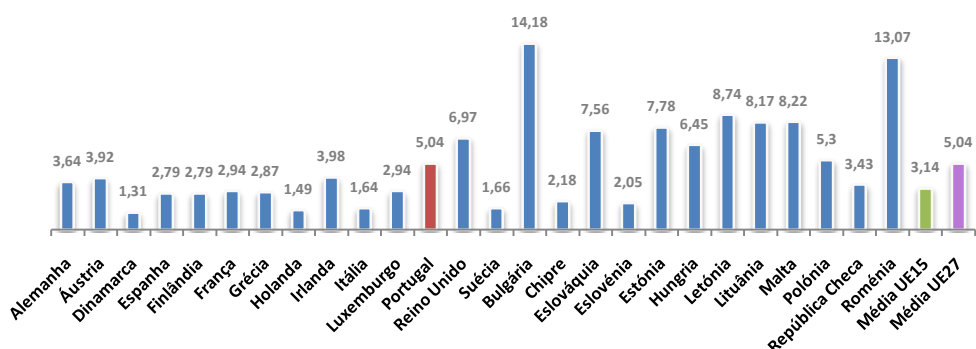


Figura 1 – Percentagem de nados vivos de mães adolescentes (Eurostat, 2008)

Por este motivo, ao longo dos últimos tempos, e particularmente desde o ano de 1984, têm sido tomadas uma série de medidas legislativas que, pelo seu âmbito de acção (promoção do planeamento familiar; educação para a saúde; educação sexual nas escolas; acesso gratuito a consultas de planeamento familiar e contraceptivos, incluindo desde 2001 os contraceptivos de emergência), visam combater esta situação. Uma das mais recentes é a Resolução da Assembleia da República nº 27/2007, que recomenda ao governo algumas medidas dirigidas à prevenção da gravidez na adolescência.

No nosso país, a Região Autónoma dos Açores é a zona onde a gravidez durante a adolescência tem tido maior incidência. De acordo com os dados do INE (2005) disponíveis, em 2004 nasceram nas ilhas dos Açores cerca de 310 crianças filhas de jovens com idades

inferiores a 19 anos, isto é, cerca de 10,3% dos nascimentos corresponderam a gravidezes que ocorreram na adolescência. Em 2007, esse valor continuou a situar-se nos 10,12%.

Quadro 1 - Nados vivos de mães adolescentes, relativamente ao total de nados vivos (INE, 2007)

Área de residência	Total de nados vivos	Idade da mãe	
		Menos de 15	Entre 15 e 19
Portugal	102.492	70	4.774
Continente	96.925	59	4.310
Norte	34.094	17	1.531
Centro	19.973	11	765
Lisboa	31.690	22	1.412
Alentejo	6.276	4	340
Algarve	4.892	5	262
Regiões Autónomas	5.565	11	464
Madeira	2.718	5	282
Açores	2.847	6	182

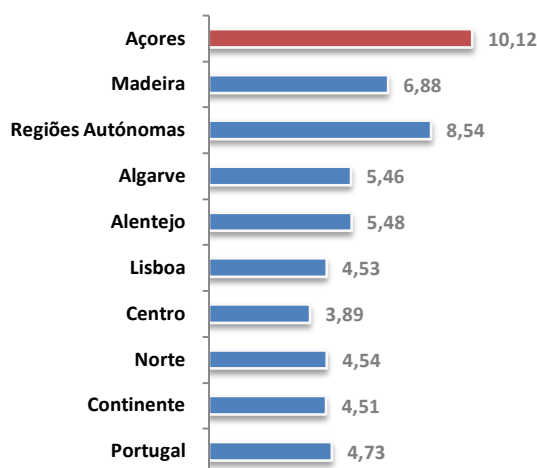


Figura 2 – Percentagem de nados vivos de mães adolescentes (INE, 2007)

Várias iniciativas legislativas têm sido aprovadas e implementadas a nível da região, nomeadamente o Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A, de 8 de Agosto (que visava operacionalizar os instrumentos existentes na área do planeamento familiar e educação afectivo-sexual nas escolas), ou a Portaria nº 91/1997, de 13 de Novembro (actualizada pela Portaria nº 16/2006, de 2 de Fevereiro), que institui a gratuitidade de contraceptivos. No entanto, nesta Região, continua a verificar-se um número muito significativo de gravidezes nesta fase do ciclo de vida.

O convite para a concretização do presente estudo surge na sequência da Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores nº 21/2007/A, de 21 de Novembro, tendo sido formulado pelo (na altura) Senhor Secretário Regional dos Assuntos Sociais, Dr. Domingos Cunha.

Este trabalho pretende, assim, contribuir para uma melhor caracterização dos fenómenos da gravidez e maternidade na adolescência, no nicho particular que constitui a

Região Autónoma dos Açores. De acordo com as recomendações da citada Resolução, o estudo procura abordar os domínios psicológico, social e relacional, educacional e socioeconómico procurando, neste contexto particular, identificar factores de vulnerabilidade e protecção associados quer à ocorrência de gravidez, quer às diferentes trajectórias de (in)adaptação destas jovens, e contribuir para fundamentar propostas de intervenção adequadas.

Este relatório documenta o processo de concretização do estudo, bem como os resultados obtidos. Estes resultados são discutidos à luz do estado da arte da literatura e dos modelos científicos na área da gravidez e maternidade adolescentes e adaptação a estes papéis e funções, sendo apresentadas as implicações que é possível retirar para o estabelecimento de estratégias de prevenção e intervenção adequadas para esta população específica.

**Actividades desen-
volvidas**

2. Actividades desenvolvidas

2.1. Revisão da literatura científica

Desde a fase inicial de preparação do estudo que se encetou a realização de uma revisão actualizada da literatura nacional e internacional na área da Gravidez e Maternidade na Adolescência. Esta tarefa continuou ao longo do período de duração do estudo, e contribuirá para melhor discutir e enquadrar os resultados obtidos, bem como para auxiliar a fundamentação científica das linhas de intervenção a propor. O produto desta revisão é apresentado no ponto 3.

2.2. Conceptualização do estudo, definição de objectivos e do protocolo de avaliação

Ao contextualizar e conceber este trabalho, desde logo se impôs uma primeira grande questão: *Na era da informação e dos contraceptivos, porque engravidam as adolescentes?* As investigações têm procurado identificar os factores que podem contribuir para que uma jovem, em processo de formação e desenvolvimento, engravide e se decida pela maternidade. De acordo com as teorias e modelos pluralistas e multifactoriais do desenvolvimento mais actuais, neste momento, a gravidez adolescente é perspectivada como um fenómeno multi-determinado, com diversos resultados desenvolvimentais.

A investigação sobre a gravidez na adolescência, ao apresentar conclusões inconsistentes sobre a etiologia do fenómeno e também sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial da jovem, faz emergir perfis contrastantes (Chase-Lansdale & Brooks-Gunn, 1994; Furstenberg, 1991; Hayes & Cryer, 1988; Jongenelen, 1998; Phipps-Yonas, 1980; Soares, 2000). Neste sentido, tem surgido uma nova perspectiva sobre a etiologia da gravidez adolescente e sobre o desenvolvimento psicossocial e a adaptação à gravidez das jovens que a vivenciam. Esta perspectiva focaliza-se no grupo das grávidas adolescentes e destaca uma assinalável variabilidade, em termos dos padrões de funcionamento psicossocial e da adaptação à gravidez. Torna-se assim importante formular uma segunda questão: *Que factores distinguem as grávidas adolescentes que apresentam um funcionamento psicológico saudável e*

uma adaptação positiva face à gravidez, daquelas que exibem um padrão de adaptação desfavorável?

Esta diversidade de perfis de adaptação deve ser compreendida à luz das diferentes ecologias de vida destas jovens, mais especificamente, a partir das suas trajectórias de vida e contextos envolventes (familiares, escolares, socioculturais, ...). Só conhecendo a diversidade de percursos que conduzem à gravidez e a variedade de formas de lidar com a gravidez e com a maternidade, podemos conceber linhas de acção para a prevenção e intervenção mais eficazes. Essas linhas de acção devem destinar-se a atenuar os factores de risco associados a estes fenómenos não-normativos e a potenciar os factores de protecção que os podem evitar ou, pelo menos, contribuir para diminuir as consequências negativas que comportam.

Assim, definiram-se como **objectivos gerais** do estudo os seguintes:

1. Caracterizar do ponto de vista demográfico e psicossocial uma amostra de grávidas adolescentes, representativa desta população na Região Autónoma dos Açores.
2. Conhecer os factores de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência.
3. Conhecer os factores de vulnerabilidade e protecção para a (in)adaptação à gravidez nesta etapa do ciclo de vida.
4. Definir linhas orientadoras para a prevenção da gravidez na adolescência, bem como, em caso de gravidez e da sua prossecução, para a promoção de uma boa adaptação da grávida aos seus diversos contextos de vida.
5. Conhecer os factores de vulnerabilidade e protecção para a (in)adaptação à maternidade nesta etapa do ciclo de vida.
6. Definir linhas orientadoras para a promoção de uma boa adaptação das jovens mães aos seus diversos contextos de vida, promovendo igualmente o bom desenvolvimento dos seus filhos.

Para a sua prossecução, delineou-se um desenho metodológico (cf. ponto 4) que pretendemos, se não exaustivo (dada a complexidade dos fenómenos abordados), pelo menos abrangente das questões fulcrais para a compreensão - e prevenção - dos processos em causa.

Na construção dos protocolos de avaliação, procurou-se a inclusão de instrumentos diversificados, que permitissem obter dados quantitativos e qualitativos acerca das adolescentes e dos seus contextos relacionais. A indicação das fichas, grelhas e instrumentos de avaliação utilizados consta no Anexo 1; o protocolo foi integralmente apresentado no Relatório inicial, datado de Junho de 2008.

2.3. Equipa

Para a concretização do estudo foi constituída uma equipa coordenada por Maria Cristina Canavarro; esta equipa incluiu três psicólogas responsáveis pela recolha de dados no terreno (Ana Isabel Campos, Joana Codorniz e Tânia Diogo), e outros elementos da Universidade de Coimbra, que colaboraram na codificação e tratamento de dados (Anabela Araújo Pedrosa, Bárbara Nazaré, Ana Fonseca, Raquel Pires e Paula Carvalho).

2.4. Recolha da amostra

A equipa responsável pela recolha dos dados necessários junto da população de grávidas e mães adolescentes Açorianas recebeu previamente formação e treino específico para essa tarefa. Foram recolhidos dados referentes a grávidas (durante os três trimestres de gravidez); mães adolescentes no puerpério; e mães de bebés entre os 3 e os 18 meses de idade. Constituiu-se ainda um grupo de controlo (cf. ponto 4).

A recolha da amostra iniciou-se em Maio de 2008 e terminou no final de Outubro do mesmo ano. Apresenta-se em seguida o ponto de situação dos protocolos recolhidos pela equipa no terreno.

Quadro 2 – Amostra: Número de protocolos recolhidos

ILHAS	GRUPOS DE REFERÊNCIA (GAD)			
	Grávidas Adolescentes	Mães Adolescentes (Puerpério)	Mães Adolescentes (3 a 18 meses pós-parto)	Grupo de Controlo
S. Miguel	65		42	109
Santa Maria	1		6	4
Terceira	9		10	53
Graciosa	2		6	9
S. Jorge	2		4	1
Faial	11		11	37
Pico	2		3	11
Corvo	0		0	0
Flores	0		2	0
Sem informação	-		-	1
Totais parciais	92		84	-
TOTAL		176		225

Colaboraram na recolha da amostra as seguintes instituições:

- Centro de Saúde da Praia da Vitória (Terceira)
- Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (Terceira)
- Centro de Saúde da Calheta (S. Jorge)
- Centro de Saúde das Velas (S. Jorge)
- Centro de Saúde da Vila de Santa Cruz (Graciosa)
- Centro de Saúde da Horta (Faial)
- Centro de Saúde da Madalena (Pico)
- Centro de Saúde de São Roque (Pico)
- Centro de Saúde das Lajes (Pico)
- Centro de Saúde de Santa Cruz (Flores)
- Centro de Saúde de Ribeira Grande (Terceira)
- Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (S. Miguel)
- Centro de Saúde da Povoação (S. Miguel)
- Centro de Saúde de Lagoa (S. Miguel)
- Centro de Saúde de Vila do Porto (Santa Maria)
- Centro de Saúde de Ponta Delgada (S. Miguel)
- Unidade de Saúde de Rabo de Peixe (S. Miguel)
- Unidade de Saúde de São José (S. Miguel)
- Unidade de Saúde de Arrifes (S. Miguel)
- Posto de Saúde de Capelas (S. Miguel)
- Posto de Saúde de Feteiras (S. Miguel)
- Posto de Saúde da Maia (S. Miguel)
- Hospital da Horta (Faial)
- Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (S. Miguel)
- Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo (Terceira)
- Escola Básica Integrada da Praia da Vitória (Terceira)
- Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo (Terceira)
- Escola Profissional da Praia da Vitória (Terceira)
- Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade (Terceira)
- Escola Básica Integrada dos Biscoitos (Terceira)
- Escola Básica Integrada da Horta (Faial)
- Escola Secundária Manuel de Arriaga (Faial)
- Escola Profissional da Horta (Faial)

2.5. Tratamento dos dados

Os protocolos de avaliação recolhidos e enviados para Coimbra foram codificados e inseridos numa base de dados construída especificamente para o estudo. O tratamento de dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS (versões 16 e 17). Os resultados da análise estatística serão apresentados no ponto 5 deste relatório.

Contextualização e
enquadramento teó-
rico

3. Enquadramento teórico – Revisão da literatura científica

3.1. Prevalência da gravidez na adolescência: uma realidade nas sociedades ocidentais industrializadas

A gravidez e a maternidade na adolescência estão longe de se constituírem como fenómenos recentes, embora a sua visibilidade tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos. Mudanças sociais, ao longo do último século, contribuíram para uma visão da gravidez na adolescência como fenómeno não esperado, não aceitável, nem socialmente desejável. A maior participação da mulher na vida laboral e social e o aumento da sua escolarização fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além dos tradicionais de esposa e de mãe.

Actualmente, nas sociedades industrializadas, é esperado que a mulher termine a sua formação académica e só depois ingresse na vida profissional e nos compromissos do casamento e da maternidade. No entanto, a par das mudanças de mentalidade e dos papéis da mulher, outras mudanças ocorreram, nomeadamente no que toca aos valores associados à sexualidade e à própria adolescência, que parecem ter contribuído para a antecipação do início da actividade sexual e, consequentemente, para um maior risco de gravidez na adolescência.

Problema incontornável na actualidade destas sociedades, as implicações sociais de uma gravidez adolescente, muitas vezes relacionada com situações de precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006; Imamura et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001), têm promovido um investimento crescente no seu estudo, quer pela comunidade científica, quer pelas instituições de saúde, escolas e governantes (Justo, 2000), espelho da preocupação social e política envolvente.

Vários são os países com elevadas taxas de incidência de gravidez e maternidade na adolescência, na frente dos quais se encontram os EUA, onde, em cada ano, um milhão de adolescentes ficam grávidas (Kaufmann et al., 1998). No entanto, tem-se assistido, nos últimos anos, a um decréscimo destes valores no panorama internacional, provavelmente pelos contributos das políticas de educação sexual, pela maior utilização de contraceptivos, maior recurso ao aborto e menor actividade sexual devido aos receios de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (Canavarro & Pereira, 2001).

Como vimos anteriormente, no enquadramento do presente estudo, a realidade portuguesa tem acompanhado esta tendência, o que, no entanto, não evita que nos encontremos entre os países com taxas mais elevadas de gravidez na adolescência da UE, tendo, até há bem pouco tempo, ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantados pelo Reino Unido (Eurostat, 2004). Com a entrada de novos países na UE, a posição do nosso país melhorou, mas continua a ser bastante desfavorável, pelo que o estudo deste fenómeno na nossa cultura se acresce de significado e importância.

3.2. Perspectiva desenvolvimental da gravidez e maternidade na adolescência

Os modelos teóricos que procuram abordar fenómenos complexos como a gravidez na adolescência têm evoluído de modelos defensores de uma causalidade linear, envolvendo um só factor, para modelos multifactoriais e contempladores das interações entre factores e da interferência de mecanismos mediadores na sua acção (Canavarro, 1999; Figueiredo, 2001). Assim, nas teorias e modelos actuais do desenvolvimento, no seio dos quais a Psicopatologia do Desenvolvimento tem sido uma concepção privilegiada na análise deste fenómeno, a gravidez adolescente é perspectivada como multideterminada e com resultados desenvolvimentais muito diversos (Canavarro & Pereira, 2001), obedecendo aos princípios da equifinalidade e multifinalidade da Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1978)¹.

A perspectiva desenvolvimental tem vindo a assinalar que, para a grávida adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um **desafio desenvolvimental** altamente exigente, uma vez que faz convergir tarefas oriundas de diferentes fases desenvolvimentais – adolescência e maternidade – de outra maneira não coincidentes no tempo e em larga medida antagónicas (cf. Figura 3; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001; Soares et al., 2001). A jovem expõe-se assim a uma perda prematura da sua condição de adolescente (Lourenço, 1996).

A adolescente que engravida e se decide pela maternidade vê-se obrigada a desempenhar determinadas tarefas e papéis antes que esteja preparada do ponto de vista cognitivo, emocional, social e desenvolvimental para tal (Figueiredo, 2001). Estas adolescentes têm de lidar concomitantemente com as tarefas desenvolvimentais da adolescência e com os *stressores* associados à gravidez e à maternidade (Soares et al., 2001). Além do mais, tal situação

¹ Von Bertalanffy defende, na Teoria Geral dos Sistemas, a possibilidade de dois sistemas com inícios diferentes poderem ter um final semelhante após determinada evolução (equifinalidade), bem como a possibilidade de sistemas com inícios semelhantes evoluírem para diferentes princípios de funcionamento (multifinalidade). Transpondo estes conceitos para a Psicopatologia do Desenvolvimento, verificamos a diversidade de trajetórias de vida passíveis de conduzir a um mesmo resultado desenvolvimental, bem como a diversidade de trajetórias que podem resultar de um início comum. Tais princípios podem então ser perfeitamente aplicados à gravidez na adolescência, sendo a tendência actual do conhecimento considerá-la resultado comum de diversas trajetórias, bem como início comum de um percurso desenvolvimental que pode resultar em diferentes princípios de funcionamento.

ocorre num período em que os recursos pessoais da adolescente para lidar com o *stress* estão em pleno desenvolvimento (Passino et al., 1993).

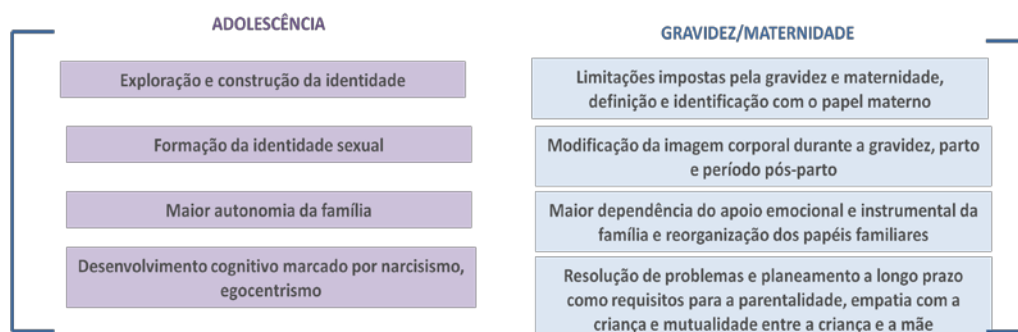


Figura 3 – Gravidez na adolescência: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais

Assim, os problemas desenvolvimentais associados à confluência da gravidez e maternidade com o período da adolescência passam pela **assincronidade das tarefas** envolvidas em ambos os momentos, transformados num só para estas jovens. Começando pela identidade sexual, estas adolescentes têm de lidar conjuntamente com as mudanças corporais e sexuais pubertárias relativas ao seu corpo sexuado de adolescentes e com as mudanças corporais decorrentes da gravidez, integrando-as numa identidade corporal adaptada, o que nem sempre se constitui uma tarefa fácil (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001). Por outro lado, as características cognitivas das adolescentes são, em grande parte, antagónicas às exigências que os períodos da gravidez e maternidade impõem - referimo-nos ao pensamento egocêntrico, concreto e mais centrado no presente, característico da adolescência. Este pensamento dificulta uma resposta bem adaptada à maternidade por parte destas jovens, por exemplo, no que toca à capacidade de se descentrarem de si mesmas para compreenderem o seu bebé enquanto realidade separada e distinta, com necessidades próprias que podem ser diferentes das suas, e ao planeamento e antecipação do seu futuro e do do bebé, de forma a poderem planear a acção e antecipar consequências (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001). Ao nível relacional, a progressiva autonomia relativamente aos pais e o maior investimento nas relações com os pares, típicas e necessárias ao processo adolescente, são dificultados por uma gravidez nesta fase do ciclo de vida. Ao mesmo tempo que este acontecimento precipita a autonomia da jovem devido ao aumento das suas responsabilidades, aumenta também a sua dependência relativamente aos pais, pela necessidade de apoio a vários níveis, limitando as suas possibilidades de exploração e interferindo nas suas decisões relacionadas com a escola e a carreira, as relações amorosas e, em suma, na formação da sua identidade (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001). Como resultado desta transição desenvolvimental assíncrona, estas grávidas encontram-se expostas a um maior *stress*, que pode ser potencialmente prejudicial quer para o seu bem-estar, quer para o bem-estar do próprio filho. Trata-se, então, de um período que exige

grandes reorganizações internas e relacionais, cujo resultado desenvolvimental pode ser diverso (Soares et al., 2001).

Os sucessivos enquadramentos conceptuais da maternidade na adolescência referem-se principalmente a dois aspectos em particular: à compreensão dos seus antecedentes (factores de risco) e à verificação das suas consequências (impacto desenvolvimental) (Figueiredo, 2001). Neste âmbito, a investigação dos antecedentes e, mais tarde, dos resultados desenvolvimentais de uma gravidez adolescente, começou por valorizar os aspectos sociodemográficos, e apenas num passado mais recente se debruçou sobre a importância da componente psicológica neste fenómeno (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Hoje em dia, com as mais recentes teorias e modelos multifactoriais do desenvolvimento, tem vindo a ser dada importância não só aos factores de risco e à interacção entre eles, mas também à presença de factores protectores que interferem com os anteriores e podem ser situados no mesmo nível de análise (Figueiredo, 2001). No entanto, se os factores de risco têm sido essencialmente estudados no âmbito das circunstâncias que aumentam a possibilidade de uma gravidez adolescente, os factores protectores têm sido analisados e realçados essencialmente no que toca às consequências da maternidade na adolescência. A investigação, ao apresentar resultados inconsistentes sobre a etiologia da gravidez na adolescência e sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial destas jovens e dos seus filhos, demonstra precisamente a diversidade e heterogeneidade dos percursos conducentes à gravidez adolescente, bem como dos seus resultados desenvolvimentais, devendo ambos ser perspectivados a diferentes níveis (Canavarro & Pereira, 2001).

3.3. Etiologia e condições associadas

A investigação na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado, desde cedo, identificar factores associados à origem deste fenómeno, isto é, factores que podem contribuir para que uma jovem, em processo de formação e desenvolvimento, engravide. Falamos então de **factores de risco associados à gravidez na adolescência**, cujo conhecimento pode contribuir para o delinear de estratégias preventivas mais eficazes, especificamente dirigidas às jovens de maior risco.

Numa revisão sistemática abrangendo 25 países da UE, Imamura e colaboradores (2007) procuraram identificar factores de risco associados à gravidez adolescente, identificando como factores mais consistentes o baixo nível sócioeconómico, a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional.

A maior parte dos estudos conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais dá conta do mesmo panorama: apesar de transversal aos vários sectores da sociedade (Carlos et al., 2007; Justo, 2000), a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que

vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural; nomeadamente no que toca a situações de pobreza, baixos níveis educacionais, exclusão do sistema de ensino e do emprego (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2006; Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004, 2005), ambientes familiares caracterizados por *stress*, pressão e conflitos, apresentando, deste modo, maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), e condições desenvolvimentais adversas na sua história de vida (Figueiredo et al., 2004). São, sobretudo, jovens que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social.

Para uma revisão mais clara sobre os **factores antecedentes** e associados à gravidez adolescente, optámos por agrupá-los em três grandes categorias, abrangendo aspectos individuais, relacionais e sociais, no seio dos quais sobressaem algumas variáveis que se têm mostrado boas discriminadoras entre os grupos de adolescentes grávidas e não grávidas. Salvaguardamos, porém, a **heterogeneidade e diversidade** dos percursos passíveis de conduzir a uma gravidez na adolescência, bem como o facto de esta dever ser encarada como um processo resultante dos **múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida** da jovem e, consequentemente, da interacção entre factores de diversa ordem (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Pereira, 2001; Soares et al., 2001).

Factores individuais

Ao nível das circunstâncias que, no indivíduo, podem favorecer a ocorrência de uma gravidez precoce, a investigação empírica tem revelado o contributo de factores biológicos, psicológicos e desenvolvimentais (Jongenelen, 1998).

Em termos **biológicos**, a maturidade sexual (puberdade e fertilidade) contribui para a precocidade da actividade sexual, implicando um alargamento do período de tempo em que a gravidez na adolescência é susceptível de acontecer e constituindo-se, por isso mesmo, como um factor de risco consensualmente apresentado na literatura (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001). Não devemos esquecer, no entanto, os contributos dos aspectos culturais, sociais, emocionais e relacionais para este início precoce da actividade sexual.

Quanto aos factores **psicológicos**, a investigação tem vindo a demonstrar a importância de certas características individuais no que toca ao aumento do risco para uma vivência precoce da gravidez e da maternidade. A imaturidade cognitiva, típica da adolescência, não favorece a utilização de contracepção nem o planeamento do relacionamento sexual, contribuindo ainda para expectativas irrealistas acerca da tarefa de cuidar de um bebé. Características como a preponderância do pensamento concreto, a impulsividade, a dificuldade de abstracção para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais contribuem para este aumento de vulnerabilidade a

uma gravidez adolescente (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001). Por outro lado, embora não de forma consensual (Pereira, 2001), factores de ordem socioemocional – como sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima (Lourenço, 1996) – bem como outros aspectos de personalidade – como *locus* de controlo externo (Morgan, Chapar & Fischer, 1995) e instabilidade emocional (Soares et al., 2001) – aparecem associados à gravidez na adolescência. Neste âmbito, é ainda de referir que a gravidez nesta fase do ciclo de vida aparece muitas vezes associada a comportamentos problemáticos como o abuso de álcool e drogas (Coley & Chase-Lansdale, 1998).

Com elevada frequência, as adolescentes que engravidam vivem condições adversas ao longo da sua trajectória **desenvolvimental**, que também podem ser encaradas como de risco para a vivência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida. Entre elas, são normalmente apontadas situações como: maternidade adolescente da mãe (Figueiredo et al., 2006; Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça, 2005), ausência do pai (Ellis et al., 2003), instabilidade, inadequação ou ausência de supervisão familiar (Holden, Nelson, Velasquez & Ritchie, 1993; Pereira et al., 2005), abuso sexual, institucionalização, abandono escolar (Figueiredo, 2001), separação parental e separação em relação aos pais (Figueiredo et al., 2006). Segundo Figueiredo e colaboradores, o risco para a gravidez na adolescência cresce de forma significativa à medida que aumenta o número de condições adversas ocorridas durante a infância.

Ainda no sentido de que certas circunstâncias da história de vida do indivíduo podem favorecer a ocorrência de uma gravidez adolescente, o percurso escolar é uma das variáveis que aparecem frequentemente associadas a este fenómeno. Não devemos esquecer, porém, a possível contaminação por parte de aspectos socioeconómicos na vivência da escolaridade, bem como no seu impacto no risco de uma gravidez precoce. Estudos demonstram que adolescentes grávidas são habitualmente estudantes com menor sucesso e com menores aspirações académicas do que as adolescentes não grávidas (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2006). Por outro lado, jovens com níveis mais elevados de desempenho e de aspirações escolares têm menor tendência a ser sexualmente activas e, caso o sejam, têm maior probabilidade de usar contracepção e abortar no caso de gravidez (Manlove, citado por Canavarro e Pereira, 2001).

Factores relacionais

Vários outros estudos, na tentativa de esclarecer as razões pelas quais as adolescentes engravidam, indicam como factores de risco um conjunto de condições adversas relacionadas com o seu contexto de existência, quer no que respeita ao contexto mais imediato (a família), quer ao contexto mais lato, ou seja, a comunidade em que estão inseridas. Passemos então a analisar esses contextos e a sua influência nesta problemática.

Contexto familiar

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

Considerando os aspectos estruturais da família de origem, Pereira (2001) verifica a existência de uma maior percentagem de adolescentes não grávidas que vive com a família intacta, comparativamente com as adolescentes grávidas. Estes resultados parecem sugerir que viver numa família nuclear intacta é um factor de protecção para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Outros estudos apontam ainda para a influência de um ambiente familiar caracterizado por *stress*, pressão, conflitos e maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), presença de abuso físico, sexual e emocional (Garrett & Tidwell, 1999), e baixa qualidade da relação entre pais e filhas (Canavarro & Pereira, 2001). Pereira (2001), ao comparar dois grupos de adolescentes, um de grávidas e outro sem história de gravidez, conclui que as jovens grávidas percebem um menor apoio emocional do pai e uma menor sobreprotecção por parte do pai e da mãe que as jovens sem história de gravidez, sugerindo que a percepção de menor suporte emocional por parte da família pode conduzir a que as jovens procurem outras fontes de segurança afectiva, nomeadamente nas relações românticas.

Apesar de a investigação não ser consistente no que respeita ao impacto destas variáveis relacionais do contexto familiar num maior risco de gravidez precoce (Pereira et al., 2005), o estudo de Scaramella, Conger, Simons e Whitbeck (1998) sugere que as relações familiares influenciam indirectamente o risco de gravidez na adolescência, pelo seu impacto em factores de risco e de protecção de outros contextos (pares e escola).

A existência de modelos de maternidade adolescente na família, por parte da mãe (Campa & Eckenrode, 2006; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005) ou de irmãs (Records, 1993), é outra das variáveis que aparecem como influentes no maior risco para a gravidez precoce, o que sugere a existência de padrões intergeracionais de gravidez na adolescência.

Figueiredo (2001), por sua vez, ao fazer uma revisão de diversos estudos neste âmbito, assinala o carácter de risco das seguintes circunstâncias: falta de estrutura, de coesão, de apoio e de comunicação, e/ou instabilidade familiar, bem como falta ou excesso de supervisão parental.

O panorama traçado por estes estudos remete-nos para uma dinâmica familiar que, através de diferentes mecanismos, pode criar vulnerabilidades para uma gravidez adolescente.

Contextos extra-familiares

Pares

As relações com os pares aparecem também associadas com a gravidez adolescente, nomeadamente no que toca à afiliação a pares desviantes (Scaramella et al., 1998), às amplas dificuldades interpessoais reveladas, ao reduzido número de amigos, à fraca intimidade que sentem ter com eles e à insatisfação com estas relações por parte das adolescentes grávidas (Pereira et al., 2005). Segundo Canavarro e Pereira (2001), estas circunstâncias podem levar à visão da gravidez na adolescência como forma de aceder ao grupo dos adultos, onde estas jovens parecem sentir-se mais à vontade.

Companheiro

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

Os dados mais relevantes que surgem, apesar da escassez de investigação sobre os aspectos cognitivos das relações com os parceiros, referem a maior tendência das grávidas adolescentes para idealizar o relacionamento amoroso, e não equacionar o amor e a intimidade com a actividade sexual (Garrett & Tidwell, 1999), o que parece fazer destes aspectos condições de risco para uma actividade sexual pouco ponderada e para uma possível gravidez.

Factores sociais

Ao nível dos factores relativos ao contexto mais alargado onde a família se insere, convém assinalar a importância das condições sociais e económicas desfavorecidas e da pertença a uma minoria étnica (Figueiredo, 2001).

No que respeita às características sociodemográficas, a etnia parece ser um factor de peso para a gravidez na adolescência (Hardy & Zabin, citado por Pereira, 2001). Estas diferenças levam-nos a admitir que diferentes etnias se regem por normas culturais específicas, que afectam a aceitabilidade da actividade sexual na adolescência, da actividade sexual pré-conjugal e da própria gravidez durante este período (Garrett & Tidwell, 1999), podendo constituir-se como ambientes mais permissivos deste fenómeno e aumentar, assim, a probabilidade da sua ocorrência.

Por outro lado, estudos demonstram que as condições sociais e demográficas menos favoráveis se associam geralmente à gravidez na adolescência (Figueiredo et al., 2005). O estatuto socioeconómico baixo é uma das variáveis antecedentes da gravidez na adolescência especialmente importante, razão pela qual alguns autores (e. g. Harris, 1998) chegam mesmo a referir a pobreza como o melhor preditor da gravidez na adolescência. Famílias economicamente mais desfavorecidas descutam, muitas vezes, as funções educativas e afectivas, possivelmente por estarem mais concentradas num esforço constante para a sua sobrevivência. Muitas vezes, as jovens estão entregues a si próprias e à convivência com pares anti-sociais, bem como a um ambiente comunitário mais empobrecido, com menor valorização da escola e maior pressão para a entrada no mundo do trabalho (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pereira, 2001). Facilmente percebemos os baixos custos atribuídos por estas jovens a uma gravidez precoce, não só devido ao baixo leque de oportunidades alternativas de vida, como ao impacto que estes factores têm nas suas motivações.

Acrescente-se ainda nesta análise dos factores de risco para a gravidez adolescente todo o conjunto de circunstâncias que se relacionam com as atitudes e valores da sociedade em relação ao comportamento sexual dos jovens. Estes aspectos atravessam gerações, tendo influenciado de diferentes formas este fenómeno ao longo do tempo e continuando, na actualidade, a fazer parte das condições a ele associadas. Há mais de vinte anos, Marecek (1987) notava que o papel culturalmente atribuído à mulher na actividade sexual constituía umas das condições mais associadas à não utilização de contraceptivos, referindo, entre outras, as crenças culturais de que não deveria ser a mulher a tomar a iniciativa do contacto sexual e de que esta não deveria mostrar experiência nem um papel activo nesse contacto, o que dificultaria largamente a tomada de iniciativa destas jovens para a contracepção. Actualmente, vivemos num contexto social em que a actividade sexual pré-conjugal é uma realidade aceite, em que se assiste a uma maior disponibilidade da contracepção, à dissociação entre sexualidade e reprodução, e em que o papel da mulher na actividade sexual está longe do de outros tempos (Pereira, 2001). Estudos mais actuais apontam, então, outros aspectos sociais actualmente influentes, como o grande desconhecimento dos jovens em geral a respeito da reprodução humana e do correcto uso de contraceptivos (Figueiredo 2001), ou ainda a dissociação entre amor/intimidade e actividade sexual (Garrett & Tidwell, 1999), o que atribui à sociedade alguma responsabilidade no risco para as situações de gravidez precoce, em termos de políticas de educação sexual, mas também de normas e valores face à sexualidade.

Assim, como nos diz Gordon (1996), as influências sociais e culturais são, possivelmente, dos aspectos mais importantes na tomada de decisão das adolescentes, nomeadamente no que toca ao comportamento sexual, pois interferem a diversos outros níveis, também eles com influência nesta tomada de decisão. Então, segundo este autor, além das condições socioeconómicas do meio da família da adolescente, a raça, a etnia, a religião, as políticas de saúde e os sistemas educacionais de cada país contribuem, também, para aumentar

ou diminuir o risco de gravidezes precoces, o que tem importantes implicações ao nível das políticas sociais e de saúde na prevenção deste fenómeno.

3.4. Consequências e trajectórias desenvolvimentais da gravidez e maternidade na adolescência: (In)adaptação

A maternidade na adolescência é, como vimos, frequentemente resultante de um conjunto de condições anteriores de vida que se caracterizam pela adversidade, sendo que, muitas vezes, essa mesma maternidade parece contribuir para o agravamento das condições de vida e para o desenrolar de trajectórias desenvolvimentais desadaptativas na vida destas jovens, a vários níveis. Assim, tal como assinala Figueiredo (2000), as consequências adversas para a mãe adolescente têm sido referidas na literatura como situando-se a diversos níveis: a nível social, educacional, profissional e socioeconómico, mas também a nível físico e da saúde e ainda a nível psicológico. No entanto, investigações recentes têm indicado que muitas das consequências negativas da maternidade na adolescência precedem-na mais do que dela resultam (Coley & Chase-Lansdale, 1998).

Percurso educativo/profissional e nível socioeconómico

Em termos socioeconómicos, vários autores, ao reverem os trabalhos empíricos neste âmbito, referem a elevada frequência com que se verificam elevados níveis de abandono escolar, baixos níveis de instrução, empregos menos qualificados e menores índices de satisfação profissional nas mães adolescentes, associados habitualmente a um contexto de vida de maior pobreza e precariedade, num ciclo que se auto-perpetua (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007). No entanto, as mães adolescentes provenientes de ambientes familiares mais estáveis e menos desfavorecidos, com maior apoio emocional e financeiro apresentam, por exemplo, uma taxa mais elevada de regresso à escola, comparativamente com as mães adolescentes oriundas de famílias desestruturadas (Corbett & Meyer, citado por Canavarro & Pereira, 2001). Canavarro e Pereira (2001) salvaguardam, neste âmbito, que não devemos ignorar a possibilidade de parte destas consequências socioeconómicas se poderem dever às condições prévias de vida destas jovens, não sendo consequências únicas de uma gravidez adolescente. Apesar disto, a gravidez na adolescência parece agravar essas condições prévias de vida, dificultando a mudança para trajectórias mais adaptativas. A pressão que se verifica sobre estas jovens para, por exemplo, abandonarem o sistema de ensino e as dificuldades, que as que decidem não o fazer enfrentam, afastam-nas muitas vezes de uma escolaridade mais avançada, perpetuando o ciclo de exclusão e precariedade social e agravando os problemas socioeconómicos anteriores.

Saúde da mãe e do bebé

Em termos de saúde das mães adolescentes, Coley e Chase-Lansdale (1998), Figueiredo (2000) e Justo (2000) referem que vários estudos empíricos encontram um maior número de complicações obstétricas durante a gravidez e associadas ao parto e um menor número de bebés saudáveis nas adolescentes do que em mulheres mais velhas. A visão clássica sobre a competência obstétrica das adolescentes é, assim, particularmente negativa, sendo que as estatísticas gerais apontam, aliás, para níveis mais elevados de morbilidade e mortalidade materna e infantil quando se trata de mães adolescentes (Lourenço, 1996). Comprometimentos da própria saúde do bebé têm sido também apontados, como baixo peso à nascença, prematuridade e morte neonatal (Figueiredo, 2000). Porém, estas diferenças tornam-se cada vez menos notadas na investigação actual (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Tavares e Barros (1996), por exemplo, referem que o conjunto de investigações realizadas sobre as consequências da gravidez na adolescência a este nível apresenta resultados e conclusões contraditórias, sendo a tendência actual a de relacionar estas diferenças com desvantagens do meio social e familiar e não com características biológicas decorrentes da idade das jovens. Canavarro e Pereira (2001) referem ainda que algumas complicações na gravidez podem estar também associadas a factores específicos do comportamento adolescente, como o padrão de alimentação e o consumo de substâncias. No entanto, Tavares e Barros concluem que as mães adolescentes e recém-nascidos do seu estudo não apresentam consequências biológicas imediatas diferentes das que são observadas com adultas, excepto no maior número de partos pré-termo verificado nas mães adolescentes, valores que os autores relacionam com o carácter tardio dos cuidados pré-natais. Isto vai ao encontro do que concluem Hardy e Zadin (citado por Canavarro e Pereira, 2001): apenas 44% das adolescentes procuram cuidados pré-natais no primeiro trimestre de gravidez.

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

Fertilidade e relacionamentos românticos

Revisões da literatura levadas a cabo por diversos autores (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007) referem ainda outras consequências que têm sido apontadas no percurso desenvolvimental destas jovens mães, nomeadamente em termos da sua fertilidade e relacionamentos românticos. Estudos têm revelado que, no que se refere à fertilidade, a probabilidade de estas jovens terem um

segundo filho ainda enquanto adolescentes é elevada: 30% das adolescentes que engravidam tem um segundo filho dois anos após o nascimento do primeiro. Mas, além de um maior risco de voltar a engravidar antes dos 20 anos, verifica-se nestas jovens mães uma maior probabilidade de envolvimento em casamentos prematuros e condenados frequentemente ao insucesso, maior probabilidade de rompimento da relação com o companheiro e de monoparentalidade.

1990	Portugal	23,9%
1995	Portugal	20,6%
2000	Portugal	22,0%
2001	Portugal	20,9%
2002	Portugal	21,3%
2003	Portugal	20,1%
2004	Portugal	19,6%
2005	Portugal	19,0%
2006	Portugal	17,0%
2006	Continente	16,3%
2006	Norte	14,7%
2006	Centro	12,7%
2006	Lisboa	20,4%
2006	Alentejo	18,5%
2006	Algarve	25,4%
2006	Região Autónoma dos Açores	22,6%
2006	Região Autónoma da Madeira	31,6%

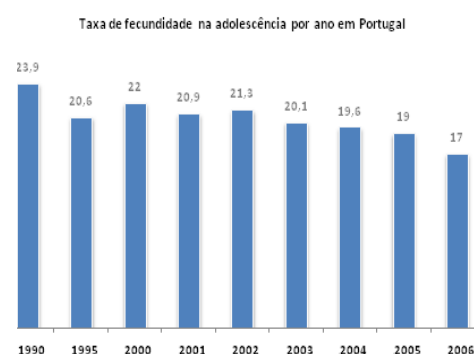


Figura 4 – Evolução da taxa de fecundidade na adolescência (INE, 2008)

Em suma, a literatura revela que estas jovens vivem mais anos sozinhas, normalmente enredadas em ambientes de maior instabilidade conjugal e maior possibilidade de divórcio e monoparentalidade, o que, juntamente com as suas baixas qualificações académicas e maior número de filhos, contribui para a perpetuação do ciclo de dificuldades sociais e económicas.

Ajustamento socioemocional e adaptação à gravidez e à maternidade

O desajustamento, nomeadamente emocional, da mãe foi, desde sempre, um factor considerado de risco para os seus filhos, não só no que respeita às mães adolescentes. A depressão na mãe, por exemplo, tem vindo a ser referida ao longo dos anos como um factor de risco para práticas educativas menos adaptativas e para o consequente aumento do risco para problemas nas crianças (Eshbaugh, 2006; Shanok & Miller, 2007). Por outro lado, no que respeita à ansiedade materna, Van den Bergh (1990) conclui que as emoções das grávidas do seu estudo têm um efeito significativo no comportamento fetal dos seus filhos (maior actividade motora), influência que se reflecte no comportamento neonatal e na infância destes bebés (e. g., grande nível de actividade após o nascimento, mais problemas gastrointestinais, temperamento difícil). Perante estes resultados e as consequências adversas que, como

vimos, aparecem frequentemente associadas à gravidez e maternidade adolescente, poderíamos esperar encontrar nestas jovens um padrão típico de desajustamento socioemocional, tal como de consequências negativas para o exercício da maternidade e desenvolvimento dos seus filhos.

No entanto, do estado actual do conhecimento sobre a gravidez e maternidade na adolescência, nem sempre emergem de forma sistemática resultados desenvolvimentais negativos nestas jovens (Canavarro & Pereira, 2001; Milan et al., 2004; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001), não sendo visível nos estudos realizados um padrão desenvolvimental consistentemente desajustado, mas sim uma diversidade de padrões, repletos de idiossincrasias resultantes dos múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida. Quando a jovem é capaz de responder positivamente ao desafio da maternidade na adolescência, esta vivência traduz-se, aliás, numa oportunidade única de desenvolvimento, observando-se ganhos desenvolvimentais muito significativos (Figueiredo, 2001).

Neste contexto, importa não só tentar responder à pergunta *Porque engravidam as adolescentes?* – por todos os contributos preventivos que daí podem advir – mas também procurar evidências que esclareçam os *factores que distinguem as adolescentes grávidas e mães que apresentam um funcionamento psicológico saudável e uma adaptação positiva face à gravidez e à maternidade, daquelas que exibem um padrão de adaptação desfavorável*. Tal compreensão pode permitir, em caso de prossecução da gravidez, a promoção de caminhos desenvolvimentais mais positivos para estas jovens e para os seus filhos.

A falta de consenso entre estudos que comparam grávidas adolescentes com grávidas adultas ou adolescentes sem história de gravidez no que toca ao seu ajustamento socioemocional é uma evidência notória e incontornável. De facto, os resultados negativos destas jovens em algumas áreas de desenvolvimento psicossocial nem sempre emergem consensualmente na literatura (Canavarro & Pereira, 2001; Milan et al., 2004; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001). Diversos estudos (e. g. Black et al., 2002) demonstram a existência de mais sintomas de perturbação emocional (depressão, ansiedade e hostilidade) nas grávidas adolescentes do que nos seus pares sem história de gravidez. Também Figueiredo, Pacheco e Costa (2007), comparando grávidas adolescentes e adultas, concluem que as adolescentes apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as adultas, quer na gravidez, quer no pós-parto, sugerindo-nos que as grávidas e mães adolescentes estão particularmente em risco para a depressão nestes períodos. Outros estudos, no entanto, comparando adolescentes do mesmo nível socioeconómico, grávidas e não grávidas, concluem que, apesar de as adolescentes grávidas e/ou mães reportarem níveis acrescidos de sintomas de sofrimento emocional comparativamente com os seus pares sem história de gravidez, estas diferenças não são estatisticamente significativas entre adolescentes do mesmo nível socioeconómico (Troutman & Cutrona, 1990; Milan et al., 2004). Milan e colaboradores concluem, nesta linha, que para a maioria das mães adolescentes o risco para o desajustamento socioe-

mocional parece ser maioritariamente devido às circunstâncias socioeconómicas prévias à gravidez.

Por outro lado, são diversos os estudos que não apontam níveis de desajustamento emocional superiores nas grávidas e mães adolescentes. Sieger e Renk (2007) concluem, neste sentido, que as grávidas e mães adolescentes do seu estudo experienciam níveis não clínicos e relativamente baixos de depressão e ansiedade, níveis estes não significativos quando comparados com os dos seus pares sem história de gravidez. No panorama nacional, Pereira (2001) e Soares e colaboradores (2001) concluem que a gravidez na adolescência não parece ter conduzido as jovens dos seus estudos ao desequilíbrio emocional. Os resultados de Soares e colaboradores apontam, aliás, para a variabilidade dos padrões de ajustamento à gravidez e à maternidade, e os de Pereira para que, no que respeita ao ajustamento emocional, os factores de vulnerabilidade/protecção do grupo de grávidas adolescentes não sejam necessariamente os mesmos do grupo de jovens sem história de gravidez.

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

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

Numa revisão de estudos sobre os factores passíveis de contribuir para a qualidade do ajustamento à gravidez precoce, Soares e colaboradores (2001) referem variáveis como a personalidade prévia da grávida, as suas estratégias de *coping*, os sentimentos e reacções face ao bebé, a percepção de apoio social, o nível socioeconómico, a raça e a idade da jovem, ficando visível a influência não só de características individuais como relacionais e sociais, bem como a necessidade de ter em conta as várias ecologias de vida destas jovens numa análise compreensiva dos mecanismos envolvidos no seu ajustamento socioemocional.

Apesar da menor quantidade de estudos disponíveis que analisam as variáveis associadas ao ajustamento das jovens grávidas e mães, à semelhança do que fizemos para os factores antecedentes da gravidez na adolescência, optámos por apresentar estas variáveis por categorias – individuais, relacionais e sociais – apenas para uma maior compreensibilidade das mesmas e não esquecendo a interação entre diferentes domínios, da qual resulta o maior ou menor ajustamento destas adolescentes.

Factores individuais

Em termos individuais, diversas variáveis têm sido analisadas quanto ao seu impacto no maior ou menor ajustamento socioemocional das jovens grávidas/mães, sendo que apenas algumas delas parecem associar-se ao ajustamento destas adolescentes.

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

Por outro lado, os objectivos e as aspirações de vida das jovens mães parecem claramente relacionados com o seu ajustamento (Camarena, Minor, Melmer & Ferrie, 1998). Estes autores sugerem que aspirações acerca da família, da educação e do trabalho ficam mais salientes nas mães adolescentes devido ao facto de estas serem “forçadas” a reavaliar as suas visões sobre o futuro, sendo que estas expectativas parecem ter um poder protector nas populações de risco em geral e nas mães adolescentes em particular.

Outros autores têm demonstrado a influência de variáveis de personalidade na forma como as grávidas e mães adolescentes se adaptam a esta vivência. Soares e Jongenelen (1998) referem, ao rever estudos empíricos neste âmbito, que as adolescentes com uma auto-estima mais elevada revelam melhor ajustamento à maternidade, verificando também diferenças ao nível do *stress* vivenciado e das estratégias de confronto (*coping*) utilizadas em grupos de adolescentes melhor e pior adaptadas à maternidade. Soares e colaboradores (2001) concluem, por sua vez, que as adolescentes do grupo com menor ajustamento do seu estudo revelam um estilo de personalidade mais introvertido, manifestando maior tensão,

instabilidade e apreensão, comparativamente com o grupo de jovens grávidas mais ajustadas. Isto vai ao encontro do estudo de Blinn-Pike, Stenberg e Thompson (1994), segundo o qual estilos de personalidade com tonalidade emocional negativa e elevada labilidade emocional se associam a uma adaptação negativa à gravidez por parte destas jovens.

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

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

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

Factores relacionais

As variáveis e processos psicológicos têm vindo, assim, a ser cada vez mais enfatizados no ajustamento das grávidas e mães adolescentes, mas não só no que respeita à dimen-

são individual. Tem sido atribuído um reconhecimento crescente aos factores relacionais, passados e presentes, no ajustamento socioemocional destas jovens.

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

O papel das memórias de infância acerca das práticas educativas parentais tem sido evidenciado em estudos onde representações caracterizadas pela negatividade ou ambivalência podem comprometer a resposta psicológica da jovem à transição para a parentalidade (Brophy-Herb & Honig, 1999). Também a sobreprotecção ou rejeição da mãe (Pereira, 2001) aparecem correlacionadas significativamente com o ajustamento da jovem grávida, num perfil diferenciado do dos seus pares. Enquanto no grupo de jovens grávidas parece ser mais determinante a percepção de rejeição e sobreprotecção da mãe para o seu ajustamento actual, para o grupo das jovens sem história de gravidez são o suporte emocional de ambos os pais e a rejeição da mãe que aparecem como importantes factores para o seu ajustamento. A experiência de práticas parentais disfuncionais tem surgido em vários modelos como passível de se relacionar com o desajustamento posterior, relativamente quer a perturbações psicopatológicas (Perris, 1994), quer ao estabelecimento de relações ao longo da vida (Bowlby, 1978), sendo que a especificidade destes aspectos no ajustamento à gravidez e maternidade adolescente tem sido alvo de interesse e análise crescentes.

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

ser linear, sendo as adolescentes não só receptoras, como também agentes activas na obtenção desse apoio.

Importa então compreender que influência têm o apoio social e as relações actuais das grávidas adolescentes no seu ajustamento, objectivo de alguns estudos já realizados. Optaremos por abordar estes dois aspectos em conjunto, pois estão intimamente relacionados.

A percepção do **apoio social** é uma das variáveis mais consensualmente estudadas neste âmbito, surgindo como variável mediadora importantíssima para o ajustamento socioemocional das grávidas e mães adolescentes em particular. É teoricamente previsível, e está bem apoiado por diferentes estudos, que o apoio social aumenta as probabilidades de uma transição bem-sucedida para a parentalidade, nomeadamente na adolescência (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001). Apesar do conhecido importante papel do apoio social na adolescência em geral, Pereira (2001) conclui que esta variável tem diferentes funções no ajustamento das adolescentes grávidas e dos seus pares sem história de gravidez, sendo o apoio percebido mais sonante no ajustamento das primeiras e o apoio dado no ajustamento das segundas. Isto é compreensível à luz do maior isolamento que acontece a todas as mães no período pós-parto e à luz das mais reduzidas relações com os pares, da maior taxa de abandono escolar, de desemprego e de problemas familiares reveladas pelas grávidas/mães adolescentes (Canavarro & Pereira, 2001). Como nos dizem Soares e colaboradores (2001) e Soares e Jongenelen (1998), ao reverem vários estudos neste âmbito, uma boa rede de apoio social parece ter uma acção protectora dos riscos associados à maternidade na adolescência, diminuindo a ansiedade associada à própria gravidez, ao desempenho das tarefas parentais e promovendo níveis mais elevados de responsividade, sensibilidade e expressão de afecto da adolescente relativamente ao seu filho.

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

No que respeita às fontes de apoio social, e de uma forma sintética perante a extensa literatura que aborda o tema, a mãe e o companheiro são as principais fontes de apoio valorizadas pela adolescente (Bogat et al., 1998). Não deve, no entanto, ser negligenciado o papel da família em geral, como nos mostram Figueiredo e colaboradores (2006), ao concluírem que, além do relacionamento com o companheiro, o apoio e as relações actuais com a

família de origem deste e da própria jovem têm um papel importante no ajustamento à gravidez precoce, e como referem Sieger e Renk (2007), ao realçarem o importante papel de apoio proporcionado por elementos da família alargada da jovem.

Vários são os estudos que demonstram o efeito positivo do apoio da mãe da adolescente no ajustamento da jovem e do seu filho, a curto e a longo prazo (para uma revisão da literatura sobre o tema, cf. Soares & Jongenelen, 1998). Mas este efeito do apoio social nem sempre é protector para estas jovens, existindo também estudos que salientam os custos de um apoio ineficaz (Bogat et al., 1998), quando existem graus elevados de conflito ou quando este apoio impede a autonomia e individuação da jovem enquanto mãe.

A investigação empírica tem vindo ainda a averiguar a importância da qualidade da **relação interpessoal da adolescente com o companheiro** no seu ajustamento à gravidez, à maternidade e ao desenvolvimento dos seus filhos, embora as conclusões não sejam consensuais (Canavarro & Pereira, 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Milan e colaboradores (2004), por exemplo, concluem que a relação entre o apoio actual do companheiro e o ajustamento das grávidas adolescentes é significativamente maior do que para as adolescentes sem história de gravidez, realçando o diferente papel que os factores interpessoais desempenham para os dois grupos de jovens. No entanto, o carácter protector da relação com o companheiro não é independente da etnia da jovem grávida: as grávidas adolescentes latinas parecem beneficiar de um efeito protector da estabilidade da relação com os companheiros, enquanto para as jovens grávidas afro-americanas um estatuto marital de coabitação ou casamento parece associar-se a maiores níveis de sintomas depressivos (Eshbaugh, 2006). Da mesma forma, o papel protector da relação estável e de suporte com o companheiro na gravidez não parece ocorrer no período pós-parto, como nos referem Figueiredo e colaboradores (2007), ao concluir que as circunstâncias de relacionamento com o companheiro, nomeadamente em termos de coabitação, parecem ser protectoras para a depressão durante a gravidez, mas de risco para a depressão após o nascimento.

Factores sociais

Os aspectos sociais, intrinsecamente relacionados com os outros factores, uma vez que constituem o contexto alargado em que eles se inserem, têm também um papel importante no ajustamento das grávidas e mães adolescentes.

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

Outra das variáveis sociodemográficas associadas ao contexto mais alargado estudada relativamente ao ajustamento das jovens grávidas é a **área de residência**, sendo que Pereira (2001) conclui que as grávidas de zonas rurais estão mais satisfeitas com a vida do que as grávidas de zonas urbanas. Segundo a autora, este dado pode estar relacionado com o facto de, nestas comunidades rurais, a gravidez ser mais desejada.

Relativamente a outros factores de ordem sociodemográfica, como o baixo nível socioeconómico das famílias das grávidas e mães adolescentes, referimos já alguns estudos, nomeadamente o de Milan e colaboradores (2004), em que os factores socioeconómicos, quando controlados, esbatem a significância das diferenças entre jovens adolescentes ajustadas e com um pior ajustamento, indicando que estes factores têm um papel importante no seu ajustamento socioemocional, apesar da ausência de consenso entre estudos.

Da mesma forma, será teoricamente expectável que ambientes comunitários socioeconomicamente mais desfavorecidos ofereçam um apoio menos estruturado e eficaz, bem como uma rede de apoio menos estável, nomeadamente em termos institucionais e humanos. Estudos têm mostrado que programas de apoio social promovidos pela comunidade podem influenciar o ajustamento das jovens mães, como nos referem Sieger e Renk (2007), ao apontar como limitação do seu estudo – que revela níveis não clínicos de problemas internalizantes e externalizantes nas jovens grávidas e mães – precisamente o facto de as adolescentes da sua amostra estarem todas a ser acompanhadas por programas escolares ou comunitários. Também Camarena e colaboradores (1998) referem que, além do suporte informal (família, amigos, pai da criança) se relacionar com um maior ajustamento para a mãe e para a criança, o suporte formal – sob a forma de serviços profissionais e programas – tem também demonstrado efeitos a curto e a longo prazo no bem-estar parental e da criança.

Comportamento parental e desenvolvimento do bebé

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

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

Embora durante os primeiros três anos de vida das crianças poucas diferenças sejam apontadas entre filhos de mães adolescentes e adultas (Coley & Chase-Lansdale, 1998), no período pré-escolar começam a emergir diferenças ao nível do comportamento e do desenvolvimento cognitivo. Figueiredo (2000) refere que estudos demonstram que cerca de 56% das crianças em idade pré-escolar, filhas de mães adolescentes, apresentam um nível cognitivo baixo (QI abaixo de 85), 53% atraso de linguagem e 23% sintomatologia psicopatológica com relevância clínica. Coley e Chase-Lansdale referem ainda que os filhos de mães adolescentes apresentam maior agressividade, menor controlo da impulsividade e níveis de funcionamento cognitivo mais baixo. Os mesmos autores assinalam que, durante o período escolar, estas dificuldades parecem manter-se e ser acrescidas de uma elevada taxa de insucesso escolar e de problemas disciplinares. Na adolescência, parecem experienciar elevadas taxas de fracasso, delinquência, institucionalização e actividade sexual e gravidez precoces.

Apesar deste cenário crescente de dificuldades que emerge de alguns estudos, a maioria deles apresenta resultados inconsistentes, assistindo-se à escassez de investigações longitudinais e à ausência de controlo adequado de outras variáveis cujo efeito se pode confundir com o da maternidade na adolescência (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Assim, é necessário ter em conta que alguns factores associados à própria gravidez na adolescência são passíveis de se constituir como factores protectores ou de risco para o desenvolvimento dos filhos destas jovens: sintomatologia depressiva na mãe, idade da mãe na altura do nascimento, estatuto conjugal da mãe, nível socioeconómico, ambiente familiar, grau educacional, número de irmãos, envolvimento do pai, monoparentalidade, existência de uma ou mais figuras prestadoras de cuidados e apoio social (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000). Em suma, a investigação tem verificado que as consequências adversas da maternidade na

adolescência para o desenvolvimento dos bebés não decorrem apenas directamente do facto de a mãe ser adolescente, mas também, indirectamente, de um conjunto de factores associados frequentemente a esta circunstância.

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

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

Diversos autores têm-se debruçado sobre a comparação das **competências parentais** das mães adolescentes com mães adultas, mas as razões para uma competência e realização parental de qualidade inferior nas adolescentes não são claras (Carlos et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998). Como nos mostram Carlos e colaboradores, Figueiredo (2000) e Soares e Jongenelen, os dados empíricos de diversos estudos referem as mães adolescentes como tendo comportamentos parentais menos adequados, menor sensibilidade, menor responsividade e estimulação verbal, menores expectativas desenvolvimentais e maior repressividade para com os seus filhos, bem como maior risco de determinarem situações de abuso e negligência à criança, quando comparadas com mães adultas. Carlos e colaboradores referem que as características associadas à própria gravidez na adolescência – como famílias numerosas com problemas socioeconómicos, monoparentais, com maior disfuncionalidade e rigidez – podem interferir nas capacidades parentais das mães adolescentes. Estes autores referem que o *stress* emocional a que estas jovens mães estão sujeitas diminui a sua tolerância às exigências do bebé, e que a menor instrução que possuem as torna menos aptas a interpretar as mensagens que lhes são enviadas pelos filhos e a vocalizar os seus sentimentos para com eles, considerando assim a “gravidez na adolescência como um dos principais factores de risco para a parentalidade de risco” (Carlos et al., 2 p. 184). Com efeito, o panorama geral da

literatura sobre a qualidade do comportamento parental das mães adolescentes corrobora a ideia do grupo de mães adolescentes como grupo de elevado risco para comportamentos parentais desadequados e disfuncionais (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Soares et al., 2001). Mas os resultados obtidos na investigação nem sempre são consistentes, existindo estudos onde não foram encontradas diferenças significativas entre as capacidades parentais das mães adolescentes e das mães adultas, como nos referem Figueiredo (2000) e Soares e Jongenelen (1998).

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

Alguns estudos têm revelado a existência de uma pluralidade de factores mediadores da relação entre a mãe adolescente e o seu filho, quer de âmbito individual, quer no que respeita a algumas características do meio envolvente. Em termos individuais, têm sido referidas variáveis como a idade, anos de escolaridade, maturidade cognitiva, experiência anterior a cuidar de crianças e responsabilidade no desempenho do papel de mãe. Soares e Jongenelen (1998) referem a existência de estudos onde também a representação da vinculação apresentada pelas adolescentes no período pré-natal parece influenciar a sua sensibilidade durante os primeiros três meses de vida do bebé. Assim, adolescentes com representações de vinculação seguras no período pré-natal revelam níveis mais elevados de sensibilidade materna após o nascimento, verificando-se uma maior responsividade e sensibilidade destas para com os seus filhos quando têm maior conhecimento acerca do desenvolvimento destes e da sua própria influência neste desenvolvimento. Em termos ambientais, factores como o envolvimento do pai da criança, o papel da avó, o apoio social e o nível socioeconómico de pertença surgem como possíveis mediadores da maior ou menor adequação dos cuidados parentais desempenhados pela jovem.

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

É no seio destas novas abordagens que surge o **modelo da maternidade adolescente**, desenvolvido por Schellenbach, Whitman e Barkowski (1992), a partir da perspectiva sobre a maternidade proposta por Belsky, em 1984, e com vista a promover uma visão integrada do comportamento parental das mães adolescentes e da diversidade existente no seu ajustamento a este papel. Este modelo integra as interacções significativas encontradas entre algumas das variáveis que têm vindo a ser examinadas, encarando a **qualidade da maternidade adolescente como produto de múltiplas forças que operam de modo particular entre a**

adolescente, o seu filho e o seu ambiente social (Soares & Jongenelen, 1998). Assim, a qualidade do comportamento parental destas adolescentes depende, segundo este modelo, de três vectores principais: os recursos psicológicos da mãe (ajustamento socioemocional, preparação cognitiva para a maternidade, capacidade de aprendizagem e saúde), as características da criança (temperamento e competências sociais à nascença) e o apoio social recebido, podendo as vulnerabilidades numa área ser atenuadas pelos recursos existentes noutras áreas, aspecto a ter em conta no planeamento de intervenções junto destas jovens.

Resiliência

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

Como já referimos ao abordar o ajustamento socioemocional das grávidas e mães adolescentes, de facto, existem casos em que as jovens mães se conseguem adaptar à gravidez e à maternidade, revelando níveis de ajustamento socioemocional adaptativos, para os quais são factores protectores aspectos de ordem individual, relacional e social, que fomos referindo no decorrer do texto.

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

Os factores protectores para o desenvolvimento da mãe adolescente e do seu bebé poderiam, tal como os de risco, ser equacionados através das diferentes dimensões em que se situam – individuais e contextuais ou sociais. No entanto, a escassez de estudos que os investigam não permite abordá-los profundamente a cada um desses níveis, pelo que os respeitantes ao desenvolvimento da mãe foram sendo expostos por nós a par dos factores de risco para o desajustamento socioemocional das jovens face à gravidez e os respeitantes ao desenvolvimento do bebé passarão a ser expostos de seguida.

As concepções deterministas sobre a fatalidade da maternidade na adolescência para o desenvolvimento das crianças foram definitivamente postas em causa quando os estudos começaram a demonstrar que a maior parte ou, pelo menos, algumas crianças de mães

adolescentes não desenvolviam mais problemas do que as crianças de mães adultas. Figueiredo (2000) e Sieger e Renk (2007), ao reverem estudos empíricos deste âmbito, referem algumas variáveis encontradas como protectoras em crianças e adolescentes filhas de mães adolescentes que apresentam resultados desenvolvimentais ajustados. Entre elas estão, segundo estes autores, o apoio familiar à jovem mãe durante os primeiros anos de parentalidade, o facto de a adolescente continuar a estudar, a presença de um número reduzido de filhos, o casamento - antes ou depois do nascimento do bebé -, a frequência por parte das crianças em idade escolar de programas de prevenção, o apoio social por parte da família alargada, a estruturação do ambiente parental, a crença no valor das práticas educativas e um maior intervalo de tempo entre o nascimento do primeiro e o do segundo filho.

O apoio social é talvez a variável mais estudada no plano da gravidez e maternidade na adolescência, tendo vindo a mostrar-se como um importante factor protector passível de minorar os efeitos negativos da maternidade adolescente, no que respeita quer ao desenvolvimento da mãe, quer ao desenvolvimento do bebé. Vimos já a influência da qualidade e percepção do apoio social no que toca ao ajustamento socioemocional das grávidas e mães adolescentes, pelo que não nos repetiremos. No entanto, o seu efeito faz também sentir-se, de forma directa ou indirecta, no desempenho do papel parental, tendo, assim, implicações para o desenvolvimento do bebé. Desta forma, como referem Soares e Jongenelen (1998), ao reportar-se a diversos autores, o apoio social parece não só facilitar a adaptação à gravidez, como diminuir a ansiedade associada às tarefas parentais e associar-se a uma maior responsividade, sensibilidade e expressão de afecto da adolescente ao seu filho. O papel da mãe da adolescente volta a ser aqui fundamental para uma trajectória adaptativa, sendo que um padrão de partilha de responsabilidades e cuidados ao bebé, entre a jovem e a sua mãe em situação de não coabitação, constitui o quadro mais favorável de apoio e promoção da autonomia da jovem, com vista a um maior sucesso do seu comportamento parental (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Também o apoio social por parte do companheiro da jovem mãe tem vindo a ganhar significado na investigação empírica. Uma pequena revisão de estudos, levada a cabo por Figueiredo (2000), indica que as mães adolescentes que têm uma boa relação com o seu companheiro demonstram maior consistência emocional, maior prazer na tarefa parental e uma interacção mais adequada com o seu bebé, sendo menos rejeitantes e punitivas e tendo, em suma, um comportamento parental mais positivo.

Salvaguardamos, apenas, que o carácter protector do apoio social depende da forma como é proporcionado e percebido, podendo constituir-se também como aspecto dificultador da autonomia da jovem, do seu saudável desenvolvimento e do do seu filho (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000). Desta forma, devem ser tidas em conta as fontes de apoio consoante a idade da jovem, as suas condições de vida e as suas necessidades (Soares & Jongenelen, 1998).

3.5. Implicações do estado actual do conhecimento para a prática: programas de intervenção e políticas sociais

Devido ao incremento da atenção pública e política internacional sobre a gravidez na adolescência e aos desenvolvimentos que a investigação tem sofrido nos últimos anos, têm sido levados a cabo diversos esforços para a promoção de programas de intervenção neste âmbito. Desta forma, e perante a impossibilidade de aqui abordar todas as recomendações para a prática que decorrem dos vários estudos em que nos baseámos para expor os vários aspectos ligados à gravidez e maternidade adolescente – pelo carácter exaustivo que tal abordagem tomaria – apresentaremos alguns aspectos tocados pela investigação mais recente, a fim de delinear um panorama geral actual.

Pelo cenário de elevada ocorrência de gravidez na adolescência e pelas diversas condições adversas associadas e consequências que podem advir da vivência deste fenómeno numa fase tão precoce do ciclo de vida – quer para as adolescentes, quer para os seus filhos – impõe-se a necessidade de intervir a diversos níveis, em diversos momentos e com diferentes objectivos. Por um lado, não é recente o conhecimento da necessidade de prevenção deste fenómeno, até pelo carácter mais antigo com que são tratadas na literatura e objectivo de trabalhos empíricos as condições de risco e antecedentes da gravidez na adolescência. Por outro lado, a tendência actual da investigação sobre o tema tem demonstrado a importância não só de intervenções a nível da **prevenção primária** – que visam diminuir os factores e processos que podem criar vulnerabilidades para a gravidez precoce e amplificar os processos protectores que tornam as jovens mais resilientes às situações de risco em que crescem – mas também a necessidade de intervir em caso de prossecução da gravidez, de forma a promover trajectórias de vida mais adaptativas para estas jovens e para os seus filhos e para, assim, interromper os ciclos de pobreza e risco em que se encontram estas famílias. Este segundo tipo de intervenção pode tomar a forma de **prevenção secundária ou terciária**, ou seja, trata-se de intervir junto da jovem grávida/mãe, visando prevenir os problemas associados à gravidez adolescente e minimizar o seu impacto negativo na vida da jovem e do seu filho (Pereira, 2001).

Seleção dos indivíduos para os programas de intervenção

Em termos da selecção dos indivíduos para os diversos programas de intervenção, no que respeita a programas de intervenção primária, é necessário conhecer os factores de risco para a gravidez na adolescência, de forma a identificar sujeitos em risco e estreitar o campo de acção destes programas, aumentando a sua eficácia (Figueiredo, 2001). Mais que isso, é importante conhecer os valores culturais e o que é socialmente valorizado no ambiente destas jovens, tendo sempre como objectivo último assisti-las na tomada das melhores decisões

para si e para as suas famílias, de acordo com os seus padrões culturais (Eshbaugh, 2006). Por outro lado, quando a gravidez já é um facto consumado, é necessário identificar precocemente as grávidas e mães em risco de ter uma maternidade desadaptada e de providenciar cuidados mais inadequados ao seu bebé, no sentido de as integrar em acções de prevenção (Figueiredo, 2001).

Intervenção para a prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência: Prevenção primária

Num nível de prevenção primário, Figueiredo (2001) considera importante começar a intervenção antes de os adolescentes serem sexualmente activos. Exemplo desta necessidade é a referência de Justo (2000) à proposta de intervenção de Howard e McCabe, baseada no modelo da influência social, apenas eficaz nas jovens que não tinham experiência sexual prévia, proporcionando, nestas, o adiamento da iniciação sexual, o menor envolvimento sexual e menor número de gravidezes quando comparadas com adolescentes que não foram sujeitas ao programa. Por outro lado, as jovens com experiência sexual anterior à implementação do programa não modificaram o seu comportamento no sentido esperado. Mas além da eficácia da intervenção, na opinião de Figueiredo, esta iniciação precoce da intervenção é necessária também pela probabilidade de a gravidez ocorrer no início da actividade sexual dos jovens, bem como pelo elevado desconhecimento sobre sexualidade e reprodução humana que estes demonstram, o que confere à educação sexual um papel prioritário no âmbito preventivo.

Segundo Pereira (2001), a importância da educação sexual prende-se com o papel das escolas na promoção da saúde ao longo da vida. Assim, deve não só ser iniciada precocemente – desde o primeiro ciclo - de forma a ter como alvo os jovens de risco (que mais cedo abandonam a escola), como ter continuidade ao longo dos diferentes períodos desenvolvimentais, adaptando-se às necessidades de cada uma dessas etapas. Espera-se, então, que a educação sexual integrada na educação para a saúde promova o desenvolvimento de comportamentos responsáveis e saudáveis face à sexualidade, uma vez que, segundo Coley e Chase-Lansdale (1998), entre adolescentes de alto risco, serviços abrangentes orientados para a saúde parecem ser os mais promissores na tentativa de diminuir as taxas de gravidez na adolescência. Estes autores salientam que, no contexto norte-americano, um dos programas mais eficazes neste sentido é o *Johns Hopkins Pregnancy Prevention Program*², que incorpora serviços abrangentes de cuidado médico e contracepção, serviços sociais e educação parental. Este programa, avaliado como um dos mais bem sucedidos nos Estados Unidos, demonstra contribuir para adiar a iniciação sexual, incrementar o uso de contraceptivos, reduzir a frequência das actividades sexuais e reduzir as taxas de gravidez na adolescência. Outro programa de sucesso nesta área é o *Teen Outreach Program*³, que enfatiza o desenvolvimento

² <http://www.jhsph.edu/adolescenthealth/>

³ <http://wymancenter.org/>

social das adolescentes através de um serviço voluntário e estruturado da comunidade com discussões na sala de aula sobre futuras escolhas de vida, como carreiras e relações. Este programa tem como meta incrementar competências sociais e relações com adultos, levando a um melhor funcionamento psicológico e ao decréscimo de problemas de comportamento. Para isso, pretende estimular aspectos críticos da população em causa: 1) compreensão sobre si próprios e o seu sistema de valores; 2) capacidades de comunicação; 3) crescimento humano e desenvolvimento; 4) tornar-se pai, tornar-se mãe, relacionamento familiar; e 5) uso de recursos comunitários. Comparativamente com adolescentes não sujeitas a este programa, as adolescentes a quem foi aplicado apresentam menor número de gravidezes, menos dificuldades escolares, menos suspensões devidas a mau comportamento e menos faltas à escola (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Justo, 2000).

No Reino Unido, por seu lado, a estratégia nacional implementada para combater as elevadas taxas de gravidez na adolescência apresentava, até 2006, indicadores da sua eficácia, como demonstram Wilkinson e colaboradores (2006), ao concluírem que o número de concepções na adolescência diminuiu desde a implementação da estratégia nacional, em 1999, e que esta diminuição foi mais acentuada nas zonas mais desfavorecidas, rurais, com níveis educacionais mais baixos e onde foi maior a aplicação das estratégias em causa. No entanto, notícias recentes apontam que, embora em 2006 a taxa de gravidez na adolescência tenha sido a mais baixa dos últimos 20 anos naquele país, as estatísticas oficiais de 2007 revelam um aumento de pelo menos 2,7 por cento, apesar dos esforços governamentais levados a cabo na implementação da educação sexual e na promoção do uso de contracepção (Irvine, 2008). Este programa nacional britânico foi implementado em 1999, com o objectivo de reduzir para metade o número de gravidezes adolescentes até 2010, abrangendo, para isso, diferentes componentes (Irvine, 2008; Wilkinson et al., 2006). O primeiro desses componentes diz respeito a campanhas de sensibilização nos média, a nível nacional, orientados para a publicação de materiais em revistas para jovens e nas rádios locais com mensagens-chave incentivando os adolescentes a resistir à pressão dos pares para a iniciação precoce da actividade sexual e a usar métodos contraceptivos se forem sexualmente activos, aconselhando-os sobre o sexo e os relacionamentos e alertando-os para a disponibilidade e confidencialidade do acesso a contraceptivos. O segundo componente passa por promover uma acção conjunta para garantir a coordenação local e nacional em termos das instituições públicas e voluntárias. O terceiro componente desta estratégia diz respeito a uma maior prevenção através do incremento da educação sexual e relacionamentos e do acesso aos serviços de saúde. Por fim, o quarto componente passa por suportar os pais adolescentes de modo a aumentar o número de regressos à escola, formação ou emprego. Esta campanha é apoiada por serviços como uma linha telefónica, que disponibiliza informação detalhada aos adolescentes, incluindo pormenores sobre os serviços locais, e um *website* de apoio (Wilkinson et al., 2006). O quarto componente desta estratégia nacional britânica diz respeito, como vimos, a um outro tipo de

intervenção, dirigida já às grávidas/mães adolescentes e, portanto, já não constitui prevenção de índole primária. Apesar de esta estratégia nacional estar em curso desde 1999, em 2007 cerca de 43 mil adolescentes ficaram grávidas, somente menos 1000 de que em 1998 e pelo menos mais 1200 do que em 2006. Assim, apesar de se verificarem alguns resultados, os objectivos estabelecidos parecem estar a falhar: a redução de 15 por cento prevista sobre as taxas do ano-base de 1998, deveria ter sido alcançada até 2004 - meta que não foi atingida (Irvine, 2008).

Na realidade portuguesa, embora ainda encontremos muito pouco trabalho sistemático nesta área, e ainda menos publicado, podemos mencionar algumas iniciativas e esforços levados a cabo por algumas entidades, como é o caso da *Associação para o Planeamento da Família* (APF) e do *Projecto Mais Vale Prevenir*.

A APF⁴ é uma IPSS, pioneira em Portugal na promoção do planeamento familiar, na criação de serviços para jovens, na formação de profissionais e na educação sexual nas escolas, estando em actividade há 40 anos. Os seus objectivos fundamentais passam pela promoção da Saúde, Educação e Direitos nas áreas da sexualidade e planeamento familiar, para os quais esta associação disponibiliza um conjunto de serviços, que vão desde formação qualificada, disponibilização de informação especializada e publicações científicas para diversos técnicos e profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais/psicólogos – área da saúde, professores – infância, 2º e 3º ciclo, secundário, estudantes finalistas, animadores comunitários, formação inter pares, técnicos, voluntários e formadores da APF), até à prestação de serviços à população jovem e adulta através de linhas telefónicas de ajuda, centros/espacos de atendimento a jovens e intervenção comunitária. Todas estas actividades são paralelas à defesa pública e política dos direitos que servem os seus objectivos.

Muitos dos centros/espacos de atendimento a jovens funcionam em parceria com os serviços de saúde, possuindo equipas de técnicos e profissionais devidamente qualificados que prestam aos jovens orientação diversa, aconselhamento e encaminhamento para consultas sempre que for caso disso, para além da distribuição de material informativo diverso e de preservativos. Estes centros são ainda espacos privilegiados de encontro e partilha: para além de gratuitos, garantem total confidencialidade e anonimato, permitindo aos jovens que se sintam confortáveis e capazes de colocar, expressar e partilhar as suas dúvidas, receios ou quaisquer problemas que tenham no âmbito da sua sexualidade e vida sexual.

Sendo esta uma intervenção visivelmente ampla, abrange também áreas especialmente importantes para a prevenção da gravidez e maternidade na adolescência, como a educação sexual, a sexualidade na infância e na adolescência e as relações de namoro, áreas em que tem publicados diversos materiais (livros, revistas, folhas de dados) de acordo com os diferentes públicos-alvo (técnicos, crianças, adolescentes) e com os vários períodos desenvolvimentais, e como o planeamento familiar e a contracepção, áreas em que são levadas a cabo

⁴ <http://www.apf.pt>

campanhas de sensibilização, de divulgação de informação especializada e distribuição de métodos contraceptivos. Também projectos específicos na área da gravidez e maternidade adolescente são levados a cabo por esta entidade, como é o caso do Projecto *Mamãs de Palmo e Meio* e das diversas publicações relacionadas, que englobam não só uma componente preventiva da gravidez nesta fase do ciclo de vida pela prestação de informação e apoio a jovens, como uma componente de intervenção psicoeducativa em caso gravidez na adolescência.

O projecto *Mais Vale Prevenir*⁵ é outra das iniciativas a louvar nos esforços nacionais realizados no âmbito da prevenção da gravidez adolescente. Resultante de um protocolo entre a Maternidade Alfredo da Costa e a Fundação Calouste Gulbenkian, a equipa que o constitui é multidisciplinar e os seus objectivos passam por prevenir gravidezes junto da população mais jovem (prevenção primária), bem como apoiar e auxiliar as adolescentes que decidam ser mães, através da promoção de estruturas de suporte e apoiando as jovens no seu projecto de vida. Apesar de nos termos vindo a focar até aqui na prevenção de índole primária, achamos que a apresentação conjunta destas duas vertentes do projecto (preventiva e de intervenção com grávidas e mães adolescentes) toma sentido pela coerência e continuidade que têm nesta iniciativa. Assim, este projecto tem como principais componentes: consultas pós-parto, consultas de referência para jovens com diagnóstico de aborto ou grave risco de gravidez precoce, aconselhamento contraceptivo, acompanhamento psicossocial, aconselhamento e acompanhamento nutricional, apoio material, sessões de grupo para adolescentes sobre temas relacionados com a sexualidade e sessões de grupo dirigidas a técnicos de instituições que trabalham com adolescentes. Devido ao sucesso e boa aceitação do projecto, que acompanhou 330 adolescentes e fez 160 intervenções familiares, em três anos, o seu modelo de funcionamento vai ser implantado em continuidade, sendo de futuro criada uma Unidade de Adolescência na mesma maternidade (Ministério da Saúde, 2008).

No contexto espanhol, a Federación de Planificación Familiar tem levado a cabo diversos esforços de âmbito preventivo no campo da gravidez na adolescência. Os Centros Jovens de Sexualidade e Contracepção, sua iniciativa, visam, a partir de uma perspectiva interdisciplinar de apoio individual e formações em grupo, promover atitudes positivas na população adolescente que potenciem hábitos de saúde sexual adequados, sendo um dos seus objectivos prevenir gravidezes não planeadas/não desejadas. Para tal, estabelece objectivos mais específicos, que passam essencialmente pelo aumento da informação sobre saúde sexual e contracepção disponibilizada a esta população, bem como pela facilitação do seu acesso a métodos contraceptivo.

Em suma, em termos de prevenção primária, os programas existentes visam essencialmente retardar o comportamento sexual dos adolescentes e prevenir uma gravidez não planeada. Coley e Chase-Lansdale (1998) referem, a propósito destes programas, um conjun-

⁵ <http://maisvaleprevenir.com/>

to de táticas adjacentes, que passam por promover conhecimento acerca da reprodução e da sexualidade humana e meios de acesso a contraceptivos⁶, ensinar valores e promover a abstinência⁷, promover a aquisição de competências de tomada de decisão e competências sociais e incrementar outras opções de vida. Pereira (2001) ressalva, neste sentido, que uma educação sexual que possibilite o auto-conhecimento e o conhecimento dos outros e de si nas relações ajuda as jovens a tomarem decisões livres e responsáveis. No mesmo sentido vai Justo (2000), ao concluir, a partir da revisão de alguns programas e seus resultados, que um dos aspectos pertinentes na prevenção da gravidez na adolescência é a participação em oportunidades de relacionamento social, pelo carácter potenciador do desenvolvimento psicológico saudável, organizador das atitudes de relacionamento social e estimulador do amadurecimento da personalidade que tais oportunidades exibem. Olhando para o contexto espanhol, onde a despenalização do aborto, agora também possível no nosso país, aí o é há mais tempo, podemos observar que em 2007 a taxa de interrupções voluntárias da gravidez em Espanha subiu claramente (Méndez, 2008), constando dela muitas jovens. Segundo Furriol (2004), o aumento da taxa de abortos entre jovens tem subido nos últimos anos, sendo que, à data, 50% das adolescentes recorriam a um aborto em caso de gravidez indesejada. Este facto tem vindo a ser considerado resultado do fracasso das políticas de educação sexual naquele país e reflexo da banalização do aborto entre os jovens (Furriol, 2004; Méndez, 2008). Furriol, citando o sexólogo Antonio López, chama a atenção para o facto de o foco do problema poder estar não tanto na falta de informação, mas mais na falta de formação sexual: na falta de auto-estima das jovens para a prática de sexo seguro, na ausência de capacidades de negociação e nas desigualdades entre sexos, bem como na falta de formação para as relações pessoais e para as relações de namoro.

Não existe, no entanto, um modelo único de educação sexual eficaz, podendo esta integrar uma variedade de meios. No panorama nacional, no que respeita ao contexto escolar, Pereira (2001) sugere meios de concretização desta educação sexual que passam pela sua incorporação nos currículos, pela realização de actividades extracurriculares (dias comemorativos, onde se organizem debates e acções de formação em parceria com os centros de saúde), pela formação de professores e pais e pelo aconselhamento individual aos alunos nesta área ou a sua referência para os centros de saúde. Assim, a educação sexual não deve visar

⁶ Santelli, Lindberg, Finer e Singh (2007) concluem no seu estudo que a promoção, e o respectivo aumento, do uso de contraceptivos foi o principal determinante da diminuição das taxas de gravidez na adolescência nos EUA entre 1995 e 2000, explicando 77% dessa diminuição. Os autores acrescentam ainda que esta avaliação parece ser consistente com o padrão observado nos demais países desenvolvidos.

⁷ O impacto do incremento da abstinência na redução das taxas de gravidez na adolescência nos EUA é pequeno e limitado aos adolescentes mais jovens. A evidência científica tem mostrado que, por si só, a promoção da abstinência é uma estratégia insuficiente para ajudar os adolescentes a prevenir gravidezes indesejadas, sendo que abordagens similares à dos EUA (promoção da abstinência por si só) não devem ser adoptadas por outras nações (Santelli et al., 2007). Também Coley e Chase-Lansdale (1998) referem que programas de educação sexual que têm como único objectivo a promoção da abstinência, sem discussão sobre decisões acerca da contracepção, são na sua maioria ineficazes. No entanto, quando os programas combinam diferentes componentes a eficácia parece estar aumentada, sendo necessário um esforço científico na avaliação de programas e na replicação dos que se mostram mais bem-sucedidos.

apenas a transmissão de informação, mas também a formação dos jovens através de trocas interpessoais de ideias, valores e da compreensão e aceitação da diversidade da vivência da sexualidade, potenciando a aquisição ou o desenvolvimento de competências como a expressão e a gestão de sentimentos, comunicação e assertividade, tomada de decisão e resolução de problemas. Isto não implica a exclusividade do formato em grupo (nas turmas), mas abre espaço também a um acompanhamento individual e até de apoio às famílias. A formação de profissionais é visivelmente um aspecto essencial para a correcta implementação de um plano de educação sexual nas escolas. Para isso, são importantes iniciativas como o Centro de Recursos para Professores, promovido pela APF, que contém informação detalhada não só sobre aspectos legais, objectivos e enquadramento teórico da educação sexual, como aspectos de reflexão sobre o tema, questões mais práticas de implementação, métodos, estratégias e formas de comunicação. Esta secção do Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva promovida pela APF pretende ajudar professores e educadores a informar os alunos sobre contracepção, planeamento familiar e sexualidade em geral e a promover o seu bem-estar, através de uma aproximação positiva ao tema da Sexualidade.

Justo (2000) sugere ainda que uma alternativa interessante é a possibilidade de as instituições de saúde se deslocarem às escolas e nelas organizarem plataformas de intervenção. Refere, neste sentido, que o programa de ligação entre os serviços de saúde reprodutiva e a escola, promovido pela Johns Hopkins School of Medicine, é um bom exemplo desta possibilidade, concretizada através da deslocação diária de uma equipa de saúde às escolas para promover a facilitação de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, aconselhamento e controlo da natalidade, uma aproximação dos jovens a esses serviços e uma sensibilização para outros problemas de saúde. Este tipo de abordagem apresenta bons resultados no retardamento da iniciação sexual, na maior procura dos serviços de controlo de natalidade pelas adolescentes e na redução de gravidezes adolescentes.

Mas o quadro legislativo da educação sexual em Portugal é ainda recente, existindo todo um caminho a percorrer na consciencialização da sua importância por parte das diferentes comunidades educativas, na formação de professores e na criação de recursos humanos e materiais para a sua concretização. Países como os EUA desenvolvem já há alguns anos programas deste âmbito, como já referimos. Esta experiência permitiu concluir que existem características em comum entre os currículos de educação sexual mais eficazes no retardamento do início da actividade sexual, no aumento da utilização de contraceptivos e na diminuição dos comportamentos de risco: integração de actividades de *role-play* ou discussão com os pares - de modo a fornecerem informação de forma personalizada -, o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e de negociação e o reforço dos valores individuais e das normas de grupo (Pereira, 2001).

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

faz com que a prevenção global se deva basear nos contextos de risco e não apenas no indivíduo. Desta forma, a escola é não só palco de intervenções no âmbito de programas de prevenção dirigidos aos adolescentes, como ela própria contexto de intervenção pelas características protectoras ou de risco que pode assumir e pelo impacto que tem no desenvolvimento integral dos jovens e na atenuação das desigualdades sociais. É sabido que o abandono, o insucesso escolar e as baixas expectativas de futuro académico são factores de risco para a gravidez precoce, pelo que é fundamental que os diferentes elementos da comunidade educativa – professores, pais, auxiliares de educação, alunos – estejam atentos e se sintam responsáveis pela integração e desenvolvimento de todos os alunos. Em síntese, a acção da escola relaciona-se quer de forma directa, quer de forma indirecta com a prevenção da gravidez na adolescência, quer seja pela promoção de estratégias de educação sexual que permitam tomadas de decisão responsáveis e saudáveis quanto ao seu percurso sexual, quer pela promoção de importantes recursos nos jovens (auto-estima, auto-eficácia, apoio social) e pela abertura a oportunidades de realização futura (Pereira, 2001).

Continuando no âmbito da prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência, mas no que respeita ao contexto familiar, Pereira (2001) refere que a família dos adolescentes, além de exercer uma influência indirecta na vida sexual dos jovens – através da transmissão de normas, valores e expectativas acerca da sexualidade, pode também exercer uma influência directa. A APF tem aqui, mais uma vez, uma iniciativa importante ao não esquecer a família na educação sexual dos jovens e ao promover um espaço no Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva em que esclarece aspectos básicos (como o crescimento das crianças/adolescentes, a forma de comunicar com eles sobre a sexualidade ou a valorização e discussão em casa da educação sexual a que têm acesso na escola), mas tantas vezes geradores de dúvida aos pais no seu papel de educadores. Por outro lado, sendo que a gravidez na adolescência ocorre mais facilmente nas famílias com dificuldades de organização relacional, e se estas famílias se centram nos meios psicossociais mais degradados, a intervenção preventiva deveria ter esses contextos como alvo prioritário (Justo, 2000). Assim, a intervenção preventiva para gravidezes na adolescência em famílias que constituem risco para este fenómeno deve passar, segundo Pereira, por ajudar os pais das adolescentes em risco a serem melhores educadores, fornecendo o suporte emocional e a estrutura necessária para o desenvolvimento saudável dos seus filhos. Esta ajuda pode advir de diversas fontes, como a escola, os serviços de saúde ou serviços de aconselhamento. O planeamento familiar ou a existência de serviços de apoio, como creches e tempos livres gratuitos, podem contribuir para impedir que as adolescentes abandonem a escola para cuidar dos seus irmãos mais novos e promover o desenvolvimento de competências e interesses variados e motivadores para estas jovens, diminuindo, assim, o risco de uma gravidez adolescente.

Lederman, Chan e Roberts-Gray (2008) referem, por sua vez, que a investigação tem demonstrado que intervenções envolvendo pais e filhos podem ter efeitos positivos no

conhecimento e nas atitudes dos filhos acerca do comportamento sexual, tal como incrementar a comunicação entre estes. Assim, segundo estes autores, uma estratégia-chave para aumentar o poder dos pais e incrementar interações familiares positivas para reduzir os riscos de gravidezes adolescentes e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) passa por envolver pais e filhos em programas educacionais, tal como acontece no programa *Parent-Adolescent Relationship Education* (PARE). No entanto, investigadores e profissionais de saúde têm concluído que a eficácia de tais programas na redução da gravidez na adolescência e das DST não parece estar no facto de ter pais e adolescentes juntos, mas sim na promoção de interações em actividades estruturadas e planeadas, em que pais e adolescentes falem e aprendam uns com os outros durante as sessões dos programas educativos de prevenção (Lederman et al., 2008).

No que ao programa PARE (Lederman & Milan, 2003) diz respeito, este parte da premissa de que o comportamento dos adolescentes está sujeito a controlo social e do próprio (Lederman et al., 2008). O controlo social pode ser directo (regras parentais) ou indirecto (não querer desapontar aqueles cujas opiniões são por eles valorizadas). Também o auto-controlo pode ter diferentes formas: cognitivo (conhecimento sobre riscos e protecções), emocional (sentimentos de confiança nas suas capacidades de obtenção de dispositivos de protecção) e comportamental (ter um bom reportório de respostas alternativas adequadas para lidar com a pressão para ter relações sexuais). Deste modo, o programa PARE inclui, no âmbito do controlo social, comunicação acerca do sexo, valores defendidos pelos pais e opiniões de amigos, regras parentais para o comportamento dos adolescentes e monitorização parental através do envolvimento dos pais nas actividades dos seus filhos. Aspectos fundamentais do auto-controlo são também trabalhados neste programa, como conhecimento, auto-eficácia e opções comportamentais para a prevenção da gravidez e das DST. Este programa destina-se a jovens em idade escolar preparatória (10 - 15 anos), pelo carácter precoce com que normalmente se iniciam as actividades sexuais. Lederman e colaboradores (2008) concluem, testando diferentes formatos de aplicação do PARE, que o formato interactivo com *role-play*, exercícios práticos e discussões pais-filhos, obteve uma maior eficácia no incremento do auto-controlo e do controlo social do que o formato de programa de controlo da atenção, que possui os mesmos conteúdos, mas é aplicado num formato didáctico mais tradicional. Estes autores referem, assim, que as abordagens sociais interactivas de implementação curricular guiadas com pequenos grupos de díades pais-filhos se constituem como uma opção promissora para ajudar a construir auto-controlo e controlo social sobre o comportamento dos adolescentes, de forma a reduzir os riscos de gravidez na adolescência e de DST.

Podemos, após o exposto, compreender o que nos diz Pereira (2001), ao concluir que uma verdadeira prevenção de índole primária deve seguir uma lógica sistémica, agindo nos diferentes contextos de vulnerabilidade para o risco que se pretende atenuar.

Gordon (1996) põe, neste sentido, a ênfase da intervenção preventiva da gravidez na adolescência numa teoria de acção abrangente sobre as várias dimensões que podem influenciar a tomada de decisão das adolescentes, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo, factores psicológicos e sociais e, talvez o mais importante, as influências culturais e sociais, o que vai ao encontro do por nós descrito sobre os vários níveis em que se circunscrevem os factores de risco e condições associadas à gravidez na adolescência. É também nesta premissa que surgem programas como o *School/Community Sexual Risk Reduction Program For Teens*, que usa uma abordagem comunitária e múltiplas intervenções para a prevenção da gravidez na adolescência (Vicent, 1996; Vicent, Clearie & Schluchter, 1987). Se, por um lado, não nega que as adolescentes ocupam um papel central no problema social que é a gravidez na adolescência e na sua solução, por outro, chama a atenção dos também importantes papéis dos adolescentes que as engravidam, dos pais, professores, líderes religiosos, profissionais de saúde, empregadores e empresários e todos os contribuintes em geral. Este programa foi implementado em Bambergerg County, na Carolina do Sul, em 1982, tendo como alvo população rural, pobre e com baixos níveis educacionais e sendo dirigido a toda a comunidade. O *School/Community Model* visa o adiamento do início das actividades sexuais, bem como promover o uso efectivo de contracepção nos jovens sexualmente activos, englobando programas educacionais desenhados para levar as pessoas a: a) reconhecer que a iniciação precoce da actividade sexual e gravidez geram problemas que não contribuem para uma boa qualidade de vida, b) conhecer o crescimento e as mudanças desenvolvimentais das crianças, adolescentes e adultos, c) incrementar competências de assertividade, comunicação, resolução de problemas e tomada de decisão para que a juventude seja capaz de resistir à pressão dos pares e da sociedade, d) promover a auto-estima e as aspirações dos adolescentes, e e) compreender e adquirir competências em matéria de reprodução, contracepção e prevenção da gravidez. Para isso, o programa contempla diferentes grupos-alvo:

1. Professores e agentes profissionais da comunidade, adultos que beneficiam de uma instrução formal, educação graduada e outras instâncias educativas intensas projectadas para ajudá-los a educar e orientar a juventude.
2. Pais, que a partir de pequenos cursos, oferecidos numa estrutura que garanta a participação, podem melhorar as suas competências parentais
3. Crianças e adolescentes, que necessitam de uma educação sexual planeada, organizada e sequencial, executada por professores academicamente preparados, desde a pré-escola até a um nível médio de ensino.
4. Líderes de grupos de pares, que trabalham no interior das escolas e organizações comunitárias para influenciar os seus pares mais jovens e crianças através de programas organizados.
5. Jovens em situação de alto risco de gravidez, orientados para programas especiais e intervenções um-para-um.

Existem determinadas actividades comunitárias que são vitais para este modelo de intervenção, e que visam, entre outros aspectos, nutrir a comunidade da consciência de que o problema da gravidez na adolescência lhe pertence e fomentar a compreensão da necessidade de planear actividades que solucionem/mitiguem o problema. Estas intervenções comunitárias recrutam e envolvem toda a comunidade, desde os média, aos pais, professores, às organizações religiosas, cívicas e sociais e às instituições de saúde. Este programa mostrou ser capaz de proporcionar um importante declínio das taxas de gravidez na adolescência, 2 a 4 anos após a sua implementação.

Em termos de implicações políticas, Vicent (1996) indica algumas opções importantes a considerar pelas comunidades que estejam interessadas em prevenir gravidezes adolescentes, e que passam por aceitar e reconhecer a sua responsabilidade na resolução deste complexo problema sociocultural, pela assunção de um compromisso público por parte das autoridades oficiais, dos líderes comunitários e, especialmente, por parte das escolas para prevenir este problema, bem como a aceitação de que soluções efectivas requerem múltiplas intervenções direccionadas para as crianças, adolescentes, pais, professores, líderes comunitários, profissionais de saúde, empregadores e outros, e não apenas para os adolescentes.

Assim, como se pode observar, não existem medidas simples para um problema tão complexo e que envolve tantos factores, sendo as abordagens mais complexas e abrangentes as susceptíveis de produzir maior impacto, num esforço concertado de toda a sociedade para a resolução desta realidade problemática.

Intervenção em caso de gravidez e maternidade adolescente

No que respeita aos programas de intervenção em caso de prossecução da gravidez, a intervenção junto da grávida adolescente deve ter vários objectivos, dados os diversos aspectos que podem contribuir de forma positiva ou negativa para o seu ajustamento e adaptação à gravidez e à transição para a maternidade. Justo (2000) considera, inclusive, que, no que respeita às necessidades destas jovens, a intervenção deve, no mínimo, considerar quatro tipos de intervenção: obstétrica, educativa, social e psicológica. Os objectivos de uma intervenção desta índole devem passar, segundo Pereira (2001), por prevenir gravidezes repetidas, diminuir os problemas clínicos na gravidez e no parto, promover o ajustamento emocional da jovem à gravidez, prepará-la para a maternidade, facilitar a sua futura integração escolar e profissional e fortalecer as suas redes de apoio social.

Neste sentido, a criação e generalização de consultas específicas para adolescentes nos serviços de saúde, como as já existentes nas grandes maternidades do nosso país, é um aspecto essencial, uma vez que as especificidades deste grupo – nomeadamente em termos de adesão e assiduidade aos serviços, cuidados durante a gravidez e necessidades desenvolvimentais - exigem uma concertação de diferentes serviços e meios, integrados em equipas multidisciplinares (obstetra, nutricionista, enfermeira, assistente social, psicóloga) com preocupações específicas e conhecimentos válidos sobre aspectos específicos do período desenvolvimental que é a adolescência, sobre a dinâmica e factores associados à gravidez na adolescência, e ainda sobre as especificidades culturais dos diferentes grupos étnicos (Pereira, 2001; Justo, 2000). A este respeito, Logsdon, Hertweck, Ziegler e Pinto-Foltz (2008) concluem, no seu estudo, que, por exemplo, os profissionais de enfermagem deveriam ser sensibilizados para a necessidade de fomentar sentimentos de auto-estima e mestria em adolescentes no período pós-parto e que, por outro lado, o rastreio de sintomas depressivos neste momento da maternidade deveria ser considerado uma rotina nos contextos de cuidados de saúde. Milan e colaboradores (2004), a propósito da saúde mental das jovens mães, chamam a atenção para a prioridade de proporcionar a estas jovens serviços de saúde mental, sugerindo a importância da componente interpessoal destas intervenções. Assim, um modelo nacional a ter em conta no âmbito de uma intervenção deste tipo é o projecto *Mais Vale Prevenir*, na Maternidade Alfredo da Costa, cujas principais componentes já referimos anteriormente.

A intervenção psicossocial é fundamental na gravidez e maternidade na adolescência, tanto pelo seu papel na promoção da saúde mental das jovens, no momento da gravidez, como, a longo prazo, pela promoção da sua integração social (Pereira, 2001). É então necessário ir além da intervenção na gravidez para continuar a apoiar as jovens mães após o nascimento dos seus filhos.

Apoiar as jovens mães no seu regresso à escola e na obtenção de formação profissional que lhes proporcione alternativas de vida é um aspecto essencial para promover a sua integração social e interromper os ciclos de pobreza e desvantagem social. Para tal, é neces-

sária a concertação de esforços sociais - creches, transporte para a mãe adolescente (para a escola) e para o seu bebé (para a instituição que assegure o seu cuidado diário), associações de apoio - e políticos - como é exemplo a reforma política nos EUA através de um sistema de medidas de previdência social, cujas obrigações impostas às mães adolescentes em termos educacionais e profissionais providenciam incentivo para que terminem os seus percursos educacionais e obtenham empregos, possibilitando assim o incremento da sua auto-estima e funcionamento psicológico e, conseqüentemente, melhores capacidades para exercer a parentalidade (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Gordon, 1996; Pereira, 2000). Neste âmbito, no contexto português, as grávidas e mães adolescentes podem beneficiar, por exemplo, das medidas de apoio social às mães e pais estudantes (Lei nº 90/2001 de 20 de Agosto), que abrangem o ensino básico, secundário, profissional e superior e nas quais gozam de direitos de preferência. Estas medidas concedem algumas regalias em termos de flexibilização do sistema de ensino para que possam mais facilmente adaptar-se e prosseguir os seus estudos em consonância com os seus novos papéis de futuros mães/pais, mas não implicam no entanto qualquer obrigatoriedade de prosseguimento de estudos até um nível mínimo, ao contrário dos apoios monetários concedidos a esta população nos EUA.

Vemos, então, que também neste tipo de intervenção, com grávidas e mães adolescentes, a escola tem um papel de destaque enquanto contexto de intervenção privilegiado. Mangino (2008) refere que a investigação tem mostrado que, no contexto americano, as adolescentes enumeram como principais causas do abandono escolar precoce a gravidez e maternidade nessa fase do ciclo de vida. Como resultado deste panorama, os investigadores vêem como imperativa a necessidade de munir as escolas de programas qualificados para jovens pais. Segundo o mesmo autor, os objectivos desses programas deveriam ser, no essencial, manter os alunos na escola até à obtenção de um diploma e, simultaneamente, prepará-los para o seu papel de pais adultos. Exemplos deste tipo de programas são o *Arlington Public Schools' Teenage Parent Program*, o *Round Rock Independent School District Teen Parenting Program* e o *Education Leading to Employment and Career Training (ELECT)*.

Nesta linha, há que ter ainda em conta a importância de suportar os objectivos e as aspirações de vida destas jovens, e não só de lhes proporcionar oportunidades de regresso à escola. Apesar de ser um aspecto pouco valorizado na maioria dos programas de apoio formal às jovens grávidas e mães, este deve ser, segundo Camarena e colaboradores (1998), tido em conta na elaboração destes programas, uma vez que a reorganização dos objectivos e das aspirações de vida é um ponto central nas adolescentes que se vêem perante uma gravidez, reorganização para a qual nem sempre estão preparadas ou têm capacidade de elaborar, nomeadamente devido às características desenvolvimentais do seu pensamento. Assim, também a constituição de grupos educacionais para jovens grávidas é um aspecto da intervenção que merece alguma atenção (Figueiredo, 2001; Justo, 2000; Pereira, 2001). Sherman e Donovan (1991), por exemplo, chamam a atenção para a necessidade destas intervenções contri-

buírem para a diminuição do isolamento social das mães adolescentes. Também Sieger e Renk (2007) consideram que intervenções tendo por alvo o suporte social a estas jovens podem ser úteis na promoção do seu bom funcionamento e do dos seus filhos.

No entanto, Coley e Chase-Lansdale (1998) referem que experiências deste tipo de programas nos EUA apontam para algum insucesso na promoção da integração social da jovem. Sugerem, então, duas explicações para o facto: as jovens grávidas sofrem de múltiplas desvantagens (designadamente pobreza e baixa escolaridade), que dificultam quer a sua adesão aos programas, quer a eficácia dos mesmos na resolução de problemas, que muitas vezes os ultrapassam; e a baixa qualidade dos serviços prestados, apesar do seu carácter múltiplo. Os autores referem que estes programas incluem normalmente um conjunto impressionante de serviços, como treino educacional e para a carreira, cuidados gratuitos às crianças e outros serviços de suporte, mas que os baixos níveis educacionais dos pais adolescentes constituem uma limitação a tais programas, tal como a falta de atenção que é prestada à própria criança. Pelo contrário, Justo (2000) conclui, depois de uma revisão sobre diversos programas e seus resultados, que a generalidade das grávidas e mães adolescentes submetidas a intervenção (de preferência articulando a Medicina, a Psicologia e o Serviço Social) reage positivamente, sendo visíveis da sua aplicação mudanças positivas no que respeita à saúde das grávidas adolescentes, às melhores condições de saúde e psicológicas em que o nascimento dos seus filhos ocorre, à melhoria da interacção mãe-bebé e à maior percentagem de regresso à escola.

Para uma visão mais global do registo em que se inserem a maioria dos programas existentes, e segundo Figueiredo (2001), podemos referir a existência de essencialmente quatro tipos de programas, geralmente desenvolvidos em grupo: a) grupos de promoção da saúde, b) grupos de educação parental, c) grupos de entreaajuda, e d) grupos focalizados na relação pais-criança. A realização em grupo destas intervenções com adolescentes grávidas e mães tem sido valorizada por diversos estudos (e. g. Shanok & Miller, 2007), tendo este contexto, privilegiado no que respeita a trocas interpessoais com pessoas em condições e dificuldades semelhantes, um carácter validador e reforçador e constituindo uma oportunidade única de partilha de vivências passadas e presentes e estratégias de futuro no contexto da gravidez e maternidade adolescente.

Os **grupos de promoção para a saúde** enfatizam a promoção da saúde da mãe adolescente e da sua criança, abrangendo áreas como o exercício, a alimentação, hábitos, medos relativamente ao parto e planeamento familiar. No que respeita à educação parental, visa-se essencialmente incrementar competências para os cuidados a prestar aos bebés, trabalhando áreas como atitudes e sentimentos face à maternidade, problemas e dificuldades dos bebés, as suas potencialidades e limitações comportamentais e as mudanças associadas ao seu nascimento. Neste âmbito, autores como Brophy-Herb e Honig (1999) e Stirtzinger e colaboradores (2002) referem, na implementação dos programas dos seus estudos, uma componente de

reflexão por parte das adolescentes acerca do seu próprio passado, nomeadamente no que toca às práticas educativas dos seus próprios pais. Assim, concluem que esta reflexão é uma capacidade que permite à jovem mãe perceber que ela pode escolher educar o seu filho e cuidá-lo de forma igual ou diferente daquela que ela própria foi educada e cuidada e que as necessidades do seu bebé podem não ser as mesmas que as suas. Estas competências devem, então, ser fomentadas e desenvolvidas por programas de **educação parental**. Estes dois primeiros componentes estão integrados por exemplo no *Adolescent Parenting Program*, de Johns Hopkins, onde se pretende que estejam presentes o pai e a mãe e, depois do parto, também o bebé, podendo ainda a mãe e/ou o pai usufruir de apoio individual, se assim necessitarem (Figueiredo, 2001).

Quanto aos **grupos de entreaajuda**, o objectivo-chave é proporcionar apoio emocional aos pais, objectivo para o qual, além de uma componente educacional, se tenta promover a entreaajuda entre pai e mãe, recorrendo também a visitas domiciliárias, que visam diminuir o isolamento social e facilitar a utilização dos serviços de apoio. Sherman e Donovan (1991), por exemplo, referem, nesta linha, que modelos preventivos de intervenção, tais como programas de cuidados pré-natais, educação parental, apoio comunitário e visitas domiciliárias, devem ajudar as grávidas e mães adolescentes a cultivar relações de suporte com membros dos seus ambientes.

O trabalho da Visiting Nurse Association de Brooklin, em 1968 (Justo, 2000), é um bom exemplo de um programa que contempla, entre outros aspectos, a educação parental e a entreaajuda, organizando a sua intervenção em quatro aspectos: educação escolar; educação para a maternidade; visitas domiciliárias pré- e pós-parto; e aconselhamento à jovem, à sua família e ao pai da criança. Este programa obteve resultados na diminuição de ocorrência de uma segunda gravidez, na redução da taxa de mortalidade pré-natal e no aumento da probabilidade de regresso à escola, facilitando a proximidade dos jovens pais às instituições comunitárias que facilitam o acesso ao mundo do trabalho.

Por fim, os **grupos focalizados na relação pais-criança** (*Nurturing Parent Program*) procuram fomentar e melhorar as relações da mãe adolescente com o seu bebé, com o companheiro e com a restante família (Figueiredo, 2001). Cooper, Dunst e Vance (1990), concretizando um programa de 20 semanas de demonstração de estilos interactivos, conseguiram que as mães adolescentes acima dos 15 anos aumentassem a frequência de comportamentos vitais para o relacionamento precoce, evidenciando não só um incremento notável nos seus conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, como também uma diminuição do risco para comportamentos abusivos sobre os seus filhos. Causby, Nixon e Bright (1991), noutro programa de intervenção deste âmbito, proporcionaram experiências de aprendizagem de comportamento materno às jovens, conseguindo que as mães adolescentes melhorassem as suas capacidades de relacionamento com os seus filhos, nomeadamente no que toca à interacção verbal, estimulação da aprendizagem e jogo.

Assim, tendo em conta a literatura sobre o tema, Figueiredo (2001) salienta, então, a existência de objectivos principais mais pertinentes para o trabalho com mães adolescentes, que facilmente compreendemos pelo que foi exposto até aqui e que passam por: a) garantir as oportunidades educativas e ocupacionais da mãe, b) fornecer suporte social à mãe, c) desenvolver as atitudes e competências parentais dos pais e d) promover a interacção mãe-bebé.

Na opinião de Coley e Chase-Lansdale (1998), face à literatura existente, verifica-se a necessidade de uma ligação mais forte entre os serviços para as mães adolescentes e as crianças, bem como de que os programas para os filhos de mães adolescentes vão além da infância e da idade pré-escolar. A este nível, Justo (2000) acrescenta que é de sobremaneira preocupante o facto de muitos destes programas de intervenção terminarem aproximadamente no primeiro ano de vida dos bebés, ou seja, exactamente quando a sua necessidade mais se faz sentir. Coley e Chase-Lansdale referem ainda a necessidade de programas mais direccionados para as necessidades desenvolvimentais dos participantes, capazes de intervir em múltiplos aspectos ao mesmo tempo e de integrar os sistemas familiares e não só incluir os pais adolescentes e a sua criança. Seria também importante, segundo Pereira (2001), a existência de centros de acompanhamento a nível da comunidade, articulados pelas mesmas políticas de acção abrangentes, que pudessem dar continuidade ao trabalho realizado nas maternidades e que, estando mais próximos das jovens, oferecessem um serviço mais integrado e personalizado. Isto requer uma articulação entre os vários serviços de apoio e entre instituições de índole pública, privada e voluntária, numa acção concertada ao nível do poder político.

Por outro lado, os programas de prevenção/intervenção devem ser acompanhados pela avaliação dos seus resultados em termos de eficácia, de forma a legitimar a importância da existência destes programas junto das entidades que os financiam e apoiam, bem como facilitar a selecção das medidas mais adequadas para intervir com esta população (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pereira, 2001).

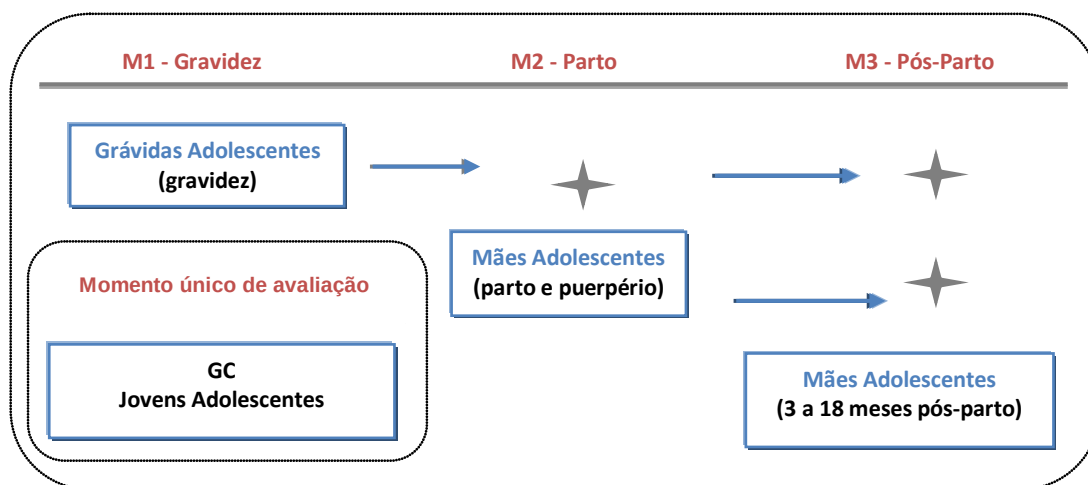
Desenho metodológico

4. Desenho metodológico

O estudo foi planeado para ser de natureza transversal, tendo sido recolhidos, como mencionado, dados referentes a grávidas (durante os três trimestres de gravidez); mães no pós-parto; e mães de bebés entre os 3 e os 18 meses de idade. Sempre que possível, foram recolhidas informações das mesmas participantes em vários momentos de avaliação. Esses dados poderão permitir posteriormente o acesso, ainda que de forma exploratória, aos processos longitudinais de adaptação à gravidez e maternidade na adolescência. Foi ainda recolhido um grupo de controlo.

A dimensão da amostra foi calculada para que os dados recolhidos fossem representativos da população Açoriana. No cálculo da dimensão da amostra, estabeleceu-se previamente um nível de confiança de 95% e um grau de precisão (intervalo de confiança) de 5%, para as estimativas e/ou generalizações a efectuar. Neste sentido, para um N de 281 nascimentos de mães com idade inferior a 20 anos, considerou-se a necessidade de realizar o estudo com uma amostra de cerca de 163 grávidas e mães adolescentes, no mínimo⁸; como vimos, este número foi ultrapassado, sendo possível contar com 176 jovens neste grupo.

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



⁸ Cf. Alferes, V. (2002). Inquéritos: Tamanho da amostra e intervalos de confiança [SPSS Syntax Files]. Disponível em: http://www.fpce.uc.pt/nucleos/niips/spss_prc/inq_ic/ic_f_n.htm

Para efeitos de tratamento estatístico, a amostra é constituída pelos seguintes grupos:

Grupo de Grávidas e Mães Adolescentes (GAd)		Grupo de Controlo (GC)
Grávidas Adolescentes (GGAd)	Mães Adolescentes (GMAd)	
Jovens que engravidaram com idade igual ou inferior a 18 anos e por puerperas ⁹ (mães adolescentes avaliadas nos primeiros dias após o parto, durante o internamento hospitalar).	Mães adolescentes de bebés entre os 3 e os 18 meses, cujo parto tenha ocorrido quando tinham idade igual ou inferior a 19 anos.	Jovens que não estejam nem nunca tenham estado grávidas, a frequentar a escola – ensino regular ou ensino profissional.

Todas as jovens, ou os seus encarregados de educação, assinaram um termo de consentimento informado, previamente à sua participação no estudo.

Foram construídos três **protocolos de avaliação distintos** para os grupos de referência mencionados e um outro adequado ao grupo de controlo; procurou-se a inclusão de **instrumentos diversificados**, que permitissem obter dados quantitativos e qualitativos acerca das adolescentes e dos seus contextos relacionais.

A indicação das fichas, grelhas e instrumentos de avaliação, cuja descrição se inseriu no relatório preliminar datado de Junho de 2008, consta no Anexo 1.

⁹ Apesar de, biologicamente, estas jovens serem efectivamente consideradas “mães”, dado que já ocorreu o nascimento dos seus bebés, consideramos que o serem mães recentes (há 1, 2 dias) e o não terem tido alta hospitalar no momento da avaliação não lhes proporcionara ainda a vivência do papel materno, pelo que teoricamente se aproximariam mais do grupo de grávidas do que do grupo de mães há mais de três meses. Ao explorarmos estatisticamente os dados sociodemográficos e as medidas de adaptação (cf. ponto 5) essa possibilidade foi corroborada, pois não existem diferenças significativas entre o grupo de grávidas adolescentes e o de puerperas, registando-se algumas entre estas e o grupo de adolescentes cujos filhos nasceram há mais de 3 meses.

Resultados

Passamos a apresentar os resultados obtidos no âmbito do estudo. Estes agrupam-se em dimensões correspondentes aos objectivos traçados e atrás expostos - por um lado, procurar-se-á esclarecer quais os factores associados à ocorrência de gravidez na adolescência – ou seja, o que predispõe/aumenta o risco de engravidar numa idade precoce, bem como que contextos podem fazer diminuir esse risco; por outro lado, e após a ocorrência de gravidez na adolescência, importa conhecer o impacto deste evento e o processo de adaptação à gravidez e maternidade. O estudo das várias dimensões tem subjacente uma questão fundamental: esclarecer o que distingue a realidade da gravidez e maternidade adolescentes nos Açores da verificada no Continente.

Na análise estatística recorreu-se ao programa informático para tratamento de dados SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), nas suas versões 16.0 e 17.0.

Num primeiro momento, procedemos à caracterização dos grupos, através de análises descritivas (cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis numéricas e de frequências e percentagens para as variáveis categoriais). Foram calculadas as correlações entre variáveis. As diferenças entre grupos foram estudadas através de testes *t* de Student, análises de variância univariada e multivariada, e análises de covariância multivariada; diferenças nas distribuições relativamente às variáveis categoriais foram estudadas através de testes de *qui-quadrado* (χ^2)¹⁰.

Posteriormente (cf. pontos 7 e 8) procurámos explorar, de entre os factores de risco e protecção que se revelaram significativos nas análises que a seguir se expõem, quais os que detêm maior valor preditivo, ou seja, quais os que se revelam mais importantes na ocorrência de gravidez na adolescência, e quais os indicadores de melhor ou pior adaptação à gestação e, posteriormente, à maternidade; fizemo-lo recorrendo a procedimentos de regressão logística e de regressão múltipla.

Após apresentação de cada segmento serão colocados quadros-síntese com os principais resultados encontrados - estarão assinalados com um fundo de cor diferente.

Os vários resultados serão finalmente integrados, de modo a fundamentarem as implicações e recomendações práticas que se sugerem no ponto 9.

¹⁰ A utilização de cada modelo estatístico foi precedida da verificação dos seus pressupostos de aplicação.

5. Resultados. Constituição e comparação dos grupos da amostra

5.1. Constituição dos grupos

Foram recolhidos e codificados 401 protocolos, correspondendo 225 ao grupo de controlo (GC) e 176 ao grupo de grávidas e mães (GAd) – este grupo é constituído por 92 adolescentes grávidas ou que foram mães até três dias antes da avaliação (GGAd), e por 84 adolescentes que foram mães há mais de 3 e há menos de 18 meses antes da integração neste estudo (GMAd).

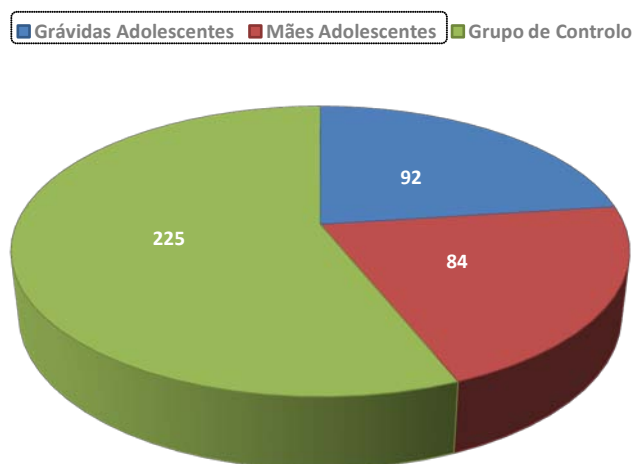


Figura 5 – Constituição da amostra (n)

5.2. Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas e individuais

No Quadro 3, constam as **principais características sociodemográficas** dos grupos que constituem a amostra do estudo.

Quadro 3 – Caracterização geral da amostra

		GRUPOS				TOTAIS
		GAd (n = 176)		GC (n = 225)		
		Média (DP) (Mínimo - Máximo)		Média (DP) (Mínimo - Máximo)		
Idade		17,40 (1,39) (12 – 20)		16,43 (1,63) (13 – 19)		
		n	%	n	%	n
Grupo etário	Menos de 15 anos	5	2,1	36	16,0	41
	15-20 anos	171	97,8	189	84,0	360
Estado civil	Solteira	41	23,3	222	98,7	263
	União de facto	65	36,9	1	0,4	66
	Casada (igreja)	23	13,1	0	0,0	23
	Casada (civil)	46	26,1	0	0,0	46
	Separada/Divorciada	1	0,6	0	0,0	1
	Sem informação	-	-	2	0,9	2
Escolaridade	Não completou 1ºCiclo	3	1,7	0	0,0	3
	1º Ciclo	24	13,6	0	0,0	24
	2º Ciclo	25	14,2	13	5,8	38
	3º Ciclo	87	49,4	56	24,9	143
	Secundário	26	14,8	100	44,4	126
	Sem informação	11	6,3	56	24,9	67
Residência - Ilha	S. Miguel	107	60,8	109	48,4	216
	Santa Maria	7	4,0	4	1,8	11
	Terceira	19	10,8	53	23,6	72
	S. Jorge	8	4,5	9	4,0	17
	Graciosa	6	3,4	1	0,4	7
	Faial	22	12,5	37	16,4	59
	Pico	5	2,8	11	4,9	16
	Flores	2	1,1	0	0,0	0
	Corvo	0	0,0	0	0,0	2
	Sem informação	-	-	1	0,4	1
TOTAIS		176		225		401

Nos pontos seguintes analisaremos as diferenças entre grupos relativamente a estas variáveis.

5.2.1. Idade

Verificamos que há **diferenças significativas na média de idades** entre os grupos [$t(345,43) = 6,46; p = .000$], sendo o grupo de grávidas e mães adolescentes (GAd) o que apresenta um valor mais elevado (17,40 anos).

Considerando os dois grupos etários correspondentes à divisão habitualmente utilizada nas estatísticas nacionais e internacionais (menos de 15 anos; 15-20 anos), temos a seguinte distribuição:

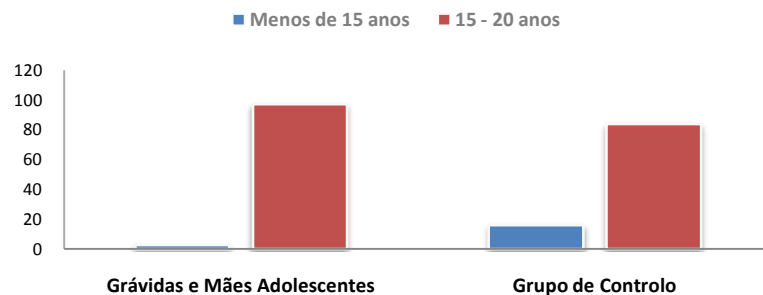


Figura 6 – Distribuição dos grupos por grupo etário (%)

Apesar de a maioria das grávidas e mães adolescentes (97,2%) ter 15 anos ou mais, registam-se cinco situações de jovens com menos idade, estando quatro delas grávidas e sendo uma delas já mãe aos 14 anos. A idade mínima encontrada foi 12 anos e a máxima 20 anos (três jovens mães, que engravidaram ainda com 18 anos). Existem diferenças significativas [$\chi^2(1) = 18,63; p = .000$] entre os grupos quanto à distribuição por grupo etário, sendo que o GC apresenta maior número de jovens com menos de 15 anos.

A média de idades das jovens do grupo de grávidas e mães é 17,4 anos, sendo superior à do grupo de controlo (16,4). 97,2% das jovens com história de gravidez tem 15 anos ou mais - a idade mínima encontrada é 12 anos e a máxima é 20 anos.

5.2.2. Residência

A proveniência das jovens acompanha a distribuição em termos de total da população nas diversas ilhas - tentou-se abranger o máximo possível de casos em cada ilha dentro do tempo disponível para a recolha da amostra.

Verifica-se na Figura 7 que todas as ilhas se encontram representadas, à excepção do Corvo; como seria esperado, o maior número de jovens de ambos os grupos reside em S. Miguel, seguindo-se a Terceira e o Faial.

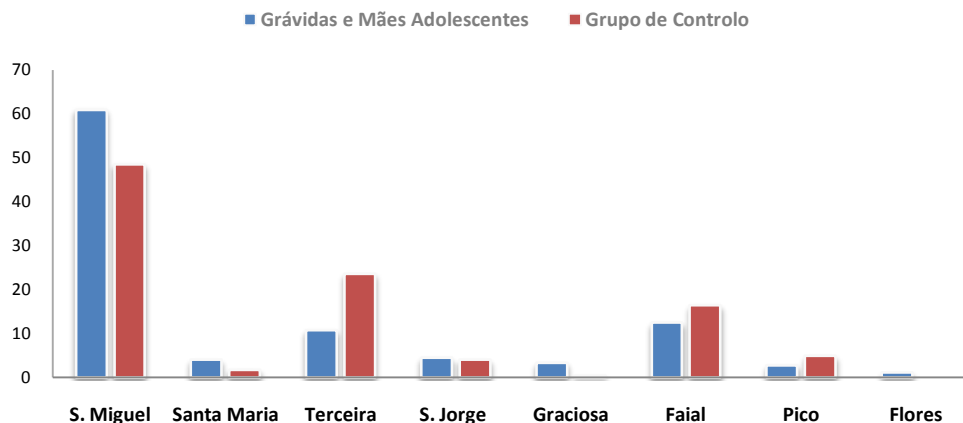


Figura 7 – Distribuição dos grupos por ilha de residência (n)

Utilizando a Tipologia de áreas urbanas¹¹ (INE, 1998), verificámos a proveniência das jovens. A distribuição encontra-se na Figura 8.

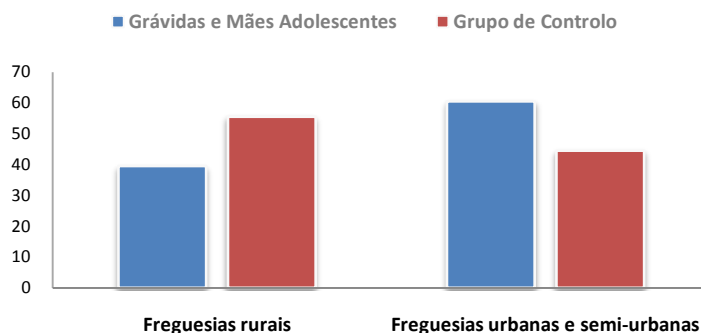


Figura 8 – Distribuição dos grupos por zonas rurais/urbanas (%)

Há uma diferença significativa [$\chi^2(1) = 9,19; p = .003$] na distribuição, com o grupo com história de gravidez a apresentar uma percentagem superior de adolescentes que provêm de zonas urbanas e semi-urbanas (60,5% vs. 44,4% no GC).

As jovens grávidas e mães distribuem-se pelas ilhas seguindo a tendência populacional; assim, o maior número provém de S. Miguel, seguindo-se a Terceira e o Faial. A maioria das jovens com história de gravidez (60,5%) provém de zonas urbanas e semi-urbanas.

5.2.3. Estado civil

Os grupos diferem significativamente [$\chi^2(4) = 254,62; p = .000$] na sua distribuição relativa ao estado civil: no GC, a maioria das jovens são solteiras (98,7%), apenas uma referindo viver em união de facto (0,4%); por sua vez, no GAd encontramos 76,1% das jovens em situação de coabitação conjugal (casamento ou união de facto, prevalecendo esta última situação – 37%), sendo que 23,3% dizem-se solteiras, e 0,6% (uma jovem) se diz separada, em processo de divórcio. Das jovens casadas, 13,1% optaram por um casamento religioso, e 26% por uma cerimónia civil. A Figura 9 mostra a distribuição dos grupos.

¹¹ A Tipologia de áreas urbanas (1998), actualmente em revisão por deliberação do Conselho Superior de Estatística, divide o território nacional em Áreas Predominantemente Urbanas, Áreas Medianamente Urbanas e Áreas Predominantemente Rurais, de acordo com as freguesias que as compõem; classificam-se como **freguesias urbanas** freguesias com densidade populacional superior a 500 hab./Km² ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes; como **freguesias semi-urbanas** as não urbanas que possuam densidade populacional superior a 100 hab./Km² e inferior ou igual a 500 hab./Km², ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes; e como **freguesias rurais** as que não se integram nas classificações anteriores (http://metaweb.ine.pt/sine/UIInterfaces/SINEVers_Cat.aspx).

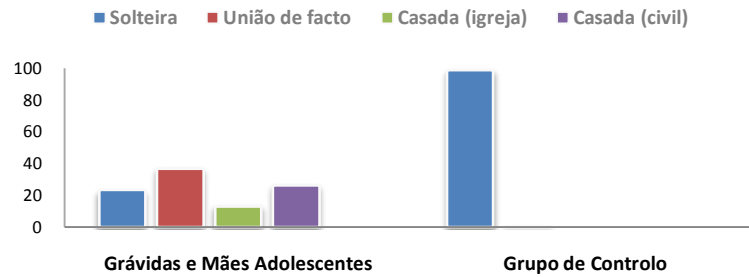


Figura 9 – Distribuição dos grupos por estado civil (%)

Considerando as jovens solteiras, mas envolvidas no momento do estudo numa relação de namoro, encontramos na Figura 10 o tempo médio de namoro (em meses) das adolescentes e dos seus companheiros. Como é possível verificar, a **relação das grávidas e mães adolescentes com os seus companheiros é mais longa** que a relação das adolescentes do grupo de controlo, sendo a diferença estatisticamente significativa [$t(257,40) = 7,57$; $p = .000$]. **As jovens que engravidam parecem também iniciar mais cedo relações de coabitação** com o companheiro, quando comparadas com as jovens do GC.

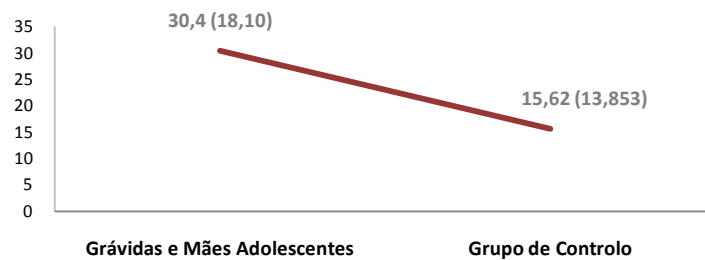


Figura 10 – Tempo médio de namoro em meses (média e desvio-padrão)

Tendo apenas em conta as adolescentes com história de gravidez, verificamos que **não há diferenças estatisticamente significativas** [$\chi^2(2) = 5,04$; $p = .081$] relativamente à distribuição dos grupos (grávidas vs. mães) pelas categorias consideradas (solteira, casada ou em união de facto e separada/divorciada).

Constatamos também que, com frequência, a relação com o pai do bebé é anterior à ocorrência da gravidez: em **34,9% dos casos a gestação surge no contexto de uma ligação afectiva com duração superior a um ano**; em **20,4% a relação dura há dois anos ou mais**. No entanto, para muitas das jovens (**44,7%**) **a gravidez ocorre nos primeiros meses de relacionamento com o pai do bebé** (a relação é inferior a 9 meses).

Sendo importante compreender se a gravidez é motivo para mudança do estado civil, ou se surge já no contexto de uma relação de coabitação, estendemos as análises relativas à duração média da relação com o pai do bebé considerando separadamente o grupo de grávidas e de mães adolescentes (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – GAd: Duração da relação das jovens casadas ou em união de facto em meses (média)

	GRUPOS	
	GGAAd (n = 92)	GMAAd (n = 84)
	Média (DP) (Mínimo - Máximo)	Média (DP) (Mínimo - Máximo)
Duração total da relação com o companheiro (em meses)	38,88 (26,73) (10 – 120)	58,59 (25,61) (18 – 132)
Duração da relação de casamento ou união de facto (em meses)	12,53 (12,65) (1 – 48)	21,44 (15,36) (1 – 60)

Ao verificarmos mais detalhadamente a duração da relação de *casamento* ou *união de facto* (cf. Figura 11), constatamos que, para **53,2% das jovens, esta teve início já durante a gravidez ou mesmo após o nascimento do bebé (menos de 1 ano).**

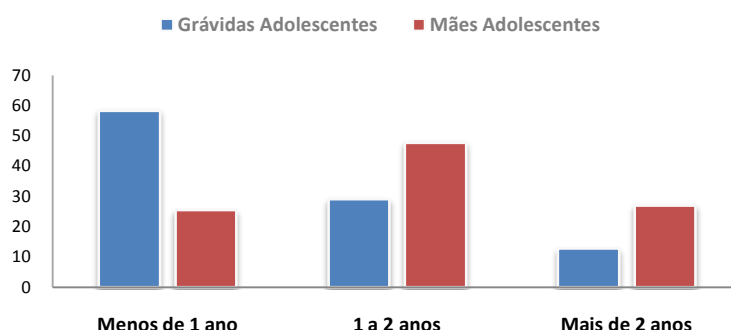


Figura 11 – Duração da relação conjugal (casamento ou união de facto) (%)

Em síntese, embora numa percentagem significativa de situações a gestação ocorra no contexto de uma relação amorosa com duração superior a um ano, a **gravidez parece ser um factor importante para precipitar a mudança de estado civil, com a passagem da relação de namoro para situações de coabitação com o companheiro.**

A maioria das jovens com história de gravidez (76,1%) está casada ou vive em união de facto; apenas 23,9% se dizem solteiras. O contrário acontece no grupo de controlo, onde 97,8% de jovens são solteiras.

A relação das grávidas e mães adolescentes com os seus companheiros é mais longa que a relação das adolescentes do grupo de controlo que indicam namorar, sendo a diferença estatisticamente significativa; no primeiro grupo as jovens **iniciam mais cedo relações de coabitação.**

A gravidez surge habitualmente no contexto de uma relação com alguma estabilidade: para 34,9% das jovens ocorre no seio de uma relação com mais de um ano de duração, e em cerca de 20,4% das situações a relação dura há mais de dois anos. Apesar disso, a **gravidez parece ser um factor que influencia a mudança de estado civil: cerca de 53,2% das**

jovens da amostra casaram ou iniciaram uma união de facto com o pai do bebé já durante a gravidez ou após o nascimento do filho.

5.2.4. Nível socioeconómico

Para a categorização do nível socioeconómico (NSE) utilizou-se a classificação de Simões (1994) (cf. Anexo 3). Para tal, considerou-se a profissão e habilitações escolares do progenitor da jovem que mais contribui para o rendimento do agregado, e do companheiro/pai do bebé, nos casos em que este pertencia ao agregado familiar (apenas este último foi considerado quando o casal já habita sozinho).

Todas as participantes se situam nos **níveis baixo e médio**. As grávidas e mães adolescentes distinguem-se significativamente do grupo de controlo nesta distribuição – embora em ambos os grupos o **NSE baixo seja o mais frequente**, no GAd esta classificação **predomina quase em exclusivo (95,3%)** [$\chi^2(2) = 1,05$; $p = .000$].

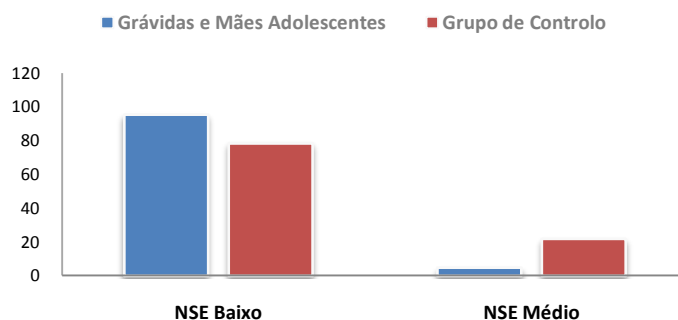


Figura 12 – Distribuição dos grupos por categorias de NSE (%)

Todas as participantes no estudo se situam nos **níveis socioeconómicos baixo e médio**; mesmo assim, as **jovens grávidas e mães** diferenciam-se significativamente do grupo de controlo pela **pertença quase exclusiva ao nível baixo (95,3%)**.

5.2.5. Religião

A **maioria das jovens de todos os grupos refere professar uma religião (96,6%)**, sendo a **católica** a mais escolhida (**94,8%**). As que afirmam uma confissão religiosa dizem-se, maioritariamente, **praticantes (70,2%)** (cf. Figura 13).

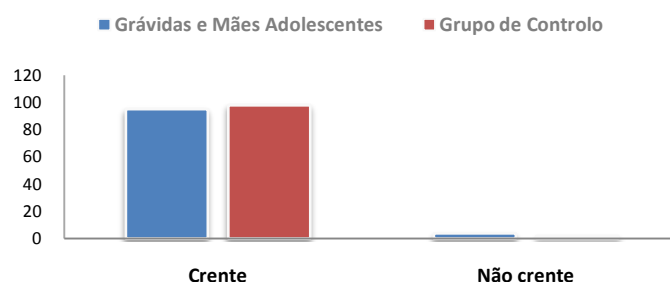


Figura 13 – Distribuição dos grupos de acordo com a fé religiosa (%)

Não existem diferenças significativas entre os grupos no que concerne à fé [$\chi^2(1) = 1,45$; $p = .229$] e à prática religiosa [$\chi^2(1) = 21,65$; $p = .199$].

As jovens com história de gravidez **não se distinguem** do grupo de controlo no que diz respeito à fé e à prática religiosa; **96,6%** das participantes dizem-se **crentes**, e **70,2%** afirmam-se **praticantes**.

5.2.6. Escolaridade

Quando consideramos as habilitações escolares das jovens da amostra, encontramos **diferenças significativas** [$\chi^2(2) = 73,54$; $p = .000$] entre o grupo de grávidas e mães adolescentes e o GC, relativamente ao ano escolar que frequentam ou em que abandonaram a escola; o **GC apresenta habilitações superiores ao GAd**. Essa diferença é ilustrada pela Figura 14.

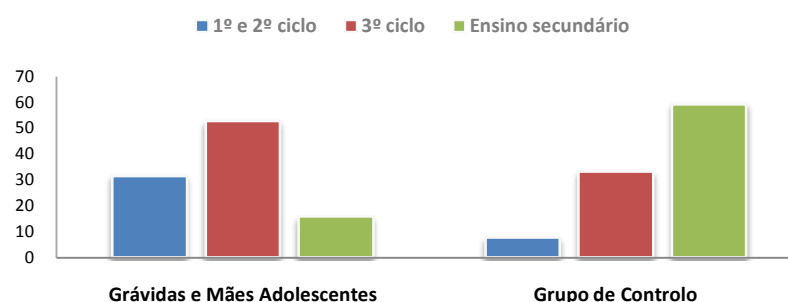


Figura 14 – Distribuição dos grupos por habilitações literárias (%)

No grupo de grávidas e mães adolescentes encontramos, ainda que em pequeno número, jovens que não completaram o 1º ciclo, ou seja, que referem ter abandonado a escola antes do 4º ano de escolaridade (cf. Quadro 3); **maioritariamente referem ter terminado, ou pelo menos frequentado, o 3º ciclo** (7º ao 9º ano).

De acordo com a Figura 15, as jovens deste grupo referem também **maior número de reprovações** ($M = 1,36$; $DP = 0,98$), diferindo significativamente [$t(363) = 5,52$; $p = .000$] do GC ($M = 0,81$; $DP = 0,87$).

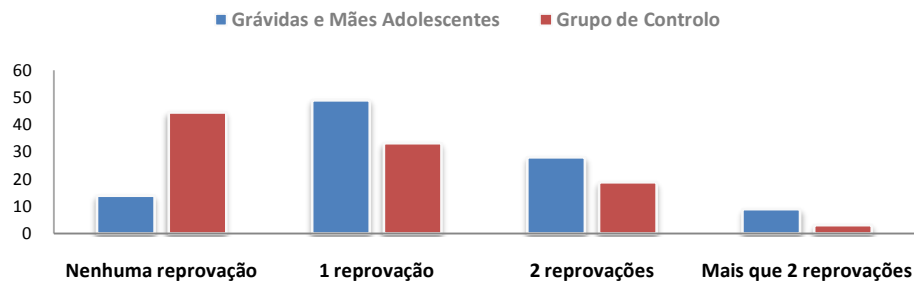


Figura 15 - Distribuição dos grupos em função do número de reprovações (%)

5.2.6.1. Tipo de ensino frequentado

Na Figura 16, encontramos a distribuição dos grupos pelo tipo de ensino frequentado, regular ou profissional. Incluímos aqui as jovens que referiram já ter abandonado o sistema de ensino (abordaremos em seguida o tópico do abandono escolar). Existem **diferenças significativas** [$\chi^2(2) = 13,25$; $p = .001$] na distribuição das jovens grávidas e mães pelos tipos de ensino, quando comparadas com o grupo de controlo – neste, a **percentagem de frequência do ensino profissional é de 31,2%, enquanto no GAd esse valor não ultrapassa os 13%.**

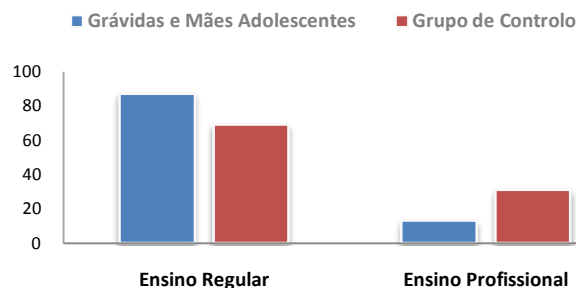


Figura 16 - Distribuição dos grupos em função do tipo de ensino frequentado (%)

O grupo de grávidas adolescentes apresenta **habilitações escolares inferiores** ao grupo de controlo, e **maior número de reprovações**; na sua maioria, as jovens frequentaram ou completaram o **3º ciclo de escolaridade**, embora se encontrem alguns casos de abandono no 1º e 2º ciclos, e só **13%** frequentam ou frequentaram o **ensino profissional**.

5.2.6.2. Abandono escolar

A **taxa de abandono escolar** é **muito elevada** entre as jovens grávidas e mães (**78,9%**) – este valor assume particular significado quando consideramos a taxa de abandono escolar entre os 15 e os 18 anos no Arquipélago dos Açores que, segundo dados de 2007 do Governo Regional, se situa nos **12,5%**¹².

Quadro 5 – GAd: Abandono escolar

¹²<http://www.azores.gov.pt/GaCS/Noticias/2007/Setembro/Abandono+escolar+em+quebra+acentuada+nos+A%3a7ores.htm>

		GRUPOS			
		GAd (n = 92)		GMAd (n = 84)	
		n	%	n	%
Abandono escolar	Sim	69	75,0	70	83,3
	Não	23	25,0	14	16,7
Ano de escolaridade frequentado na altura do abandono	Mínimo	2º		3º	
	Máximo	10º		12º	
	Moda	7º		9º	
		(n = 69)	%	(n = 70)	%
Ciclo de ensino frequentado na altura do abandono	1º Ciclo	8	11,6	3	4,3
	2º Ciclo	24	34,8	15	21,4
	3º Ciclo	31	44,9	45	64,3
	Secundário	6	8,7	7	10,0

As **taxas mais elevadas de abandono encontram-se no 3º ciclo** (no total, **54,41%** das jovens grávidas e mães abandonam nesta fase a escolaridade), o que é provavelmente esperado dada a obrigatoriedade de frequência escolar até ao 9º ano; porém, apesar disso, registam-se jovens que deixam a escola antes desse nível (cf. Figura 17).

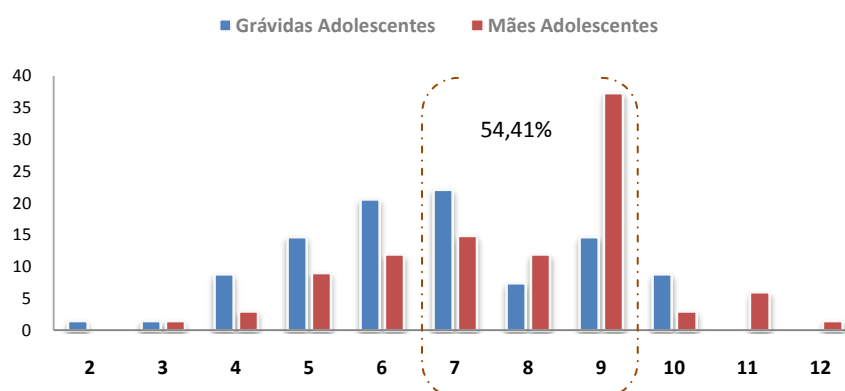


Figura 17 – GAd: Abandono escolar - Ano de escolaridade em que ocorreu (%)

É de notar que **47,1%** das grávidas e mães **abandonam o sistema de ensino** antes de completar o **7º ano** de escolaridade e cerca de **76,5%** ao frequentar ou ao completar o **9º ano** de escolaridade. O **6º, 7º e 9º ano de escolaridade parecem ser momentos críticos**, em que a taxa de abandono é particularmente elevada, pelo que deve ser dada particular atenção a jovens em risco de abandono nestas fases do percurso escolar, que habitualmente envolvem mudanças de escola, de ritmo e organização de trabalho, e de tomada de opções quanto ao futuro escolar e profissional.

Os resultados apontam também para dados interessantes, que nos levam a estudar separadamente o grupo de grávidas e o de mães adolescentes: enquanto no grupo de mães adolescentes temos **52,2%** de jovens a abandonar a escola antes do 9º ano, no grupo de grá-

vidas essa percentagem sobe aos **76,8%**; por outro lado, é mais elevado o número de adolescentes grávidas que abandona a escolaridade no 1º e 2º ciclo, e menos elevado o das que prosseguem os estudos até ao secundário (cf. Quadro 5). Voltaremos a estes dados, ponderando-os conjuntamente com os motivos apontados pelas jovens para justificar o abandono escolar.

No Quadro 1, em anexo, encontramos listadas as razões mencionadas pelas participantes, bem como a frequência com que surgiram (mantemos as expressões utilizadas pelas jovens).

Das 139 grávidas e mães em situação de abandono escolar, **41 (29,5%) apontam a gravidez/nascimento do filho como motivo para deixar de estudar**; para a maioria das jovens com história de gravidez (**70,5%**), o abandono do sistema de ensino **precedeu** a ocorrência da gestação, ou seja, as adolescentes encontravam-se já fora do sistema de ensino quando engravidaram.

A partir das razões mencionadas, criámos algumas categorias, com o objectivo de esclarecer a área de funcionamento que mais parece influenciar a decisão de abandonar a escolaridade; assim, considerámos factores relativos à *vivência escolar*, à *família e relações afectivas* e a *dificuldades económicas*. Por se distinguir dos outros motivos, mantivemos a ocorrência de *gravidez* como categoria autónoma. Os resultados constam na Figura 18.

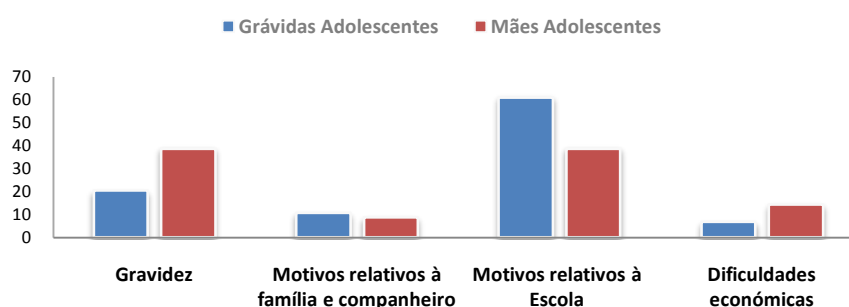


Figura 18 – GAd: Motivos para o abandono escolar (%)

Como podemos observar, as **razões relativas à escola** e sistema de ensino (desmotivação, falta de interesse, insucesso, indisciplina) **são as mais apontadas (49,6%)**, sobretudo pelo grupo de grávidas. Logo em seguida, aparece o *ter engravidado* como factor para desistir dos estudos. A pressão de pais e familiares (**9,4%**) e dificuldades económicas que precipitam a saída para ajudar a família ou para tentar ingressar no mercado de trabalho (**11,5%**) são as outras categorias de motivos mencionadas.

Procurámos verificar o ciclo de escolaridade em que ocorreu o abandono escolar, em função dos motivos invocados para o justificar (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – GAd: Abandono escolar – ciclo em que ocorreu e motivos que o justificam

GRUPOS		Abandono Escolar – ciclo de ensino em que ocorreu				
MOTIVOS PARA O ABANDONO ESCOLAR		1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	TOTAL
GGAd	Gravidez	0	2	10	2	14
	Família e relações afectivas	2	2	3	1	8
	Escola	5	17	17	3	42
	Dificuldades económicas	1	3	1	0	5
	TOTAL	8	24	31	6	69
GMAd	Gravidez	1	3	17	6	27
	Família e relações afectivas	0	1	4	0	5
	Escola	1	6	20	0	27
	Dificuldades económicas	1	5	4	1	11
	TOTAL	3	15	45	7	70

Os motivos relacionados com a **Escola** são globalmente os mais apontados para justificar o abandono (são-no por **60,9% das grávidas** e por **38,6% das mães** adolescentes); logo em seguida, a ocorrência de gravidez é a razão mais invocada, sobretudo no 3º ciclo e secundário.

O **ter engravidado/ter tido um filho** é apontado como motivo de abandono escolar por **20,3%** das grávidas e por **38,6%** das mães adolescentes (neste caso, tantas quantas as que referem condições relativas à Escola para ter deixado de estudar); estes valores poderiam fazer supor que, no momento em que se encontravam grávidas, as jovens tenderiam a encontrar outras razões para o seu abandono, actuando processos de desajustabilidade social; já as mães, dispondo de outro distanciamento em relação à decisão de abandono, poderiam relacioná-lo mais com a ocorrência da gravidez. Porém, esta explicação por si só não é coerente com os dados obtidos: ao verificarmos o *ciclo de escolaridade* em que ocorreu o abandono, o momento do abandono relativamente à gravidez (*antes* ou *depois* de esta acontecer), e os *motivos* apontados para tal, emerge uma tendência – **as grávidas parecem mais desinteressadas da Escola, e entram em situação de abandono escolar mais precocemente do que o fizeram as mães adolescentes** (apesar de a média de idades destas ser superior em apenas um ano à das grávidas).

A Escola parece não conseguir exercer poder de atracção suficiente para muitas destas jovens continuarem os estudos; por outro lado, condições sociais e familiares adversas poderão também estar a concorrer para estes resultados. Ora, o abandono escolar constitui, como vimos, um factor de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência, e para o envolvimento em ciclos de pobreza e precariedade que se reflectem negativamente no desenvolvimento destas jovens e dos seus filhos.

5.2.6.3. Motivação para continuar/retomar os estudos

Ao inquirir acerca da motivação para continuar a estudar ou para voltar à escola, encontramos diferenças significativas [$\chi^2(1) = 67,50$; $p = .000$] entre o GAd e o GC: enquanto **50,8%** das adolescentes com história de gravidez menciona que gostaria e/ou pretende continuar ou voltar a estudar, cerca de **90,3%** das jovens do GC afirma a intenção de prosseguir os estudos. Na Figura 19, podemos observar como se distribuem as jovens de cada grupo em função da vontade expressa de continuar ou não os estudos e, no primeiro caso, em que tipo de ensino o desejam fazer.

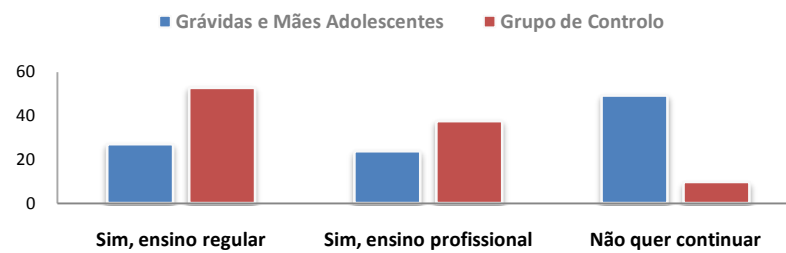


Figura 19 – Motivação para continuar ou não os estudos (%)

De entre as jovens motivadas **para continuar a estudar**, verificam-se também diferenças [$\chi^2(6) = 67,19$; $p = .000$] entre o GAd e o GC relativamente ao nível de ensino que pretendem concluir: entre as grávidas e mães adolescentes, cerca de **40%** refere pretender concluir o 9º ano, **50%** tenciona prosseguir até ao 12º ano, e apenas **10%** aspira a ingressar no Ensino Superior. Por sua vez, no GC, **53,9%** afirmam a intenção de frequentar um curso superior, **37,4%** querem concluir o 12º ano e só **8,7%** pretendem terminar o percurso académico no final do 9º ano (cf. Figura 20).

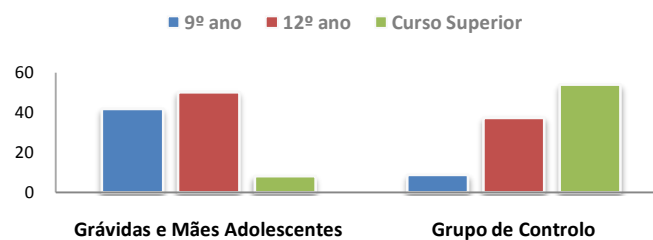


Figura 20 – Escolaridade: até que ano pretendem estudar (%)

Explorámos também os motivos expressos pelas jovens, quer para justificar a vontade de continuar a estudar, quer para explicar a sua falta de interesse em prosseguir os estudos (cf. Quadro 2, em anexo).

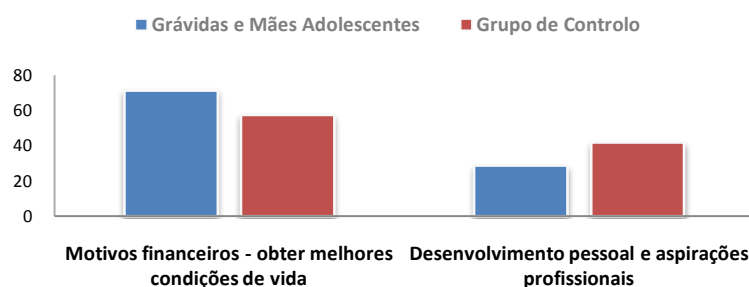


Figura 21 – Motivos para continuar/voltar a estudar (%)

Assegurar um futuro melhor e ter melhores hipóteses de empregabilidade é a principal motivação apontada pelas jovens que pretendem continuar a estudar, ou regressar à escola; é indicado prioritariamente pelas grávidas e mães adolescentes (cf. Figura 21). São estas jovens que menos indicam razões ligadas à valorização profissional e à preparação para exercer uma profissão da sua escolha (estas incluídas na designação *desenvolvimento pessoal*). As diferenças na distribuição entre o GAd e o GC não são estatisticamente significativas.

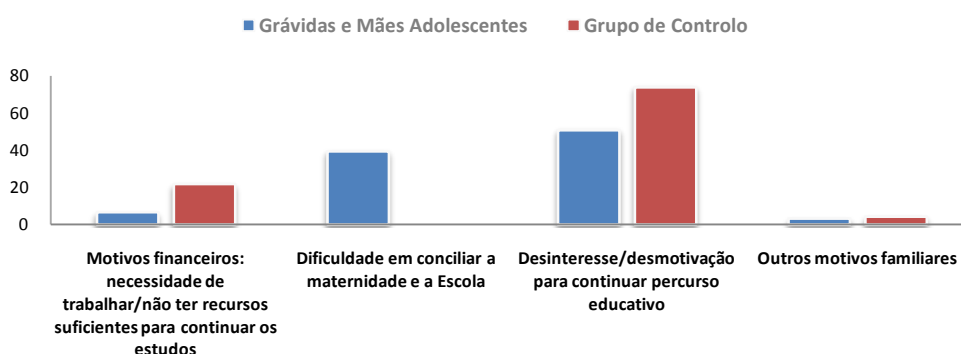


Figura 22 – Motivos para não continuar/não voltar a estudar (%)

Relativamente aos motivos invocados para justificar o abandono escolar, encontramos uma **diferença significativa entre o grupo de grávidas e mães e o de controlo** [$\chi^2(10) = 41,26$; $p = .001$]: enquanto no GC as jovens referem o facto de já terem alcançado os seus objectivos académicos, não percepcionando vantagens em continuar na escola (**73,9%**), no GAd essa justificação (**50,8%**) é acompanhada de perto pela **percepção da dificuldade em conciliar os estudos com o papel materno (30,9%)**. Melhorar as infra-estruturas de apoio social, facilitando esta conjugação entre cuidados infantis e prosseguimento dos estudos, poderá ser um importante factor de inclusão e prevenção de dificuldades na adaptação à maternidade.

A taxa de abandono escolar é muito elevada entre as grávidas e mães adolescentes (**78,9%**); cerca de 54,13% das jovens abandonam a escola durante o 3º ciclo de escolaridade, embora se detectem situações em que o abandono ocorreu mais precocemente. O 6º, 7º e 9º

ano de escolaridade parecem ser momentos críticos, em que a taxa de abandono é particularmente elevada.

Das 139 grávidas e mães em situação de abandono escolar, **41 (29,5%) apontam a gravidez/nascimento do filho como motivo para deixar de estudar**; para a maioria das jovens com história de gravidez (70,5%), o abandono do sistema de ensino **precedeu** a ocorrência da gestação, ou seja, as adolescentes encontravam-se já fora do sistema de ensino quando engravidaram. As razões relativas à **escola e sistema de ensino** (desmotivação, falta de interesse, insucesso, indisciplina) são as **mais apontadas** (49,6%) para justificar o abandono dos estudos.

Se verificarmos o *ciclo de escolaridade* em que ocorreu o abandono, o momento do abandono relativamente à gravidez (*antes* ou *depois* de esta acontecer), e os *motivos* apontados para tal, emerge uma tendência – **as grávidas parecem mais desinteressadas da Escola, e entram em situação de abandono escolar mais precocemente do que o fizeram as mães adolescentes.**

Das adolescentes com história de gravidez, **50,8%** menciona que gostaria e/ou pretende **continuar ou voltar a estudar**; apenas 10% menciona que gostaria de ingressar no Ensino Superior. Relativamente aos motivos invocados para justificar o abandono escolar, **50,8%** das jovens refere **não perceber vantagens** em continuar a estudar, e **30,9%** afirma que teria **dificuldade em conciliar os estudos com o papel materno.**

5.2.7. Situação profissional

Nas análises seguintes, consideraremos apenas o grupo de grávidas e mães adolescentes, pois todas as jovens do GC são estudantes, não tendo ingressado ainda no mercado de trabalho.

A Figura 23 ilustra a distribuição das jovens de acordo com a situação profissional no momento da avaliação.

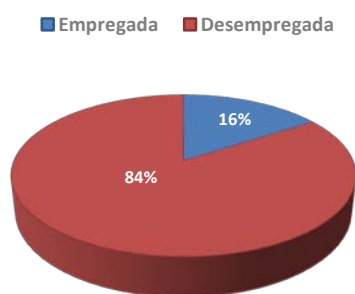


Figura 23 – GAd: Situação profissional (%)

Verifica-se que há significativamente [$\chi^2(1) = 11,43$; $p = .001$] **mais jovens mães empregadas (25,6%)**, em comparação com as grávidas (6,7%); porém, **a maioria das jovens**

com história de gravidez (93,3% das grávidas e 74,4% das mães) não tem qualquer ocupação profissional.

Em anexo, apresentamos a tabela de frequências onde constam as profissões exercidas pelas jovens destes grupos; trata-se de **profissões pouco qualificadas**, correspondendo às baixas habilitações académicas maioritariamente exibidas, como vimos anteriormente.

Das jovens empregadas, **77,8%** dizem-se *satisfeitas* com o seu trabalho, enquanto **22,2%** se revelam *insatisfeitas*. Na Figura 24, encontramos as razões para a satisfação/insatisfação manifestas.

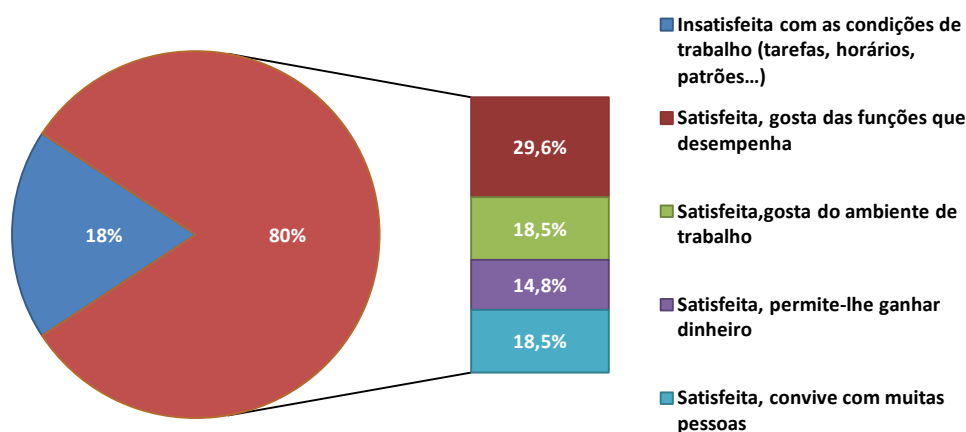


Figura 24 – GAd: Satisfação e insatisfação profissional - Motivos (%)

As jovens desempregadas foram inquiridas quanto à disposição para procurar trabalho; cerca de **71% referiu não ter no momento intenção de procurar emprego**, enquanto **28,7%** afirmam *estar à procura* - as razões invocadas para a vontade de procurar emprego prendem-se com *motivações económicas*¹³ (**87,5%**) e *realização profissional*¹⁴ (**12,5%**). Os motivos apontados como justificação para não procurar trabalho no momento presente ligam-se sobretudo à fase do ciclo de vida. Assim, **28,4%** das jovens mencionam a *gravidez* ou o *ter um bebé pequeno* como principal factor para não procurar um emprego. São também citados *ainda estar a estudar* ou *querer retomar os estudos* (**14,2%**), *não ter idade* para ingressar no mercado de trabalho (**5,7%**), e outros motivos (**5,7%**), como *não querer trabalhar*, *motivos de saúde*, e o *companheiro não permitir que trabalhe*.

Quando as jovens grávidas são confrontadas com a questão da vontade de procurar emprego e trabalhar depois de o bebé crescer o suficiente para poder ser entregue aos cuidados de outras pessoas/instituições, a maioria (**80,0%**) responde querer fazê-lo; porém, ao considerarmos as respostas das adolescentes que já são mães (há pelo menos 3 meses), veri-

¹³ Incluem-se motivos como *ter melhores condições para o bebé*, *pagar as próprias despesas*, *ajudar a sustentar o bebé*.

¹⁴ São referidos motivos como *querer exercer a profissão para a qual estudou*, *gostar de trabalhar*, *não querer estar em casa sem fazer nada*.

ficamos que cerca de **62,3%** não está a procurar trabalho. A Figura 25 ilustra a distribuição destas jovens considerando o tempo decorrido desde o nascimento dos filhos.

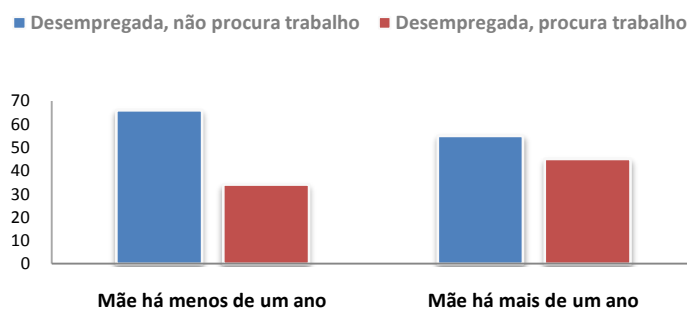


Figura 25 – GMAAd: Procura de trabalho (%)

Podemos verificar que **65,8%** das jovens mães há menos de um ano não está activamente a procurar trabalho; o mesmo acontece com **55%** das mães cujos bebés nasceram há mais de 12 meses. Constatamos, pois, que **a intenção inicial de procurar a inserção no mercado laboral após os primeiros meses de vida da criança pode não se verificar nestas jovens**, o que contribuirá para aumentar a sua dependência económica dos pais e/ou do companheiro, diminuindo as suas hipóteses de construção de um percurso autónomo.

5.2.8. Projectos de vida

Procurámos sondar como perspectivam as participantes no estudo o seu futuro, investigando até que ponto têm ideias definidas sobre várias áreas de vida, como a escola, profissão ou família. Apresentamos em seguida estes resultados.

Quadro 7 – Projecto de vida: Definição vs. indefinição

		GRUPOS	
		GAd (n = 176)	GC (n = 225)
PROJECTO DE VIDA		%	%
Escola: Continuar ou não os estudos	Não sabe, não tem projecto	56,8	36,4
	Sim, tem projecto definido	43,2	63,6
Trabalho, escolha de profissão	Não sabe, não tem projecto	30,1	28,9
	Sim, tem projecto definido	69,9	71,1
Relação com namorado/companheiro	Não sabe, não tem projecto	50,6	65,8
	Sim, tem projecto definido	49,4	34,2
Família: ter filhos/ter outros filhos	Não sabe, não tem projecto	57,4	64,9
	Sim, tem projecto definido	42,6	35,1

Comparando as grávidas e mães adolescentes com o grupo de controlo, verificamos que a distribuição pelas categorias *não tem planos definidos/tem planos definidos* se diferencia significativamente nas áreas relativas ao **futuro escolar** [$\chi^2(1) = 16,54$; $p = .000$] (onde as

jovens do GC afirmam um maior número ter ideias definidas quanto ao seu percurso académico), e ao projecto de vida com o **namorado/companheiro** [$\chi^2(1) = 9,45$; $p = .002$] (verificando-se que são as jovens com história de gravidez que mais julgam ter planos definidos nessa área).

Não há diferenças significativas entre os grupos no que concerne ao *trabalho/escolha de profissão* (a maioria das jovens em ambos os grupos afirma ter ideias concretas nesta área), e ao projecto para *ter filhos/ter outros filhos* (a maioria das jovens em ambos os grupos afirma não ter projectos concretos).

Foi ainda inquirido, junto das jovens que afirmavam possuir planos definidos em cada uma das áreas anteriores, quais eram os projectos que pretendiam concretizar. Os resultados constam nas figuras seguintes.

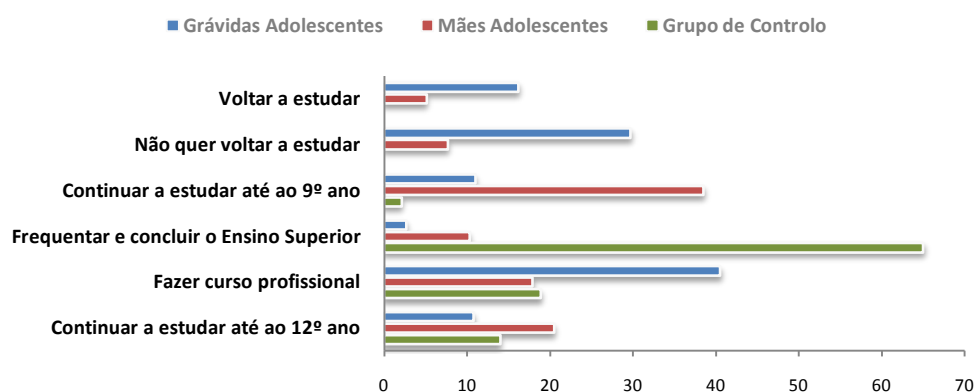


Figura 26 – Projecto de vida: escolaridade (%)

Os resultados, como é esperado, vão ao encontro dos apresentados anteriormente, ao explorar as habilitações académicas e abandono escolar. São as jovens do GC que apresentam ideias mais definidas em relação à continuação dos estudos, pretendendo na sua maioria frequentar e concluir o Ensino Superior (o que só ocorre numa minoria de jovens com história de gravidez).

Maioritariamente, o projecto das jovens mães é concluir o 3º ciclo de escolaridade. A Figura 26 mostra-nos ainda que **são as grávidas as que apresentam ideias menos definidas sobre o seu futuro académico** (não quer voltar a estudar/ quer voltar a estudar), dando as mães adolescentes respostas mais concretas a esta questão.

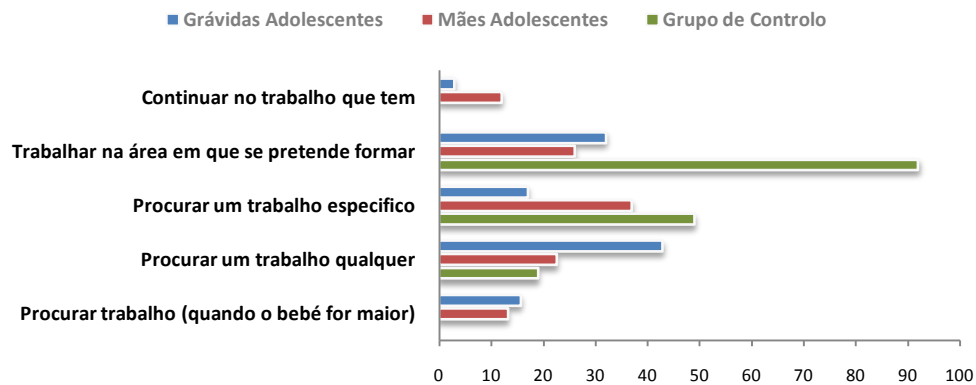


Figura 27 – Projecto de vida: trabalho/profissão (%)

No GC, a maioria das jovens pretende terminar a escolaridade (seja curso profissional ou superior) e procurar emprego na sua área de formação. Uma elevada percentagem de mães afirma querer procurar um trabalho *específico*, mostrando ter preferências acerca da profissão que desejaria desempenhar. Entre as **grávidas**, porém, **a maior percentagem de jovens afirma querer procurar um trabalho qualquer**, manifestando forte indefinição quanto às opções a seguir.

Complementando esta informação, investigou-se quais as profissões que as jovens dos vários grupos gostariam um dia de desempenhar; encontrámos numerosas escolhas, umas mais plausíveis do que outras, dado o nível de habilitações exibidos pelas jovens. Procurou-se categorizá-las, de modo a tornar a representação das opções mais compreensível (cf. Figura 28).

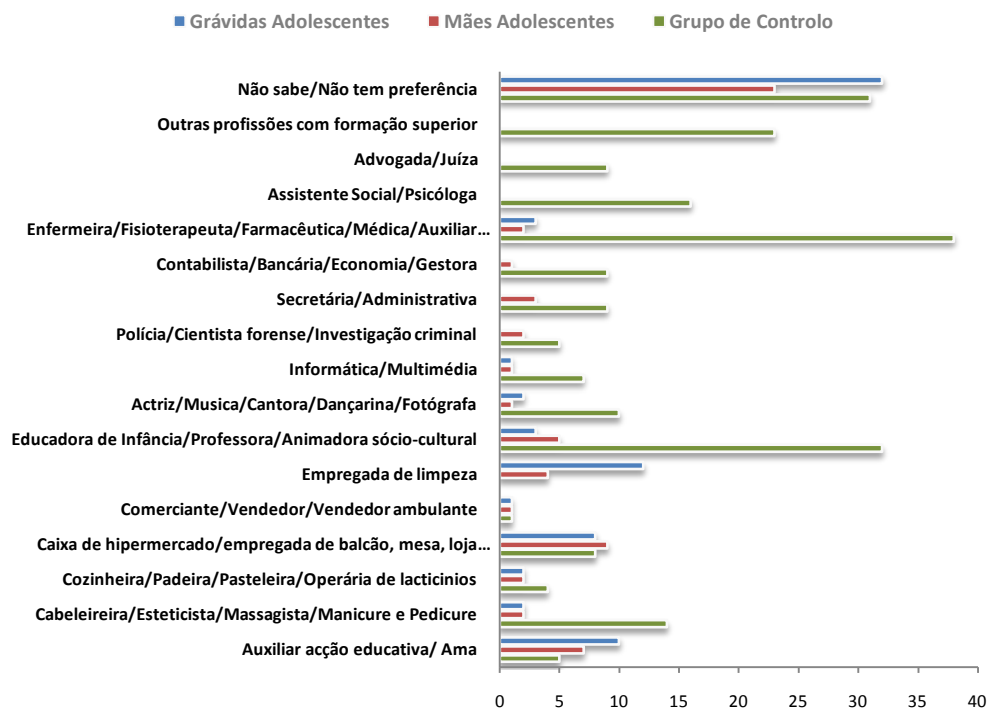


Figura 28 – Projecto de vida: profissão que gostaria de desempenhar (%)

Constatamos, mais uma vez, que a indefinição de preferências e escolhas é maior entre as jovens grávidas. As profissões que exigem maior especialização e habilitações académicas são predominantemente escolhidas pelas jovens do GC, enquanto as grávidas e mães seleccionam sobretudo profissões menos qualificadas.

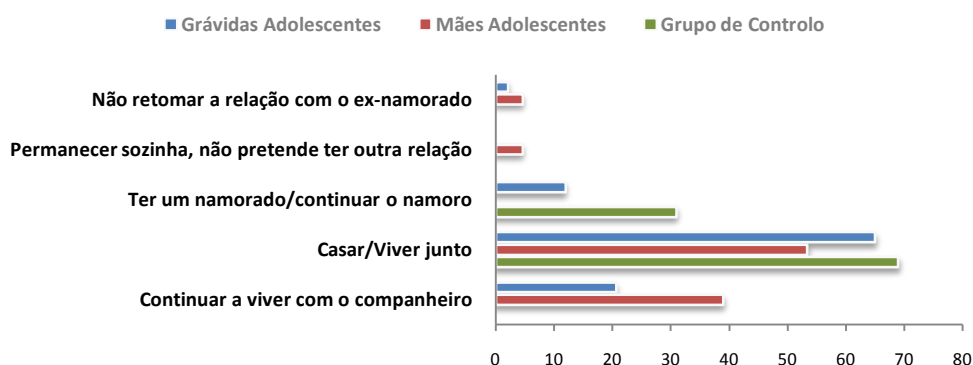


Figura 29 – Projecto de vida: relação com o companheiro (%)

A maioria das jovens indica como projecto de vida, seja a curto ou médio prazo, casar ou estabelecer-se em união de facto com o namorado/pai do bebé, ou continuar a relação em que estão envolvidas¹⁵. No grupo de jovens com história de gravidez encontramos 5 adolescentes que, tendo terminado a relação com o pai do seu bebé, afirmam como projecto não querer novos envolvimentos afectivos (cf. Figura 29).

Sabendo, quer da revisão da literatura científica, quer da leitura das estatísticas nacionais e internacionais, que o risco de recorrência de nova gravidez em mães adolescentes é elevado, inquiriu-se também qual o projecto das jovens relativamente a ter outros filhos (ou ter filhos, no caso do GC). Os resultados são ilustrados pela Figura 30.

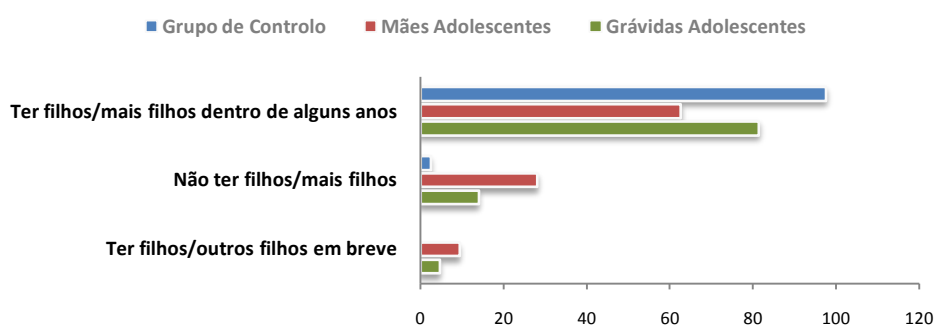


Figura 30 – Projecto de vida: ter filhos/ter outros filhos (%)

A maioria das jovens de todos os grupos afirma pretender ter vários filhos, a médio/longo prazo; nenhuma jovem do GC refere pretender ter filhos *em breve*; porém, esse projecto é indicado por 5% das grávidas e 9% das mães adolescentes.

¹⁵ É de referir que na amostra encontramos poucas jovens sozinhas ou separadas dos namorados/companheiros; nenhuma jovem referiu ter já estabelecido nova relação com um companheiro que não o pai do bebé.

É entre as mães adolescentes que se regista a percentagem mais elevada de jovens que menciona não querer ter mais filhos (28%), seguindo-se as grávidas (14%); só 3% do GC dá esta resposta. É possível que a experiência de gravidez e/ou maternidade, se tiver acarretado vivências adversas ou indutoras de *stress*, ou a situação de carência económica, motive esta atitude.

A maioria das jovens com história de gravidez (93,3% das grávidas e 74,4% das mães) **não tem qualquer ocupação** profissional; verifica-se que há significativamente mais mães empregadas (25,6%) do que grávidas (6,7%), em **profissões pouco qualificadas**. 77,8% dizem-se *satisfeitas* com o seu trabalho, enquanto 22,2% se revelam *insatisfeitas*.

Das jovens desempregadas, **71% referiu não ter no momento intenção de procurar emprego**, enquanto 28,7% afirmam procurá-lo. Embora 80% diga que irá procurar emprego e trabalhar depois de o bebé crescer o suficiente para poder ser entregue aos cuidados de outras pessoas/instituições, os resultados mostram que 65,8% das jovens mães há menos de um ano não está activamente a procurar trabalho, e o mesmo acontece com 55% das mães cujos bebés nasceram há mais de 12 meses.

Ao sondar como perspectivam as participantes no estudo o seu futuro, investigando até que ponto têm ideias definidas sobre várias áreas de vida, constata-se que o principal projecto das jovens com história de gravidez, relativamente à escola, é **concluir o 3º ciclo de escolaridade**; em termos profissionais, maioritariamente **as mães pretendem procurar um trabalho específico**, enquanto as **grávidas almejam conseguir um emprego qualquer**; ambas seleccionam sobretudo profissões pouco qualificadas.

Em termos familiares, a maioria das jovens indica como **projecto de vida casar ou estabelecer-se em união de facto com o namorado/pai do bebé**, ou continuar a relação em que estão envolvidas; afirmam **pretender ter vários filhos**, a médio/longo prazo, embora 5% das grávidas e 9% das mães adolescentes deseje ter mais filhos *em breve*. **28% de mães e 14% de grávidas adolescentes** afirma **não querer ter mais filhos**.

5.2.9. Saúde e estilo de vida

5.2.9.1. Problemas de saúde

As jovens da amostra dizem-se maioritariamente saudáveis. **18,2%** do GC e **10,3%** das grávidas relatam problemas de saúde (neste grupo, em grande parte relacionados com a gravidez, como anemia e infecções urinárias). Nenhuma mãe adolescente refere problemas de saúde. Na Figura 31 ilustram-se os problemas anotados.

Os problemas respiratórios (asma, sinusite, por exemplo) e cardiovasculares (*sopro* no coração, tensão baixa) são os mais referidos pelo GC; entre as grávidas, para além das patologias associadas à gravidez, são também os problemas respiratórios e os oftalmológicos

os mais frequentes. Nas jovens que relataram doenças raras encontramos doença celíaca (1), acrodermatite enteropática (1) e síndrome de Raynaud (1).

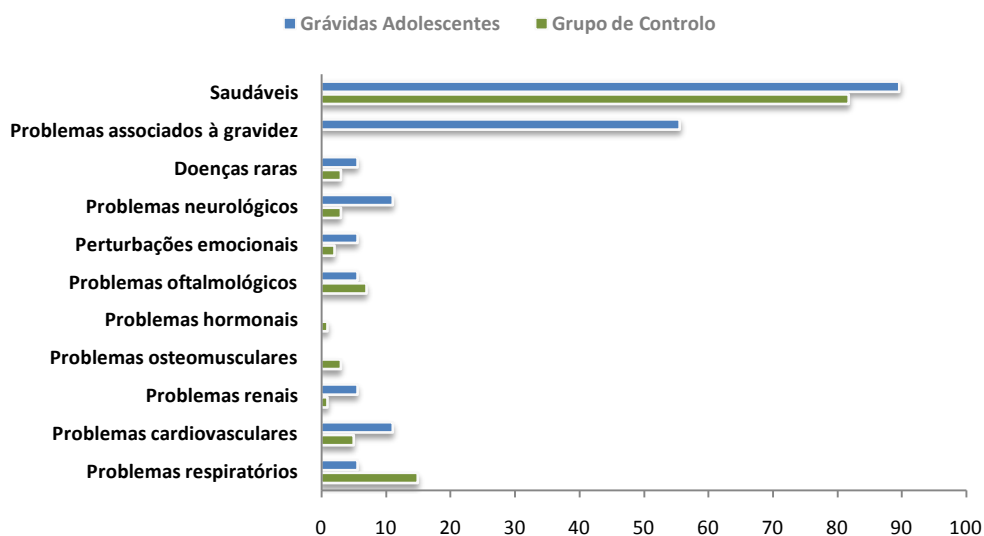


Figura 31 – Problemas de saúde (%)

5.2.9.2. Estilo de vida – Consumo de substâncias

Podemos observar a distribuição das jovens dos vários grupos no Quadro 8, de acordo com os auto-relatos das participantes.

Quadro 8 – Estilo de vida: Consumo de substâncias

		GGAd (n = 92)		GRUPOS GMAAd (n = 84)		GC (n = 225)	
CONSUMOS		n	%	n	%	n	%
Álcool	Não	84	91,3	72	85,7	164	73,9
	Sim, normal	8	8,7	12	14,3	56	25,2
	Sim, em excesso	0	0,0	0	0,0	2	0,9
	Sem informação	-	-	-	-	3	-
Tabaco	Não	76	82,6	60	71,4	190	84,4
	Sim	16	17,4	24	28,6	35	15,6
	Sem informação	-	-	-	-	-	-
Substâncias ilícitas	Não	88	95,7	76	90,5	213	95,1
	Sim, drogas leves	4	4,4	7	8,3	9	4,0
	Sim, opiáceos e outras	0	0	1	1,2	2	0,4
	Sem informação	-	-	-	-	1	-

Verificamos que há uma percentagem mais elevada de jovens do GC que referem o consumo habitual de álcool (26,1% vs. 11,4% no grupo de grávidas e mães), sendo a diferença significativa [$\chi^2(4) = 15,01$; $p = .005$].

No que concerne ao **consumo de tabaco**, as percentagens de afirmações positivas são **mais elevadas nas jovens com história de gravidez (17,4% e 28,6%)** do que no GC (15,6%), continuando as diferenças a serem estatisticamente significativas [$\chi^2(2) = 6,95$; $p = .031$]. Existem também diferenças [F de Welch(2, 150,53) = 4,86; $p = .009$] quanto ao número de cigarros fumados diariamente, com a média mais elevada a ser relatada pelas mães adolescentes ($M = 3,54$).

É entre as **grávidas** que encontramos a **percentagem mais elevada de jovens que afirmam consumir ou ter consumido drogas** (sendo menor o número das que consomem/consumiram opiáceos ou outras substâncias perigosas); a diferença entre os grupos não é significativa [$\chi^2(8) = 8,73$; $p = .366$].

Considerámos também os comportamentos de consumo das jovens **durante a gravidez; regista-se uma mudança positiva de hábitos**, sendo menos as que referiram consumo de álcool, tabaco ou drogas durante a gestação. Essa alteração é ilustrada nas figuras seguintes (32, 33 e 34).

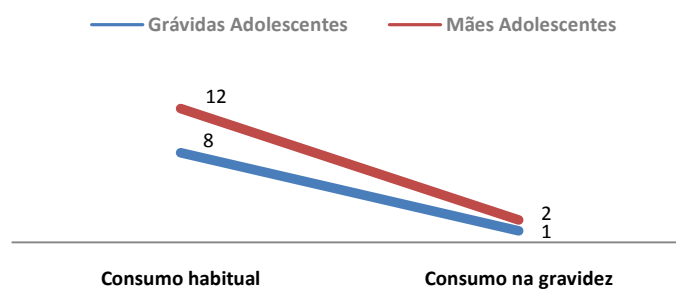


Figura 32 – GAd: Consumo de álcool – Mudanças na gravidez (n)

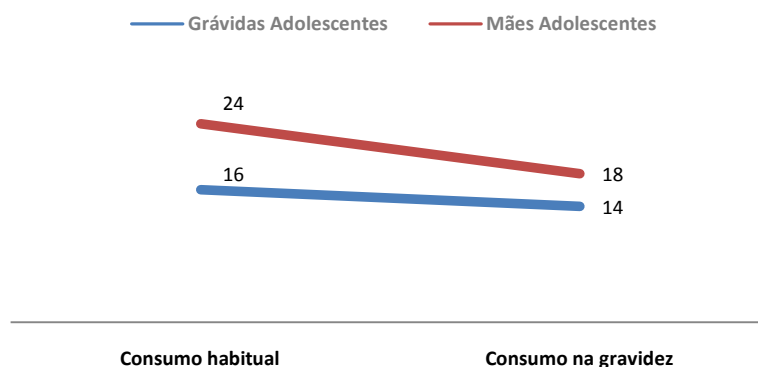


Figura 33 – GAd: Consumo de tabaco – Mudanças na gravidez (n)

O número de cigarros fumados diariamente por cada um dos grupos na gravidez também diminui significativamente, como podemos observar no Quadro 8.

Quadro 9 – GAd: Número de cigarros fumados por dia - Consumo habitual vs. na gravidez

GRUPOS	NÚMERO DE CIGARROS/DIA		t	p
	Habitualmente Média (DP)	Na gravidez Média (DP)		
GGAd	1,55 (4,29)	0,84 (2,55)	2,121	.037
GMAAd	3,54 (6,74)	1,98 (5,26)	5,172	.003

Finalmente, temos na Figura 34 as mudanças registadas nos comportamentos de consumo de substâncias ilícitas.

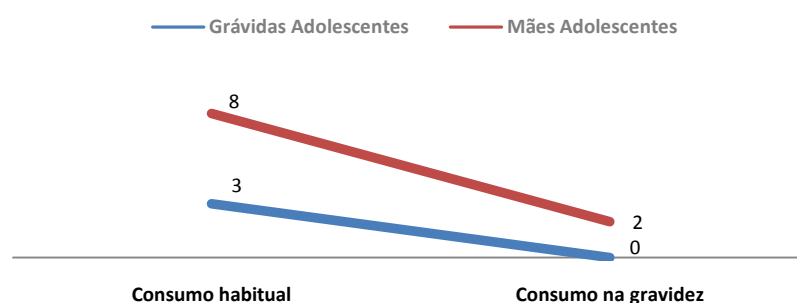


Figura 34 – GAd: Consumo de substâncias ilícitas – Mudanças na gravidez (n)

Durante a gravidez parece, assim, ocorrer uma alteração positiva de comportamentos das jovens, o que pode revelar adaptação à gravidez, manifestada na adopção de atitudes e acções protectoras quer da saúde da mãe, quer do feto.

5.2.9.3. Motivos de satisfação pessoal

As participantes foram questionadas acerca de áreas da sua vida que representam fontes de satisfação pessoal; recolheram-se todas as dimensões mencionadas, que foram depois agrupadas em categorias (podiam ser escolhidas todas as áreas consideradas satisfatórias). Os resultados constam na Figura 35.

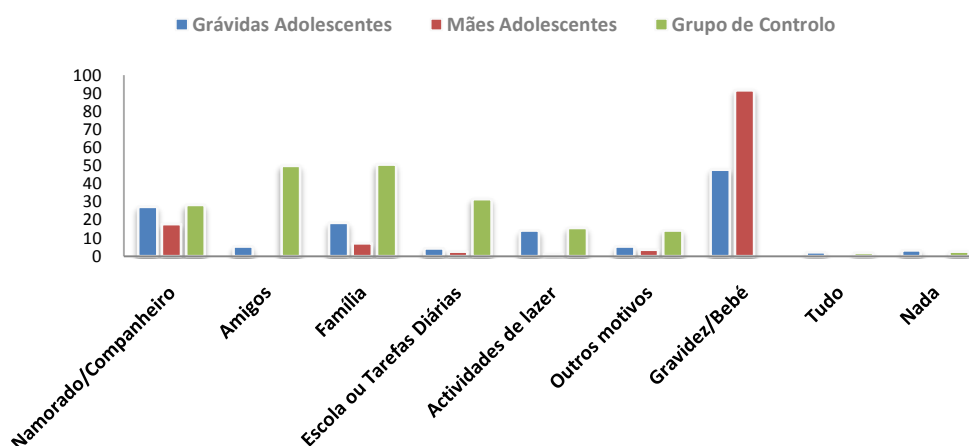


Figura 35 – Áreas de satisfação pessoal (%)

Entre as jovens com história de gravidez, particularmente as mães, a área escolhida por maior número de adolescentes como sendo **fonte de satisfação** foi a relacionada com o **papel materno** (a gravidez/o bebé). Imediatamente a seguir surge como área gratificante a **relação com o namorado/companheiro**.

A família e amigos são dimensões particularmente satisfatórias para o GC, cujas participantes também escolhem a vida escolar numa percentagem muito superior à registada nos outros dois grupos. Entre as mães adolescentes, nenhuma indica os amigos como fonte de gratificação, o que indicará mudanças na rede social motivadas pelas exigências da maternidade.

Só uma percentagem muito pequena de jovens grávidas (2,4%) e do GC (1,8%) se afirma satisfeita com as suas condições de vida (habitacionais e económicas); nenhuma das mães indica esta área como satisfatória. É igualmente restrito o número de participantes que indica *nada* ou *tudo* ser satisfatório na sua vida (nenhuma mãe relata estas categorias).

Considerando globalmente o número total de áreas de vida consideradas gratificantes e satisfatórias, encontramos diferenças significativas entre o GC ($M = 1,96$; $DP = 1,01$) e o grupo de grávidas ($M = 1,25$; $DP = 0,60$) e mães adolescentes ($M = 1,23$; $DP = 0,48$) – **as jovens do grupo de controlo manifestam-se satisfeitas com maior número de dimensões de vida** [F de Welch(2, 228,963) = 41,96; $p = .000$]; as grávidas e mães são as que referem menos áreas gratificantes.

5.2.9.4. Motivos de insatisfação – desejo de mudança

Complementando a informação anterior, procurou-se indagar quais as áreas de vida nas quais as jovens gostariam que ocorressem alterações, através da questão *quais as mudanças que gostaria que ocorressem na sua vida?* Utilizou-se a mesma metodologia – elencaram-se todas as expressões e dimensões expostas pelas participantes, e procedeu-se posteriormente a um agrupamento em categorias (cf. Figura 36).

A percentagem de jovens de todos os grupos que indica não desejar qualquer mudança é bastante elevada – é, de resto, a resposta mais frequente no GC (43,7%) e entre as grávidas (37,3%), sendo superada no grupo de mães apenas pelo desejo de que ocorram mudanças nas condições habitacionais (21,4% vs. 39,3%).

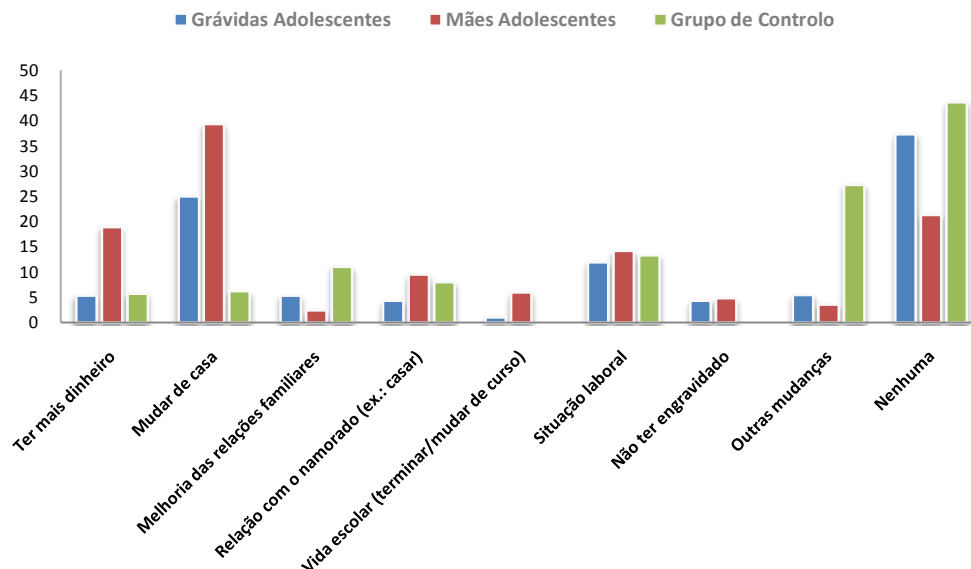


Figura 36 – Mudanças desejadas (%)

Ponderando também esta variável de forma global verifica-se que embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, é mais uma vez o **GC** que **apresenta**, em média, um **menor número de áreas em que a mudança é desejada**.

As mães adolescentes são as que assinalam um maior número de dimensões que gostariam de ver alteradas, e essas dimensões ligam-se sobretudo a aspectos económicos e logísticos, verificando-se particularmente um desejo de autonomia traduzido no desejo de *mudar de casa*.

Apenas **4,3%** das grávidas e **4,8%** das mães adolescentes indica desejar não ter engravidado, o que é indicador de boa aceitação da gravidez e do nascimento do filho.

As jovens da amostra são **maioritariamente saudáveis**, sendo referidos escassos problemas de saúde; no grupo com história de gravidez, o maior número de condições de saúde refere-se a situações associadas à gestação.

Verificamos que há **uma percentagem mais elevada de jovens do GC** que referem o **consumo habitual de álcool** (26,1% vs. 11,4% no grupo de grávidas e mães); no que concerne ao **consumo de tabaco**, as percentagens de afirmações positivas são **mais elevadas nas jovens com história de gravidez** (17,4% e 28,6%). As mães adolescentes são as que fumam maior número de cigarros por dia. Só **uma pequena percentagem de adolescentes afirma consumir ou já ter consumido estupefacientes**, não havendo diferenças significativas entre os grupos.

Durante a **gravidez** regista-se **uma mudança positiva de hábitos**, com menos jovens a referir consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias ilícitas, o que pode indiciar adaptação à gravidez, manifestada na adopção de atitudes e acções protectoras quer da saúde da mãe, quer do feto.

Entre as jovens com história de gravidez, **a principal fonte de satisfação** é a relacionada com o **papel materno** (a gravidez/o bebé), surgindo imediatamente a seguir a **relação com o namorado/companheiro**. A família e amigos são dimensões particularmente satisfatórias para o GC, que também indicam frequentemente a escola como área gratificante, no que se distinguem das grávidas e mães adolescentes.

A **percentagem de jovens** de todos os grupos que indica **não desejar qualquer mudança na sua vida** é bastante elevada – é, de resto, a resposta mais frequente no GC (43,7%) e entre as grávidas (37,3%), sendo superada no grupo de mães apenas pelo desejo de que ocorram **mudanças nas condições habitacionais** (21,4% vs. 39,3%).

5.2.10. Competências cognitivas

Da revisão da literatura científica emerge de modo relevante a concepção da gravidez e maternidade adolescente como um processo de sucessivos acontecimentos, marcados por tomadas de decisão que determinam os eventos seguintes, e o percurso posterior da jovem e da sua rede de relações¹⁶; neste contexto afigura-se necessária a exploração da capacidade de raciocínio e ponderação das jovens.

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

De entre as possibilidades, a opção recaiu numa das provas da **BPRD – Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial**. Trata-se de um instrumento de avaliação das competências intelectuais aferido para a população estudantil portuguesa¹⁷ por Leandro Almeida (1982, 1986, 1988), constituído por cinco testes, que permite a avaliação das capacidades de raciocínio indutivo-dedutivo, diferenciados no conteúdo dos itens de cada um deles (verbal, numérico, espacial, abstracto e mecânico). Como a aplicação de toda a bateria tornaria o protocolo do estudo excessivamente longa e fatigante, seleccionou-se um dos testes – a prova AR, que avalia o raciocínio abstracto, tido como uma boa medida de inteligência geral.

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

¹⁶ Cf. Canavarro & Pereira (2001).

¹⁷ Uma vez que os dados normativos deste instrumento estão definidos de acordo com a idade e o nível de escolaridade dos sujeitos, e muitas das jovens do estudo estavam em situação de abandono escolar precoce, averiguámos junto do autor a pertinência de utilização da prova. Segundo Almeida (2008, comunicação pessoal) os grupos podem ser comparados em relação ao resultado global, ou seja, o número de respostas correctas obtidas.

Para a escolha desta prova pesou decisivamente o facto do conteúdo abstracto dos itens (sem aparente significado) permitir diminuir a influência das variáveis culturais, escolares e linguísticas no desempenho cognitivo. Na Figura 37, ilustram-se os resultados obtidos.

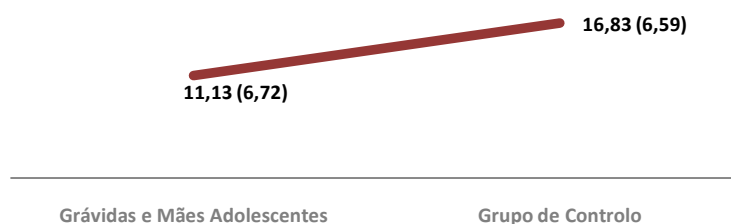


Figura 37 – Avaliação de competências cognitivas através da AR - BPRD (média e desvio-padrão)

O resultado obtido pelo GC é significativamente [$t(370,59) = -8,48; p = .000$] superior que ao do GAd. Embora seja necessário ter em conta que, como vimos, a prova AR é menos sensível, mas não imune, à influência da escolarização e outras variáveis socioculturais, os resultados parecem indicar que **as jovens grávidas e mães possuem capacidades cognitivas de raciocínio lógico e abstracto menos desenvolvidas do que as jovens do GC**, o que se poderá reflectir em **tomadas de decisão mais precipitadas**, em que as possíveis consequências são insuficientemente antecipadas e ponderadas.

Na prova AR, que integra a BPRD – Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial que avalia as competências intelectuais, especificamente neste caso o raciocínio abstracto, as **jovens com história de gravidez** obtêm resultados **significativamente inferiores** aos do grupo de controlo. Tal pode traduzir **maiores dificuldades** no pensamento abstracto, na ponderação de alternativas e consequências, e maior precipitação na tomada de decisões.

5.2.11. Vulnerabilidade ao stress

A vulnerabilidade ao *stress*, ou seja, a maior ou menor capacidade de resistência perante situações adversas ou que exigem uma forte mobilização de recursos, vem-se revelando um conceito central para a compreensão dos processos de adaptação dos indivíduos. A partir da investigação científica nesta área, aceita-se hoje que os efeitos do *stress* são extensamente mediados por variáveis biológicas, psicológicas, relacionais e sociais, que podem atenuar ou acentuar os efeitos das experiências (Vaz Serra, 2000a). Quanto mais vulnerável for o indivíduo, ou seja, quanto mais se percepcionar como não possuindo as aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências acarretadas pela situação vivida, maior o risco de não ser eficaz nos seus esforços de adaptação e de reorganização dos seus objectivos pessoais, e de sofrer forte tensão emocional que pode manifestar-se por desajustamento e psicopatologia (Vaz Serra, 2000a).

Assim, foi considerada pertinente a inclusão no protocolo de avaliação de um instrumento que permitisse a avaliação da vulnerabilidade ao *stress* das participantes, pois esta característica individual poderia fornecer algumas informações acerca do maior ou menor risco de dificuldades na adaptação à gravidez e maternidade.

Neste ponto, caracterizar-se-ão os grupos em função dos seus resultados, e posteriormente verificar-se-á o impacto da vulnerabilidade ao *stress* na adaptação às exigências trazidas pela gravidez e maternidade.

Para avaliar esta variável utilizou-se a escala **23QVS – 23 Questões para Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress**, construída em 2000 por Adriano Vaz Serra. Trata-se de uma escala de auto-resposta, de tipo Likert, com cinco possibilidades de opção que vão de “Concordo em absoluto” até “Discordo em absoluto” – quanto mais elevada a pontuação, maior a vulnerabilidade ao *stress*. A escala permite obter uma pontuação global e ainda sete factores que representam áreas específicas de vulnerabilidade: *perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e deprivação de afecto e rejeição* (Vaz Serra, 2000b).

No Quadro 9, podemos observar os resultados obtidos para a amostra do presente estudo.

Quadro 9 – Vulnerabilidade ao stress – 23QVS (teste t de Student)

23QVS	GAd Média (DP)	GC Média (DP)	t	p
Perfeccionismo e intolerância à frustração	2,62 (1,11)	2,96 (0,99)	-3,217	.001
Inibição e dependência funcional	1,07 (1,06)	1,24 (1,01)	-1,611	n. s.
Carência de apoio social	0,85 (0,99)	0,43 (0,97)	4,334	.000
Condições de vida adversas	1,34 (1,01)	0,91 (0,96)	4,365	.000
Dramatização da existência	2,48 (1,15)	1,91 (0,95)	5,452	.000
Subjugação e deprivação de afecto	1,02 (1,04)	1,58 (0,97)	-5,530	.000
Rejeição	0,25 (1,19)	0,91 (0,92)	-6,304	.000
TOTAL	39,77 (11,29)	41,86 (9,87)	-1,938	n. s.

Os resultados obtidos indicam que embora os grupos **não se distingam na pontuação global** da 23QVS, o GC apresenta uma média mais elevada, o que indica maior vulnerabilidade ao *stress*. Existem diferenças significativas em todos os factores, à excepção do que indica *inibição e dependência funcional*.

As jovens com história de gravidez apresentam piores resultados, isto é, pontuam mais nos factores *carência de apoio social, condições de vida adversas e dramatização da existência*, enquanto o GC exhibe pontuações mais elevadas nas dimensões *perfeccionismo e intolerância à frustração, subjugação e deprivação de afecto, e rejeição*. Estes resultados parecem ser coerentes com as características encontradas até aqui: o grupo de controlo pontua mais em dimensões ligadas a uma maior consciência de si (*perfeccionismo, preocupação excessiva com acontecimentos usuais*) e às interações com os outros; o grupo de grávidas e

mães obtêm pontuações mais elevadas em factores mais directamente relacionados com as condições de vida (disponibilidade da rede social, monetária) e as estratégias para as enfrentar.

A **vulnerabilidade ao stress**, ou seja, a maior ou menor capacidade de resistência perante situações adversas ou que exigem uma forte mobilização de recursos, vem-se revelando um conceito central para a compreensão dos processos de adaptação dos indivíduos. No estudo, foi avaliada através do questionário **23QVS** (Vaz Serra, 2000).

Os grupos **não se distinguem significativamente** na **pontuação global** da escala; o **grupo de controlo** denota maior vulnerabilidade, isto é, pontua mais, em dimensões ligadas a uma **maior consciência de si** (perfeccionismo, preocupação excessiva com acontecimentos usuais) e às **interacções com os outros**; o **grupo de grávidas e mães** obtêm pontuações superiores àquele em factores mais directamente relacionados com as **condições de vida** (disponibilidade da rede social, monetária) e as **estratégias para as enfrentar**.

5.2.12. Acontecimentos de vida adversos

Apresentamos seguidamente informação relativa à vivência de acontecimentos adversos pelas adolescentes (cf. Quadro 4, em anexo); para os avaliar utilizámos a **Lista de Acontecimentos de Vida - LAV**, *checklist* integrante da CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1990, traduzido por Maia & Fernandes, 2002). A LAV é constituída por 18 itens onde são apresentados acontecimentos como incêndios, acidentes, morte, entre outros; cada um dos itens é avaliado numa escala de 2 pontos (*“não me aconteceu/não se aplica”* e *“aconteceu-me ou vi acontecer”*), e quanto maior a pontuação obtida mais acontecimentos de vida adversos terão sido experienciados (Maia et al, 2006).

Verifica-se que os acidentes num transporte e os desastres naturais são as experiências adversas mais citadas nos grupos. Adicionalmente, no grupo de grávidas adolescentes, experienciar ou presenciar experiências traumáticas (e. g. ferimentos graves, ameaça à vida) é também muito frequente (**41,3%**), bem como experienciar ou presenciar agressão física no grupo de mães adolescentes (**42,9%**).

Porém, quando tomamos em consideração o número de acontecimentos adversos vivenciados pelas adolescentes, não se verificam diferenças significativas [$t(399) = -.019$; $p = .985$] entre o grupo de grávidas e mães adolescentes ($M = 3,99$; $DP = 2,86$) e o grupo de controlo ($M = 4$; $DP = 3,17$).

Verifica-se que os **acidentes num transporte** e os **desastres naturais** são as experiências adversas mais citadas nos grupos. Quando tomamos em consideração **o número de acontecimentos adversos** vivenciados pelas adolescentes, **não se verificam diferenças significativas** entre os grupos.

5.3. Família e relações sociais

5.3.1. Agregado familiar

Nos pontos seguintes procederemos à caracterização do agregado familiar das adolescentes, centrando-nos:

- na composição do agregado familiar da adolescente, na infância e na actualidade
- na caracterização sociodemográfica dos pais da adolescente
- nos estilos parentais percebidos pela adolescente, e
- na caracterização sociodemográfica do companheiro da adolescente/pai do bebé.

5.3.1.2 Composição do agregado familiar da adolescente

Agregado familiar da adolescente na infância

Na Figura 38, apresentamos os dados relativos à composição do agregado familiar das adolescentes na infância, no grupo de grávidas e mães adolescentes e no grupo de controlo.

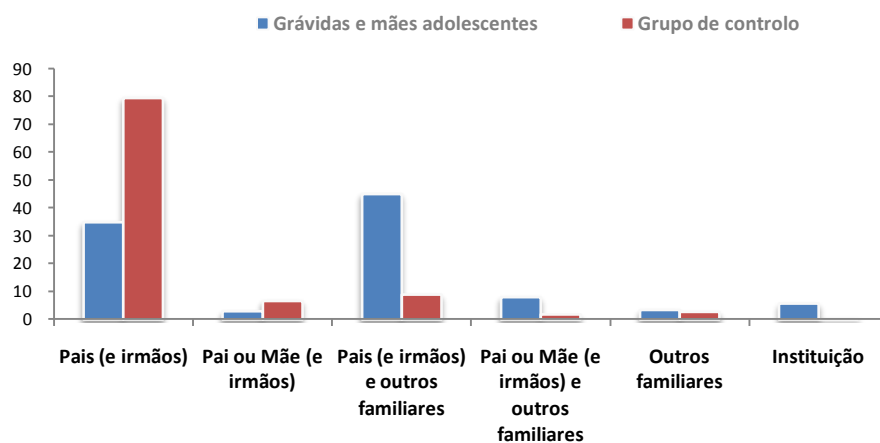


Figura 38 - Composição do agregado familiar das adolescentes na infância (%)

Como é possível verificar, o agregado familiar das adolescentes na infância era maioritariamente composto pelos pais (e irmãos), no caso do GC (79,6%), ou **pelos pais, irmãos e outros familiares no caso do GAd (79%)**, sendo as restantes composições (viver apenas com um progenitor ou outras situações) menos frequentes nos dois grupos. De referir que as fre-

quências das composições do agregado familiar na infância se distinguem de forma significativa [$\chi^2(5) = 106,51$; $p = .000$], quando comparamos os dois grupos.

No Quadro 11, apresentamos os dados relativos à composição do agregado familiar da adolescente, na infância, tomando como referência o GC e o grupo de grávidas e mães adolescentes.

Quadro 11 – Composição do agregado familiar das adolescentes na infância

	GRUPOS			
	GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
	n	%	n	%
Pais (e irmãos)	61	34,9	179	79,6
Pai ou mãe (e irmãos)	5	2,9	15	6,7
Pais (e irmãos) e outros familiares	79	45,1	20	8,9
Pai ou mãe (e irmãos) e outros familiares	14	8	4	1,8
Outros familiares	6	3,4	6	2,7
Instituição	10	5,7	1	0,4

Adicionalmente, no gráfico da Figura 39, é apresentada a composição do agregado familiar na infância, no GC e no GAd, tendo em conta: i) ser constituído por família nuclear ou família nuclear e alargada; ii) ser constituído por família nuclear intacta ou não intacta.

As adolescentes do grupo GAd viviam **maioritariamente com a família nuclear e alargada (53,1%)**, sendo a família nuclear também **maioritariamente intacta (80%)**, embora numa proporção significativamente inferior ao GC (cf. Quadro 11). Por sua vez, as adolescentes do GC viveram na infância, maioritariamente com a família nuclear **(87,6%)**, estando esta maioritariamente intacta **(88,4%)**. Os dois grupos distinguem-se significativamente relativamente a estas duas dimensões do agregado familiar [respectivamente, $\chi^2(2) = 109,09$; $p = .000$ e $\chi^2(2) = 7,66$; $p = .022$].

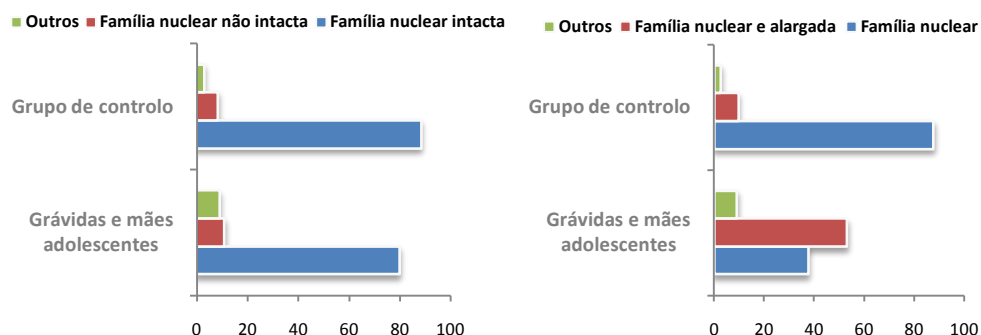


Figura 39 – Composição do agregado familiar das adolescentes na infância (%)

Quadro 12 – Composição do agregado familiar das adolescentes na infância

		GRUPOS			
		GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
		n	%	n	%
Família nuclear/nuclear e alargada	Nuclear	66	37,7	197	87,6
	Nuclear e alargada	93	53,1	22	9,8
	Outros	16	9,1	6	2,7
Família nuclear intacta/não intacta	Família nuclear intacta	140	80	199	88,4
	Família nuclear não intacta	19	10,9	19	8,4
	Outros	16	9,1	7	3,1

As adolescentes do grupo de grávidas e mães distinguem-se de forma significativa quanto à **composição do agregado familiar** na infância. O agregado familiar das grávidas e mães adolescentes era **maioritariamente constituído pelos pais e irmãos das adolescentes (família nuclear)**, mas também por mais elementos da sua família alargada (avós, tios, primos).

Agregado familiar actual da adolescente

A informação recolhida (cf. Quadro 13) sugere uma grande diversidade na composição do agregado familiar actual das adolescentes, em qualquer dos grupos estudados.

Quadro 13 – Composição do agregado familiar actual das adolescentes

		GRUPOS					
		GGAd (n = 92)		GMAd (n = 84)		GC (n = 225)	
AGREGADO FAMILIAR ACTUAL		n	%	n	%	n	%
Família da jovem		22	23,9	4	4,8	220	93,5
Companheiro (e filho)		15	16,3	29	34,5	1	2,2
Companheiro (e filho) e família da jovem		28	30,4	29	34,5	2	3,4
Companheiro (e filho) e família dele		25	27,2	12	14,3	0	0
Filho e família da jovem		1	1,1	8	9,5	0	0
Outra		1	1,1	2	2,4	2	0,9

No GC, a maioria das jovens continuam a viver com a família da jovem (97,8%). No grupo de **grávidas** a maioria das adolescentes **vive já com o companheiro (16,3%)**, embora **coabitem também, predominantemente, com a sua família (30,4%) ou com a família deste (27,2%)**. Já no grupo de **mães**, uma maior percentagem (34,5%) de jovens vive já **apenas com o companheiro (e filho)**, sendo esta percentagem igual à das jovens que vivem com o companheiro, filho e família de origem dela.

Estas diferenças entre o GC e o grupo de referência (GAd) atingem significância estatística [$\chi^2(5) = 289,89$; $p = .000$]. Na Figura 40, apresentamos a distribuição gráfica dos grupos no que concerne à composição actual do agregado familiar.

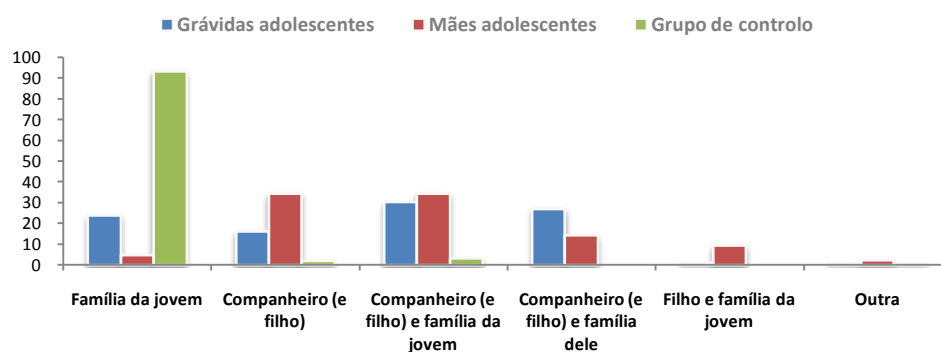


Figura 40 – Composição do agregado familiar actual das adolescentes (%)

Quando nos reportamos às mudanças no agregado familiar, desde a infância até à actualidade, podemos observar que:

- No grupo de grávidas e mães adolescentes, há uma verdadeira **mudança no agregado familiar das adolescentes**, porque este **passa a incluir o marido/companheiro e o filho**; durante a gravidez, as jovens e os companheiros coabitam predominantemente com a família de origem de um dos membros do casal, situação que vai diminuindo no grupo de mães adolescentes, indicando uma progressiva autonomia dos jovens casais;
- No GC, as jovens continuam predominantemente a viver com a família de origem; no entanto, **a frequência de agregados familiares monoparentais parece assumir maior relevância, comparativamente à infância** (de 19 jovens provenientes de famílias nucleares não intactas na infância, para 40 jovens provenientes de famílias nucleares não intactas na actualidade).

Como é possível verificar pela análise do Quadro 13, as grávidas e mães adolescentes apresentam, quando comparadas com o GC, um **número significativamente superior de irmãos e de elementos que constituem o agregado familiar** o que, aliás, se revela congruente com a informação que temos vindo a apresentar neste tópico.

Quadro 13 – Número de irmãos e total de elementos do agregado familiar (teste t de Student)

	GRUPOS		t	p
	GAd Média (DP)	GC Média (DP)		
Número de irmãos	3,9 (2,59)	2,2 (1,91)	7,29	.000
Total de elementos do agregado familiar	5,69 (2,77)	4,26 (2,10)	5,172	.000

Relativamente à posição na fratria das adolescentes (cf. Quadro 14), as adolescentes do grupo de **grávidas e mães adolescentes ocupam mais frequentemente uma posição intermédia na fratria (42,6%)** enquanto as adolescentes pertencentes ao GC são preponderantemente as irmãs mais velhas (**33,2%**) ou as mais novas (**35%**). Adicionalmente, verifica-se

que a **percentagem de adolescentes sem irmãos é superior no grupo de controlo (10,5%)**. Todas estas diferenças assumem significância estatística [$\chi^2(3) = 30,40$; $p = .000$].

Quadro 15 – Posição na fratria

POSIÇÃO NA FRATRIA	GRUPOS			
	GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
	n	%	n	%
Mais velha	44	25	73	33,2
Mais nova	55	31,3	77	35
Outra	75	42,6	47	21,4
Filha única	2	1,1	23	10,5

O agregado familiar das grávidas e mães adolescentes continua, na actualidade, a ser composto por **mais elementos** do que o agregado familiar das adolescentes do grupo de controlo. O **companheiro e o bebé (após o seu nascimento)** passam a ser parte integrante do agregado familiar destas adolescentes, **juntamente com as famílias de origem de um dos membros do casal**, na maior parte dos casos (57,8% das grávidas adolescentes e 48,8% das mães adolescentes).

5.3.2. Caracterização sociodemográfica dos pais das adolescentes

Este tópico destina-se à caracterização sociodemográfica dos pais das adolescentes, nos dois grupos.

Estado civil

Em ambos os grupos (GC e GAd), **a maioria dos pais são casados ou vivem união de facto** (respectivamente, **77,1%** e **65,9%**), sendo os restantes estados civis menos frequentes.

Quadro 16: Estado civil dos progenitores das adolescentes

ESTADO CIVIL DOS PROGENITORES	GRUPOS			
	GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
	n	%	n	%
Casados/União de Facto	114	65,9	168	77,1
Separados	16	9,2	14	6,4
Divorciados	22	12,7	22	10,1
Viúvos	21	12,1	14	6,4

Apesar disso, verifica-se uma **maior percentagem de pais separados (9,2%), divorciados (12,7%) e viúvos (12,1%) no grupo de grávidas e mães**, quando comparados com o GC (respectivamente **6,4%, 10,1% e 6,4%**). Estas **diferenças** entre os dois grupos são estatisticamente **significativas** [$\chi^2(3) = 6,79$; $p = .079$]. No Quadro 16, apresentamos informação relativa ao estado civil dos pais das adolescentes.

Idade

No gráfico seguinte, apresentamos os valores médios das idades dos progenitores das adolescentes no grupo de controlo e no grupo de grávidas e mães adolescentes. Os progenitores das grávidas e mães adolescentes apresentam **idades ligeiramente superiores** às idades dos progenitores do grupo de controlo, embora as diferenças não atinjam significância estatística. Adicionalmente, verifica-se que **nos dois grupos, a idade das mães das adolescentes é significativamente inferior à idade dos pais das adolescentes** [GAd: $t(146) = 9,96$; $p = .000$; GC: $t(207) = 11,99$; $p = .000$].

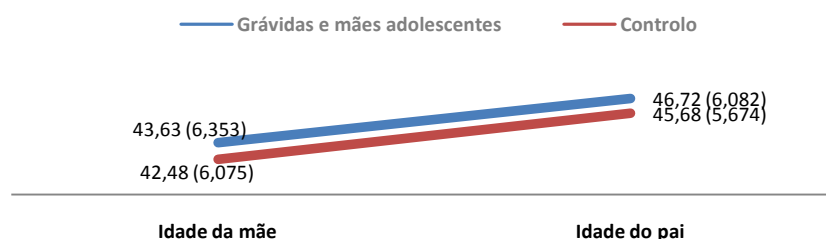


Figura 41 – Idade dos progenitores das adolescentes (média e desvio-padrão)

Habilitações literárias

No Quadro 17 apresentamos a distribuição das habilitações literárias dos progenitores das adolescentes nos dois grupos.

Quadro 17 – Habilitações literárias dos progenitores das adolescentes

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS PROGENITORES	GRUPOS							
	GAd (n = 176)				GC (n = 225)			
	Mãe		Pai		Mãe		Pai	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem escolaridade	3	1,7	2	1,3	1	0,5	1	0,5
1º Ciclo	110	64	109	72,2	81	38,2	96	46,4
2º Ciclo	36	20,9	21	13,9	58	27,4	43	20,8
3º Ciclo	10	5,8	8	5,3	30	14,2	31	15
Secundário	3	1,7	3	2	27	12,6	24	11,6
Superior	2	1,2	1	0,7	12	5,7	7	3,1
Não sabe	8	4,7	7	4,6	3	1,4	5	2,2

Apresentamos na Figura 42 a representação gráfica da distribuição das habilitações literárias dos pais e das mães das adolescentes.

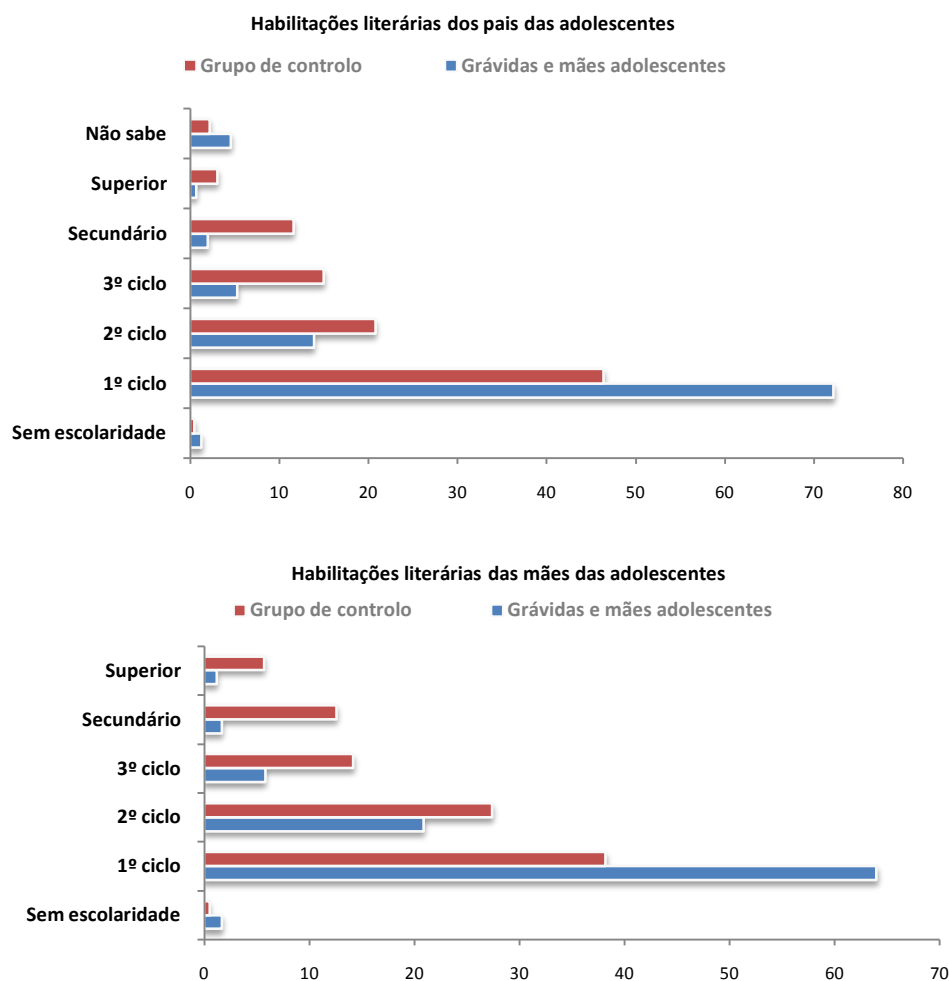


Figura 42 – Habilitações literárias dos progenitores das adolescentes (%)

De acordo com a representação gráfica, verifica-se que **as mães das adolescentes do grupo GC e do grupo GAd possuem maioritariamente o primeiro ciclo do ensino básico** (respectivamente **38,2% e 64%**). No entanto, **enquanto apenas cerca de um terço das mães das adolescentes do grupo GAd têm habilitações superiores ao primeiro ciclo, isso acontece para cerca de dois terços das mães das adolescentes do GC**. No que respeita às habilitações literárias dos *pais das adolescentes*, verifica-se também uma **preponderância de sujeitos que possuem apenas o primeiro ciclo (46,4% no GC e 72,2% no GAd)**.

Enquanto no GC existem ainda cerca de **14,7%** dos pais que possuem habilitações literárias superiores à escolaridade obrigatória (terceiro ciclo do ensino básico), essa percentagem é residual nos pais das adolescentes do grupo GAd (**2,7%**). Estas **diferenças são estatisticamente significativas**, quer nas mães [$\chi^2(6) = 45,50; p = .000$], quer nos pais [$\chi^2(6) = 35,56; p = .000$] das adolescentes.

Situação profissional

No grupo de controlo, cerca de **53,5%** das mães e **91,2%** dos pais das adolescentes estão, actualmente, profissionalmente activos. Já no grupo de grávidas e mães adolescentes, **cerca de 86,8% dos pais das adolescentes estão actualmente empregados**, mas **apenas 36% das mães adolescentes estão profissionalmente activas** (cf. Figura 43).

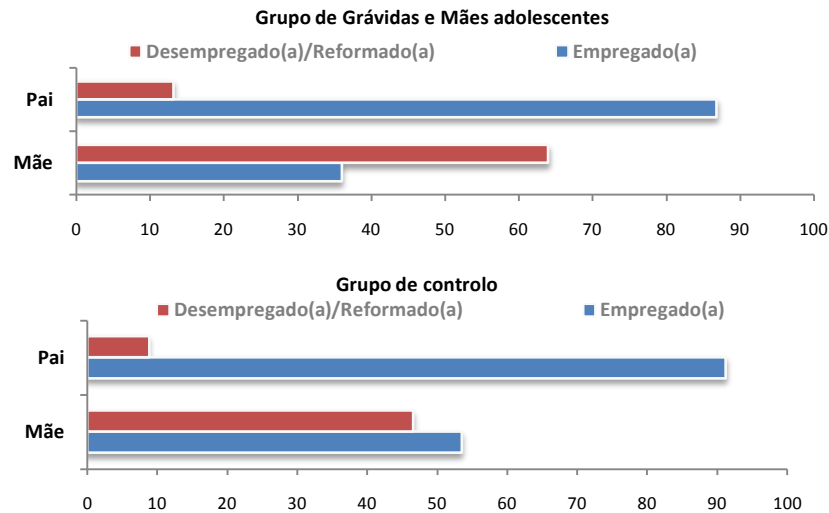


Figura 43 – Situação profissional dos progenitores das adolescentes (%)

No que respeita às categorias profissionais dos progenitores, verifica-se uma grande diversidade nos dois grupos, e também em função do sexo dos progenitores das adolescentes (cf. Quadro 5, em anexo). No que respeita às categorias profissionais mais frequentes, a Construção civil e as actividades relacionadas com a área de Agricultura e Pescas são as mais frequentes nos pais quer no GC, quer no grupo de grávidas e mães adolescentes. A profissão mais frequente das mães das adolescentes do grupo controlo é Empregada de limpeza, seguindo-se profissões na área do comércio (e.g. empregada loja) e da saúde e educação (e.g. auxiliares de saúde e educação). Nas mães das adolescentes do grupo de grávidas e mães adolescentes, a profissão mais frequente é também Empregada de Limpeza, seguindo-se profissões na área da Indústria (e.g. operário fabril).

Apresentamos também, para os dois grupos, informação relativa ao benefício, por parte dos progenitores das adolescentes, de rendimentos sociais (rendimento social de inserção ou outros). Como se verifica no gráfico (cf. Figura 44), no GC **14,2% das mães e 5,7% dos pais das adolescentes são beneficiários de rendimentos sociais** (maioritariamente rendimentos sociais de inserção), enquanto **no GAd, 25,6% das mães e 6,3% dos pais das adolescentes são beneficiários de rendimentos sociais** (maioritariamente rendimentos sociais de inserção). É de salientar que estas **diferenças são estatisticamente significativas**, quer ao nível das mães das adolescentes [$\chi^2(4) = 45,66$; $p = .000$], quer ao nível dos pais das adolescentes [$\chi^2(4) = 18,22$; $p = .001$].

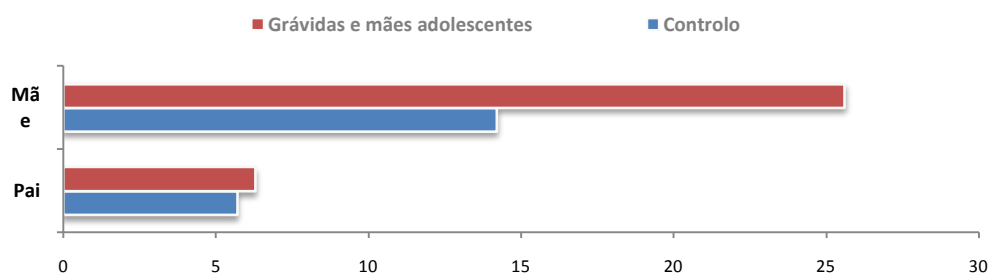


Figura 44 – Progenitores das adolescentes que beneficiam de rendimentos sociais (%)

No que respeita às **características sociodemográficas** dos progenitores das adolescentes:

- Os pais das grávidas e mães adolescentes encontram-se **maioritariamente casados (65,9%)**, embora se verifique uma **maior percentagem** (comparativamente aos pais das adolescentes do grupo de controlo) **de casais que estão separados, divorciados ou que enviuvaram**;
- Os progenitores das adolescentes do grupo de grávidas e mães possuem **predominantemente o primeiro ciclo do ensino básico (72,2% dos pais e 64% das mães)**; comparativamente aos progenitores das adolescentes do grupo de controlo, há uma **menor percentagem de pais e de mães que possuem habilitações superiores** ao primeiro ciclo do ensino básico;
- Os progenitores das adolescentes têm profissões que, maioritariamente, se enquadram na classificação de **“trabalhadores não qualificados”**; no grupo de grávidas e mães adolescentes, há uma **maior percentagem (64%) de mães das adolescentes que não se encontram profissionalmente activas** (estando desempregadas ou reformadas) e os seus progenitores **beneficiam, numa maior percentagem, de rendimentos sociais** (maioritariamente rendimentos sociais de inserção).

Hábitos de consumo

Seguidamente, apresentamos informação relativa aos hábitos de consumo dos progenitores das adolescentes, nos vários grupos considerados (cf. Quadro 18).

No que respeita ao consumo de álcool, verifica-se que **este é superior nos pais (entre 30 a 40%) das adolescentes**, quando comparadas com as suas mães (entre 10% a 25%), nos dois grupos. Para além disso, quando pensamos no consumo de álcool em quantidades consideradas normais, pelas adolescentes, este é superior no GC, comparativamente com os outros grupos, verificando-se o oposto quando nos reportamos **ao consumo de álcool em quantidades excessivas**.

Quadro 18 – Hábitos de consumo dos progenitores das adolescentes

		GRUPOS							
		GAd (n = 176)				GC (n = 225)			
		Mãe		Pai		Mãe		Pai	
CONSUMOS		n	%	n	%	n	%	n	%
Álcool	Normal	19	10,8	51	33,8	43	21,3	84	41,4
	Excesso	4	2,3	29	19,2	1	0,5	9	4,4
Tabaco		38	22	96	63,6	34	15,1	97	46,2
Outras substâncias		1	0,6	6	4	1	0,5	3	1,4

De igual forma, o **consumo de tabaco e o consumo de outras substâncias são superiores nos pais**, quando comparados com as mães, nos dois grupos. As mães e os pais das adolescentes do **grupo de controlo, apresentam um menor consumo de tabaco e de outras substâncias**, comparativamente às mães e pais das adolescentes dos outros grupos.

5.3.3. Estilos educativos parentais percebidos pelas adolescentes

Neste ponto, apresentamos informação relativa à percepção dos estilos educativos parentais, avaliados através da escala **EMBU - Egna Minnen Beträffande Uppfostran** – cuja primeira versão foi construída e desenvolvida na Suécia, em 1980, por C. Perris, L. Jacobson, H. Lindstrom, L. von Knorring e H. Perris. Actualmente é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção dos adultos acerca das práticas educativas dos seus progenitores. Esta escala procura medir a frequência da ocorrência de determinadas práticas educativas durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe separadamente (Canavarro, 1996). Essa ocorrência é registada segundo uma escala de tipo Likert de quatro pontos, que vai desde “Não, nunca” até “Sim, a maior parte do tempo”. A escala permite obter três dimensões principais: *suporte emocional*, *rejeição* e *sobreprotecção*¹⁸. A versão portuguesa da escala (na sua versão abreviada constituída por 23 itens) recebeu a designação de **Memórias de Infância**, embora a sigla EMBU seja utilizada por ser a mais corrente na literatura; a sua utilização científica com a população portuguesa é possível a partir dos estudos realizados por Canavarro (1996, 1999).

¹⁸ O *Suporte Emocional* define-se operacionalmente como o somatório dos comportamentos dos pais em relação aos filhos tais como a aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho, isto é, engloba as práticas dos pais que fazem com que o filho se sinta seguro, aceite como pessoa e confortável na presença daqueles. A *Rejeição* foi definida como os comportamentos dos pais que procuram modificar a vontade dos filhos e são sentidos por estes como uma pressão para se comportarem em consonância com a vontade dos progenitores; operacionalmente esta variável resulta da frequência de práticas como castigos físicos, privação de objectos ou privilégios, ou aplicação directa da força com o objectivo de influenciar o comportamento do filho. Finalmente, a *Sobreprotecção* reflecte os comportamentos parentais caracterizados por protecção excessiva relativamente a experiências indutoras de stress e adversidades, elevado grau de intrusão nas actividades dos filhos, padrões muito elevados de realização em determinadas áreas (desempenho escolar, por exemplo) e imposição de regras rígidas às quais é exigida total obediência.

Nos gráficos da Figura 45, encontra-se representado os valores médios e desvios-padrão relativos às várias dimensões dos estilos educativos parentais, nos dois grupos considerados.

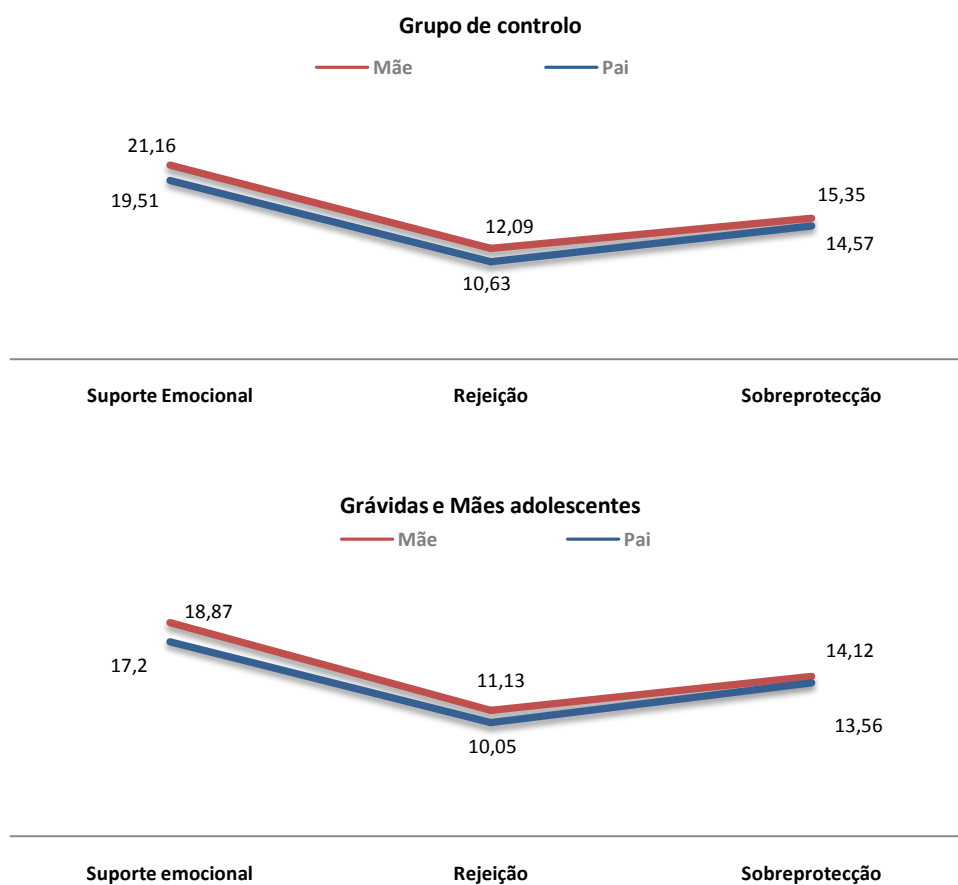


Figura 45 – Percepção de estilos educativos parentais - EMBU (média)

Da análise dos gráficos, verifica-se que **as mães apresentam**, nos dois grupos, e de acordo com a percepção das adolescentes, **níveis superiores de sobreprotecção, suporte emocional e rejeição**. É também possível verificar que nos dois grupos a dimensão em que o pai e a mãe das adolescentes mais se aproximam, em termos médios, é a dimensão sobreprotecção.

Adicionalmente, procedeu-se à análise da variância multivariada para estudar as diferenças entre o grupo de grávidas e mães adolescentes e o grupo de controlo, relativamente à percepção de estilos parentais paternos e maternos, nas suas **três dimensões** (suporte emocional, rejeição e sobreprotecção). Os resultados são apresentados no Quadro 19 e evidenciam que, em termos gerais, existem diferenças nos dois grupos, no que respeita aos estilos parentais percebidos.

Quadro 19 - Percepção de estilos educativos parentais – EMBU (Análise da variância multivariada)

		GRUPOS		F	p
		GAd Média (DP)	GC Média (DP)		
Estilos parentais paternos	Suporte emocional	17,20 (5,46)	19,51 (5,09)	17,624	.000
	Rejeição	10,05 (3,50)	10,63 (3,35)	2,610	.107
	Sobreprotecção	13,86 (3,50)	14,57 (3,64)	3,608	.058
Estilos parentais maternos	Suporte emocional	18,87 (4,82)	21,16 (4,36)	20,738	.000
	Rejeição	11,13 (2,89)	12,09 (3,04)	9,016	.003
	Sobreprotecção	14,12 (3,10)	15,35 (3,714)	10,791	.001
Traço de Hotelling = 0,132; F(6, 364) = 39,34; p = .000					

Com base na análise da variância multivariada, podemos concluir:

- Relativamente aos **estilos educativos parentais paternos**, os grupos (GAd e GC) distinguem-se apenas relativamente à percepção de **suporte emocional**, com as adolescentes do **grupo de controlo a percepcionarem significativamente maior suporte emocional que as adolescentes do grupo de grávidas e mães adolescentes**; os grupos não se distinguem pois, de forma significativa, nas dimensões rejeição e sobreprotecção.
- No que respeita aos **estilos educativos parentais maternos**, verificam-se diferenças nas três dimensões. Mais especificamente, as adolescentes do grupo de controlo **percepcionam maior suporte emocional que as adolescentes grávidas e mães**. Adicionalmente, as **grávidas e mães adolescentes percebem as suas mães como tendo estilos parentais pautados por menor rejeição e também menor sobreprotecção**, quando comparadas com o grupo de controlo.

Tendo em conta esta informação, podemos depreender que, para além de menor suporte emocional, os índices inferiores de sobreprotecção e rejeição (entendida como a tentativa parental de modificar as vontades do filho) parecem **indicar uma menor supervisão parental nas grávidas e mães adolescentes, pelo menos a nível materno**.

É de salientar que, quando nos referimos aos grupos de grávidas e mães adolescentes, a percepção dos estilos educativos parentais maternos e paternos não é influenciada pelo facto de as adolescentes viverem ou não com a sua família de origem.

De acordo com a percepção das grávidas e mães adolescentes, **os estilos educativos parentais são marcados por menor suporte emocional e por menor supervisão parental, sobretudo ao nível materno** (manifestos nos níveis inferiores de sobreprotecção e rejeição).

5.3.4. Caracterização sociodemográfica do companheiro da adolescente

Neste tópico, procedemos a uma caracterização sociodemográfica do companheiro da adolescente nos grupos considerados.

Estado civil

Como se verifica no Quadro 20, **no GC os companheiros das adolescentes são preponderantemente solteiros (99%)**, enquanto no grupo de grávidas e mães adolescentes, a **maioria dos companheiros das adolescentes são casados ou unidos de facto (78,2%)**. Como expectável, o GC e o GAd **distinguem-se de forma significativa** [$\chi^2(2) = 157,50$; $p = .000$] relativamente a esta variável.

Quadro 20 – Estado civil dos companheiros das adolescentes (%)

ESTADO CIVIL DO COMPANHEIRO	GRUPOS			
	GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
	n	%	n	%
Solteiro	37	21,3	103	99
Casado/União de Facto	136	78,2	1	1
Separado/ Divorciado	1	0,6	0	0

Cerca de **8,7%** dos companheiros das grávidas adolescentes e **4,8%** dos companheiros das mães adolescentes tiveram, anteriormente, **relações maritais**. No que respeita à **existência de outros filhos**, isso acontece em **5,4%** dos companheiros das grávidas adolescentes e **7,1%** dos companheiros das mães adolescentes. As diferenças entre os dois grupos (GGAd e GMAd) **não são estatisticamente significativas**.

Idade

Como é visível no gráfico (cf. Figura 46), **os companheiros das adolescentes do GC** ($M = 19,92$; $DP = 3,19$) **são significativamente** [$t(275) = 6.61$; $p = .000$] **mais novos** que os companheiros das grávidas e das mães adolescentes ($M = 22,94$; $DP = 3,90$).

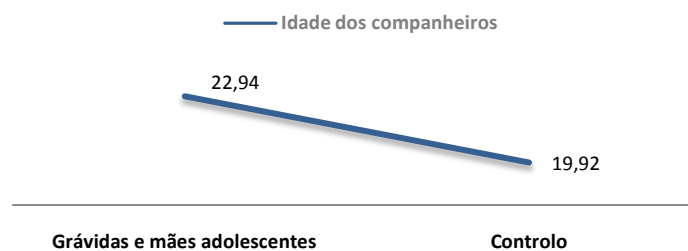


Figura 46 – Idade dos companheiros das adolescentes (média)

Em ambos os grupos (GC e GAd), **os namorados são significativamente mais velhos que as adolescentes** [GAd: $t(175) = -20,12$; $p = .000$; GC: $t(100) = -10,72$; $p = .000$], embora essa **diferença seja mais acentuada no grupo de grávidas e mães adolescentes**.

Habilitações literárias e situação profissional

No Quadro 21, apresentamos informação relativa às habilitações literárias dos companheiros, nos dois grupos considerados na análise. Os companheiros das adolescentes do **grupo de grávidas e mães possuem, na sua maioria, o segundo ou terceiro ciclo do ensino básico** (no total, **72,5%**), enquanto **no GC os companheiros possuem preponderantemente o terceiro ciclo ou o ensino secundário** (no total, **87,4%**), revelando-se estas diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(6) = 76,57$; $p = .000$].

Na Figura 47, apresentamos a distribuição gráfica das habilitações literárias dos companheiros das adolescentes nos vários grupos, em função de terem ou não completado a escolaridade obrigatória. No GC, cerca de **46%** dos companheiros completaram a escolaridade obrigatória (3º ciclo do ensino básico) e **44,8%** possuem habilitações superiores (secundário e superior). Já no grupo de grávidas e mães adolescentes, **apenas cerca de um terço dos companheiros das adolescentes completaram a escolaridade obrigatória**, sendo bastante menos os companheiros neste grupo que possuem habilitações superiores. As **diferenças a este nível são estatisticamente significativas** [$\chi^2(3) = 76,84$; $p = .000$].

Quadro 21 – Habilitações literárias dos companheiros das adolescentes (%)

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DO COMPANHEIRO	GRUPOS			
	GAd (n = 176)		GC (n = 225)	
	n	%	n	%
Não completou o 1º ciclo	1	0,6	-	-
1º Ciclo	23	13,5	-	-
2º Ciclo	65	38	6	6,9
3º Ciclo	59	34,5	40	46
Secundário	13	7,6	36	41,4
Superior	-	-	3	3,4
Não sabe	10	5,8	2	2,3

■ Habilitações superiores à escolaridade obrigatória ■ Completou escolaridade obrigatória
■ Não completou escolaridade obrigatória

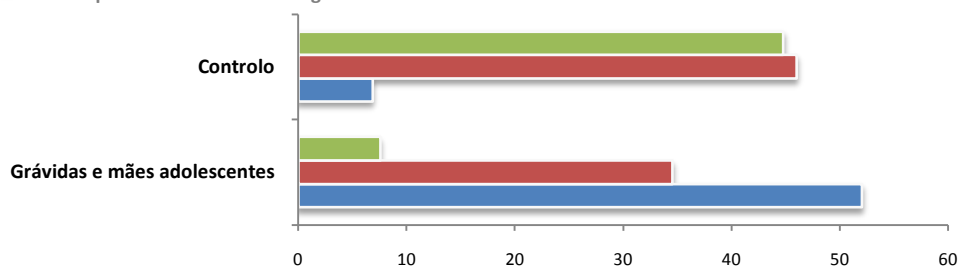


Figura 47 – Habilitações literárias dos companheiros das adolescentes (%)

Adicionalmente, cerca de **45,3% dos companheiros das adolescentes do GC ainda estudam** na actualidade, enquanto isso acontece apenas para **4% dos companheiros das grávidas e mães adolescentes**, revelando-se estas diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(1) = 70,17; p = .000$] (cf. Figura 48).

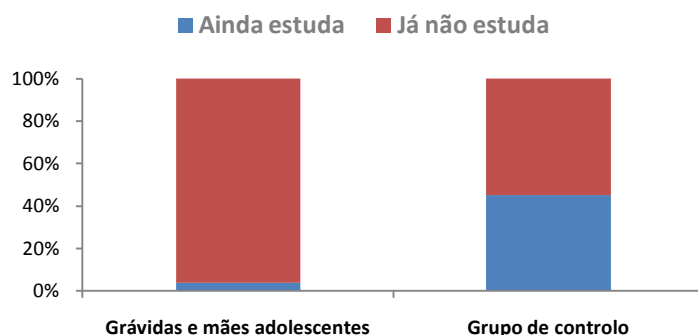


Figura 48 – Frequência actual da escola dos companheiros das adolescentes (%)

Verificámos ainda as categorias profissionais dos companheiros das adolescentes, nos dois grupos (a informação é apresentada no Quadro 6, em anexo). No grupo de grávidas e mães adolescentes, **a categoria profissional mais frequente é a Construção Civil (55,7%), seguindo-se as funções na área da Agricultura e Pescas (14,7%)**. No GC, como expectável, verifica-se uma maior percentagem de companheiros das adolescentes que são **ainda estudantes (44,2%)**, sendo a categoria profissional mais frequente a Construção Civil (**24,2%**).

Em termos **sociodemográficos, os companheiros** (e pais do bebé) das adolescentes do grupo de grávidas e mães, caracterizam-se por: a) serem **maioritariamente casados ou viverem em união de facto (78,2%)** com as suas companheiras; b) terem uma idade média de 22,94 anos, sendo **significativamente mais velhos que as adolescentes e que os companheiros das adolescentes do grupo de controlo**; c) uma **menor percentagem de sujeitos que completaram a escolaridade obrigatória (34,5%)** e que se encontra ainda a estudar (4%), estando **maioritariamente a trabalhar** em profissões classificadas como “*trabalhadores não qualificados*”.

Hábitos de consumo

Representado nos gráficos seguintes, estão os hábitos de consumos dos companheiros das adolescentes, nos dois grupos considerados (cf. Figura 49).

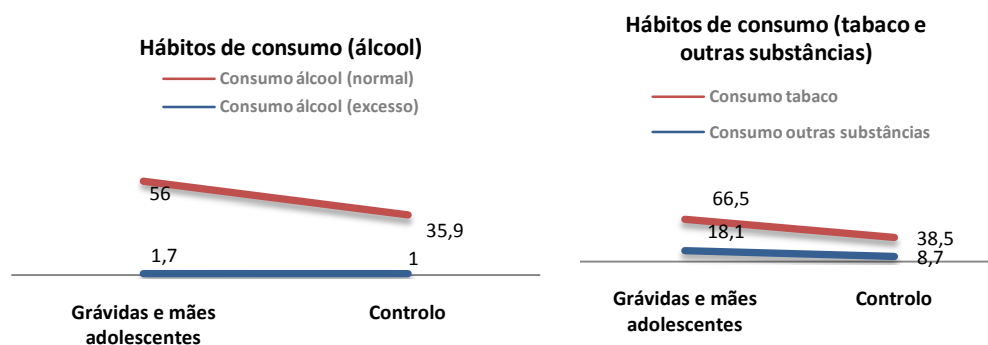


Figura 49 – Hábitos de consumo dos companheiros das adolescentes (%)

No que respeita aos **hábitos de consumo de álcool dos companheiros das adolescentes, não se verificam diferenças significativas** [$\chi^2(2) = 2,76; p = .251$] entre o GC e os grupos de grávidas e mães adolescentes. O consumo de álcool apresenta-se como relativamente menos frequente nos companheiros das adolescentes do grupo de controlo (37%), embora as diferenças não atinjam significância estatística. Por outro lado, verificam-se diferenças significativas entre os grupos ao nível do **consumo de tabaco** [$\chi^2(1) = 20,83; p = .000$] e do consumo de **outras substâncias** [$\chi^2(5) = 20,46; p = .014$].

Relativamente ao **consumo de tabaco**, encontra-se uma **maior percentagem de consumo nos companheiros das grávidas e mães adolescentes (66,5%)**. Estas diferenças estão também patentes de forma significativa [$t(261) = 6,04; p = .000$] no número médio de cigarros consumidos pelos companheiros das adolescentes, sendo este número significativamente inferior nos companheiros das adolescentes do GC [$M = 3,78; DP = 6,73$] do que nos companheiros das adolescentes do GAd [$M = 11,85; DP = 11,94$]. No que concerne ao **consumo de outras substâncias, os companheiros das grávidas e mães adolescentes destacam-se pela maior percentagem de consumo (18,1%)**.

5.3.5. Contexto relacional das adolescentes

Neste ponto, procuramos caracterizar o contexto relacional das adolescentes, tomando como referência dois pólos organizadores: i) percepção da qualidade das relações actuais com significativos; e ii) satisfação com o apoio social recebido.

5.3.5.1. Percepção da qualidade das relações actuais

A percepção da qualidade das relações actuais das adolescentes com pessoas significativas, nomeadamente pais, companheiro e grupo de amigos, foi avaliada através de escalas de adjectivos, pedindo às adolescentes que classificassem as suas relações numa escala de 8 pontos, desde relação *inexistente* (1) a relação *extremamente boa* (8).

Relação com os pais

No que respeita à qualidade da relação com os pais (cf. Figura 50), as adolescentes nos três grupos percebem, de forma global, **uma melhor relação com a mãe** (classificando-a, em termos médios, como *boa a muito boa*) **do que com o pai** (classificada, em termos médios, como *razoável a boa*).

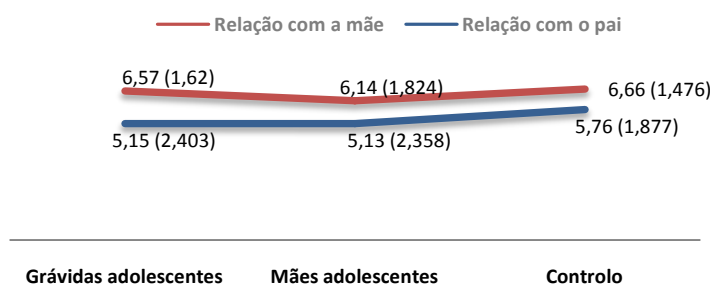


Figura 50 – Percepção da qualidade das relações com os progenitores (média e desvio-padrão)

Adicionalmente, verifica-se que as **adolescentes do GC percebem, em termos médios, a relação com os seus pais como superior** aos outros grupos; os valores mais **baixos** são obtidos pelas mães adolescentes.

Relação com o companheiro

A avaliação que as adolescentes fazem acerca da qualidade da relação actual com os seus companheiros **parece distinguir-se, sobretudo, ao nível das mães adolescentes**. De forma geral, as adolescentes do GC e as grávidas classificam a relação com os companheiros como *muito boas a extremamente boas*, e as adolescentes do grupo de mães adolescentes classificam a relação com os companheiros como *boa a muito boa* (cf. Figura 51).

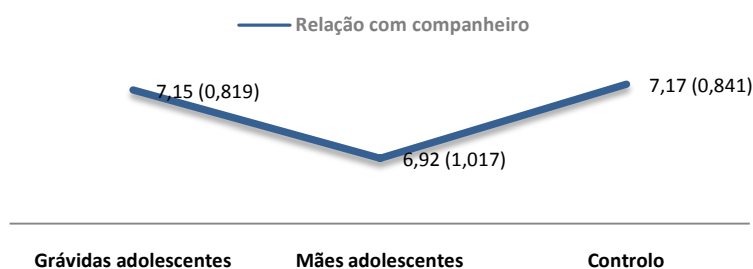


Figura 51 – Percepção da qualidade da relação com os companheiros (média e desvio-padrão)

Estes resultados parecem traduzir alguma **idealização** da relação por parte das jovens grávidas e sem história de gravidez; ao invés, as mães adolescentes, cujas relações são como vimos mais longas e já englobam as exigências acarretadas pelo papel materno e paterno, apresentam uma **percepção mais ponderada, embora positiva**, das suas relações amorosas.

Relação com o grupo de amigos

Como é possível verificar na figura seguinte, a percepção das adolescentes relativamente à qualidade da sua relação com o grupo de amigos é, em termos médios, diferente nos vários grupos. De forma geral, as adolescentes do GC classificam a relação com o grupo de amigos como *boa a muito boa*, enquanto **as adolescentes grávidas classificam a relação com os amigos como *má a razoável* e as mães adolescentes classificam a sua relação com os amigos como *razoável a boa*.**



Figura 52 – Percepção da qualidade da relação com o grupo de amigos (média e desvio-padrão)

Neste contexto, podemos sugerir que se verifica uma melhoria da relação com o grupo de amigos, da gravidez para a maternidade adolescente, sendo este movimento inverso ao que se verifica na relação das adolescentes com os seus companheiros; no entanto, relembrando o resultado obtido na avaliação das áreas de satisfação da vida das adolescentes, recordamos que as mães adolescentes não citaram os amigos como fonte de gratificação, o que poderá indiciar afastamento em relação à rede de amizades.

Adicionalmente, procedeu-se à análise da variância multivariada (cf. Quadro 22) para estudar as diferenças entre os grupos de grávidas e mães adolescentes e o grupo de controlo, relativamente à percepção da qualidade da sua relação com os pais e com os amigos.

Quadro 22 – Percepção da qualidade das relações actuais (Análise da variância multivariada)

RELAÇÃO	GRUPOS			F	p	Post-Hoc*
	GGAd Média (DP)	GMAAd Média (DP)	GC Média (DP)			
Mãe	6,57 (1,62)	6,14 (1,82)	6,66 (1,48)	3,307	.038	GC > GMAAd
Pai	5,15 (2,40)	5,13 (2,36)	5,76 (1,88)	4,206	.016	GC > GMAAd, GGAd
Amigos	4,96 (2,35)	5,19 (1,94)	6,88 (1,02)	62,424	.000	GC > GMAAd, GGAd
Traço de Pillai = 0,258; F(6, 792) = 19,519; p = .000						*Dunnet

Da análise da variância multivariada podemos depreender:

- No que respeita à qualidade da relação com a **mãe**, as adolescentes do grupo de controlo percebem-na como significativamente melhor que as adolescentes do grupo de mães adolescentes, não se distinguindo das adolescentes grávidas;
- Relativamente à qualidade da relação com o **pai**, verificam-se diferenças significativas entre os grupos GGAd e GMAAd e o grupo de controlo, com as adolescentes do

grupo de controlo a perceberam a relação com os seus pais como significativamente superiores;

- Ao nível da relação com o **grupo de amigos**, verifica-se também que as adolescentes do grupo de controlo percebem a sua relação com os amigos como significativamente melhor que as adolescentes do grupo GGAd e GMAd.

Na análise anterior, não considerámos a avaliação da qualidade da relação com o companheiro para o modelo, por existir um grande número de adolescentes no GC que não possui namorado actualmente, podendo este factor ser confundente para os resultados. Analisando a **percepção das grávidas e mães adolescentes com os companheiros**, verifica-se a existência de diferenças significativas entre os grupos [$t(147,01) = 2,39$; $p = .018$], com as **grávidas a perceberem melhor qualidade na relação**, como vimos anteriormente.

O fenómeno da gravidez na adolescência parece ter impacto, sobretudo na **diminuição da qualidade da relação das adolescentes com o pai e com o seu grupo de amigos**; a diminuição significativa da qualidade da relação com **a mãe** só se verifica no grupo de mães adolescentes, podendo sugerir-se que esta não é tanto afectada pela notícia da gravidez, mas possivelmente pelo afastamento inerente às mudanças no agregado familiar que se verificam principalmente após o nascimento do bebé.

5.3.5.2. Satisfação com o apoio social percebido

A satisfação das adolescentes com o apoio social percebido foi avaliada através de escalas de adjetivos, pedindo às adolescentes que, numa escala de 0 (= *Nada satisfeita*) a 5 (= *Extremamente satisfeita*), se posicionassem relativamente à satisfação que sentem, no momento actual, com o **apoio social recebido por parte de pessoas significativas** (pais, namorado e família do namorado) e de instituições (escola e técnicos/serviços de saúde especializados).

Apoio social dos pais

No que respeita à satisfação com o apoio social dos pais, **as adolescentes nos três grupos estão, de forma global, mais satisfeitas com o apoio social da mãe** (classificando-o como *muito a extremamente satisfatório*) **do que com o apoio social do pai** (classificando-o como *satisfatório a muito satisfatório*)¹⁹. Os resultados médios nestas variáveis estão representados na Figura 53.

¹⁹ Nos três grupos, a diferença entre a percepção do apoio social prestado pela mãe e o apoio social prestado pelo pai é estatisticamente significativa [GGAd: $t(90) = 5,09$; $p = .000$; GMAd: $t(83) = 4,13$; $p = .000$; GC: $t(222) = 6,47$; $p = .000$].

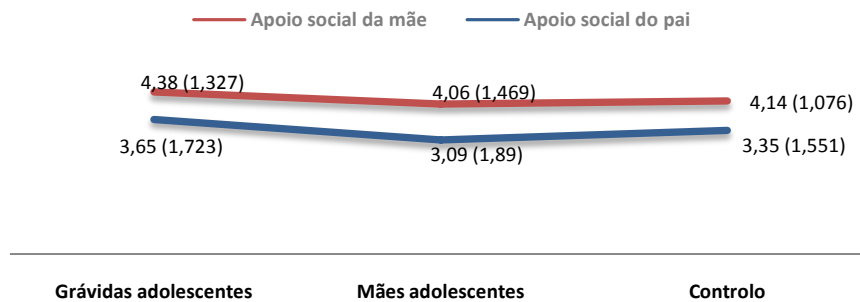


Figura 53 – Satisfação com o apoio social dos progenitores (média e desvio-padrão)

Procedeu-se a uma análise da variância multivariada, para testar as diferenças entre a satisfação com o apoio social dos pais nos três grupos, **não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas** [Traço de Pillai = 0,011; $F(4,720) = 0,997$; $p = .409$].

Apoio social do namorado e família do namorado

As adolescentes, nos três grupos considerados, classificam o **apoio social do namorado como muito a extremamente satisfatório**. Como se verifica, são as adolescentes do grupo de **grávidas que se posicionam como mais satisfeitas com o apoio social do namorado**, sendo as **mães adolescentes** aquelas que, por comparação, estão **menos satisfeitas com o apoio social do companheiro**.

Por outro lado, o **apoio social da família do namorado** (cf. Figura 54) é percecionado como **satisfatório a muito satisfatório** nos três grupos considerados, mantendo-se um padrão semelhante ao verificado no apoio social do companheiro.

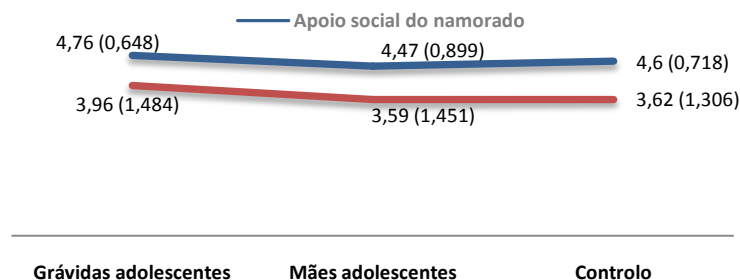


Figura 54 – Satisfação com o apoio social do namorado e da família do namorado (média e desvio-padrão)

É curioso notar que, em termos médios, nos três grupos considerados, as adolescentes estão **mais satisfeitas com o apoio social da família do namorado do que com o apoio social do seu próprio pai**.

Para testar as diferenças entre a satisfação com o apoio social do companheiro e da sua família, nos três grupos, procedeu-se a uma análise de variância multivariada. O modelo não se revelou estatisticamente significativo [Traço de Pillai = 0,029; $F(4,498) = 1,819$; $p = .124$], sugerindo que **não existem diferenças entre os grupos neste domínio**. É de salientar, contudo, a tendência para a significância estatística na satisfação das adolescentes com o apoio social do companheiro [$F(2) = 3,013$; $p = .051$], verificando-se (pelos *testes post-hoc*)

que as **grávidas adolescentes se encontram tendencialmente mais satisfeitas com o apoio social do companheiro** que as mães adolescentes.

Apoio social da escola²⁰

Relativamente à satisfação com o apoio social da escola, verificam-se diferenças quando comparamos os três grupos [$F(2) = 3,225$; $p = .041$]. De facto, as adolescentes do GC consideram o apoio social recebido da escola como *satisfatório a muito satisfatório* [$M = 3,75$; $DP = 0,98$], tal como o GMAd [$M = 3,30$; $DP = 1,46$], distinguindo-se este do grupo de **grávidas adolescentes, que classificam o apoio social da escola como muito a extremamente satisfatório** [$M = 4,08$; $DP = 1,09$].

Apoio social dos serviços e técnicos de saúde

Na Figura 55, apresentamos informação relativa à satisfação das adolescentes, em termos médios, com o apoio social recebido dos serviços e técnicos de saúde.

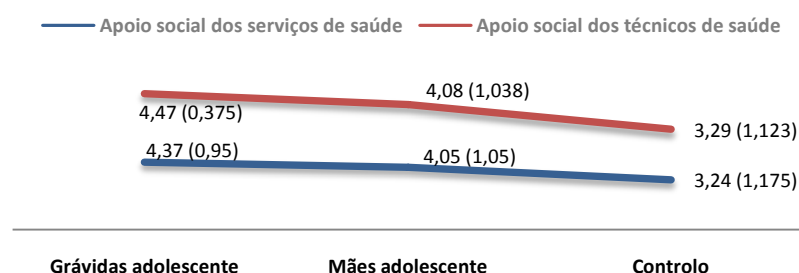


Figura 55 – Satisfação com o apoio social recebido dos serviços e técnicos de saúde (média e desvio-padrão)

Como é possível observar pelo gráfico anterior, as adolescentes do grupo de **grávidas e do grupo de mães adolescentes percebem o apoio social dos serviços de saúde como muito a extremamente satisfatório**, distinguindo-se das adolescentes do grupo de controlo, que percebem o apoio social dos serviços de saúde como *satisfatório a muito satisfatório*.

Relativamente à satisfação com o apoio social dos técnicos de saúde, verificam-se também diferenças entre os grupos. Mais especificamente, **as grávidas adolescentes estão mais satisfeitas com o apoio social recebido dos técnicos de saúde que as mães adolescentes** que, por sua vez, estão mais satisfeitas com o apoio social recebido dos técnicos de saúde que as adolescentes do GC.

Para avaliar as diferenças entre os grupos, relativamente à satisfação com o apoio social dos serviços e técnicos de saúde, procedeu-se à realização de uma análise multivariada da variância, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, a este nível [Traço de Pillai = 0,207; $F(4,792) = 22,878$; $p = .000$] (cf. Quadro 23).

²⁰ Apenas as adolescentes do grupo GGAd e GMAd que ainda se encontram a estudar responderam a esta questão.

**Quadro 23 – Satisfação com o apoio social dos técnicos e serviços de saúde
(Análise da variância multivariada)**

RELAÇÃO	GRUPOS			F	p	Post-Hoc*
	GGAd Média (DP)	GMAAd Média (DP)	GC Média (DP)			
Serviços de Saúde	4,37 (0,95)	4,05 (1,06)	3,24 (1,18)	40,460	.000	GC < GGAd, GMAAd
Técnicos de Saúde	4,47 (0,74)	4,08 (1,04)	3,29 (1,10)	50,012	.000	GC < GGAd, GMAAd
Traço de Pillai = 0,207; F(4, 792) = 22,878; p = .000						*Dunnet

Como é possível verificar, **as grávidas e mães adolescentes (grupo GAd) encontram-se, comparativamente ao grupo de controlo, significativamente mais satisfeitas com o apoio social dos serviços e dos técnicos de saúde**, o que pode ser resultado do contacto mais assíduo e frequente com estes serviços, e com a maior mobilização dos mesmos para o acompanhamento das grávidas e mães adolescentes.

De acordo com a sua percepção, as mães adolescentes e, **sobretudo, as grávidas adolescentes, sentem-se mais apoiadas institucionalmente** (escola, serviços e técnicos de saúde) do que as adolescentes do grupo de controlo. Ao nível do **apoio por parte de pessoas significativas** (pais, namorado e sua família) não se encontram diferenças significativas.

5.4. História sexual e reprodutiva

A primeira parte do tópico referente à história sexual e reprodutiva contempla dados biológicos e relacionais acerca da sexualidade. Em primeiro lugar, destacamos o indicador fisiológico da capacidade reprodutiva das jovens, a menarca, que constitui uma condição necessária para a ocorrência de gravidez. Em seguida, damos especial relevo à vivência da sexualidade, no que toca à percentagem de adolescentes sexualmente activas, à idade de início da vida sexual e ao número de parceiros. As informações relativas aos conhecimentos sobre contraceptivos e à sua utilização são alvo de uma cuidada análise, atendendo à sua relevância para o tema em estudo. Também serão estudadas as informações de que as jovens dispõem quanto às doenças sexualmente transmissíveis. Por último, os dois grupos são comparados em aspectos associados à gravidez: a história familiar de gravidez adolescente e a percepção do impacto da gravidez em várias áreas da vida.

5.4.1. Menstruação

Quase todas as jovens que participaram no estudo já tiveram a menarca, como é notório na Figura 56. Apenas sete adolescentes (**1,7%**) pertencentes ao GC referem ainda não ter tido a primeira menstruação. O facto de, em comparação, todas as jovens do GAd já serem menstruadas traduz uma **diferença estatisticamente significativa** [$\chi^2(1) = 5,89$; $p =$

.014] na percentagem de adolescentes com capacidade reprodutiva que existem nos dois grupos (96,7% no GC vs. 100% no GAd).

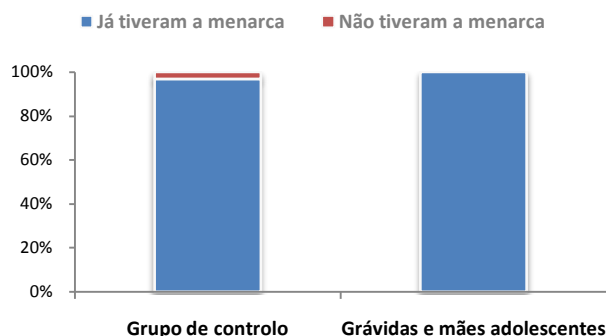


Figura 56 – Adolescentes que já tiveram e que ainda não tiveram a menarca (%)

A idade média de aparecimento da primeira menstruação é de 12,21 anos ($DP = 1,47$), sendo que, na nossa amostra, as respostas oscilam entre os 9 e os 17 anos. Não há diferenças significativas entre a idade em que ocorreu a menarca nas adolescentes do GC e as grávidas e mães [$t(363) = 0,919$; $p = .359$].

5.4.2. Vida sexual: início e actividade

Como podemos verificar na Figura 57, todas as adolescentes do GAd já iniciaram a vida sexual. No GC, pelo contrário, apenas 43,8% das adolescentes iniciou a sua vida sexual, o que constitui uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos [$\chi^2(1) = 144,53$; $p = .000$].

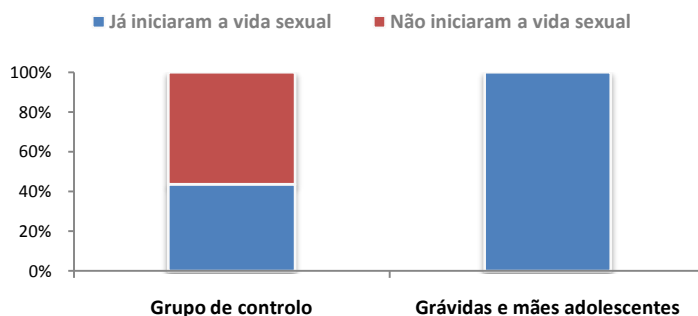


Figura 57 – Adolescentes sexualmente activas e inactivas (%)

A idade média de início da vida sexual corresponde, nesta amostra, aos 15,32 anos ($DP = 1,35$), variando entre os 11 e os 19 anos. Considerando apenas as adolescentes que já iniciaram a vida sexual, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na idade de início [$t(267) = 2,97$; $p = .003$], sendo que as adolescentes sem história de gravidez tendem a começar a sua vida sexual ligeiramente mais tarde [15,65 anos ($DP = 1,41$), sendo 15,14 ($DP = 1,30$) o valor médio do grupo GAd].

Excluindo as jovens que ainda não iniciaram a vida sexual, o número médio de parceiros sexuais no nosso estudo é de **1,53 (DP = 0,94)**, havendo respostas que variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 6 parceiros. **A variável número de parceiros não constitui uma diferença significativa entre os grupos** de adolescentes do GAd e do GC [$t(262) = -0,79$; $p = .430$], apesar de, para as primeiras, o número médio de parceiros ser ligeiramente mais elevado [**1,56 (DP = 0,97)** vs. **1,47 (DP = 0,87)**].

5.4.3. Contracepção: conhecimentos e utilização

No que respeita à informação de que as jovens dispõem acerca dos métodos contraceptivos existentes, considerámos pertinente não agrupar as grávidas e as mães adolescentes atendendo a que, no último grupo, a vivência da gestação e nascimento do bebé, bem como o acesso a consultas de planeamento familiar após o parto pode contribuir positivamente para o conhecimento que estas jovens têm sobre os métodos disponíveis para prevenir a gravidez. Assim, torna-se importante destacar, em primeiro lugar, o facto de **apenas uma pequena percentagem de jovens referir não conhecer qualquer método (2,3% no GC e 3,3% no grupo de grávidas adolescentes)**. No que toca às **mães adolescentes, todas afirmam conhecer pelo menos um método contraceptivo**. Importa também mencionar o facto de cinco adolescentes do GC (correspondentes a **1,2%** da amostra) terem deixado esta pergunta por responder, o que poderá indicar que não têm qualquer informação acerca das formas que permitem evitar a gravidez. O número médio de métodos contraceptivos mencionados pelas adolescentes é de **2,38 (DP = 1,06)**, com respostas a variar entre 0 e 6. **Não existem diferenças significativas** entre o GC e o grupo de grávidas adolescentes [**2,30 (DP = 1,10)** vs. **2,27 (DP = 0,94)**], o que nos leva a colocar a hipótese de as grávidas terem respondido a esta questão atendendo ao número de métodos que conhecem actualmente, e não aos que conheciam no momento em que engravidaram. Quando consideramos o grupo de mães adolescentes, verificamos que **estas jovens conhecem um número (M = 2,70, DP = 1,02) significativamente [$F(2, 393) = 5,13$; $p = .006$] superior de métodos contraceptivos tanto em comparação com as grávidas adolescentes, como com o GC**, o que atribuímos ao investimento que é feito no acesso destas jovens ao planeamento familiar após o parto.

Os métodos mais frequentemente referidos são, em todos os grupos, a pílula e o preservativo, de acordo com a Figura 58. É curioso notar que há determinados métodos que são mais conhecidos pelas mães adolescentes, uma vez que são propostos como opções contraceptivas após o parto, nomeadamente o implante e o dispositivo intra-uterino. Importa sublinhar que **alguns dos métodos mencionados como possíveis formas de evitar a gravidez não constituem uma contracepção eficaz**, especificamente o método do calendário (apenas referido por **0,9%** das jovens do GC) e o coito interrompido (referidos por **2,2%** das grávidas, **1,2%** das mães e **1,4%** das adolescentes do GC). **São igualmente referidas opções que não são categorizadas como métodos contraceptivos**, pelo facto de apenas se recorrer a eles

post-facto: a interrupção voluntária da gravidez (que apenas **0,5%** das jovens do GC destacaram) e a pílula do dia seguinte (opção seleccionada por **1,1%** das grávidas, **2,4%** das mães e **5%** das jovens do GC como um dos métodos contraceptivos disponíveis).

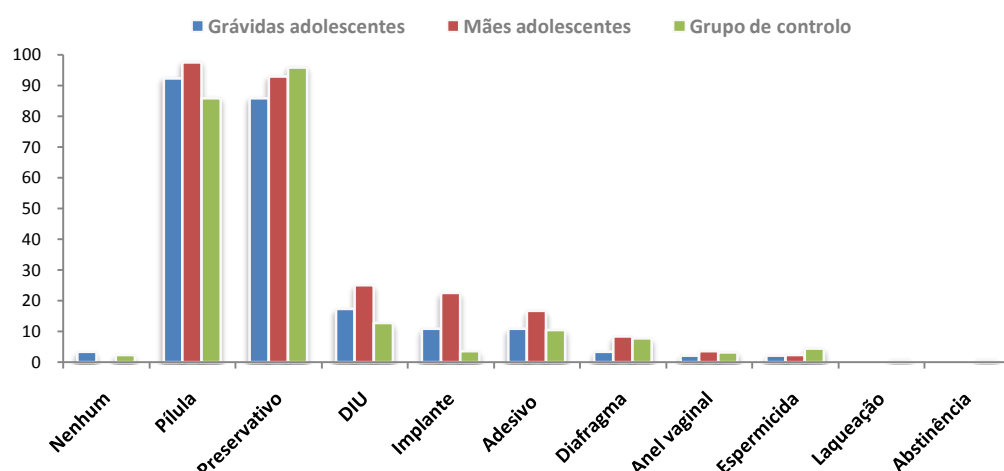


Figura 58 – Métodos contraceptivos referidos pelas adolescentes (%)

Não se verificando diferenças muito acentuadas entre grávidas e mães adolescentes no que se refere às fontes através das quais obtêm informação sobre métodos contraceptivos, optámos por voltar a juntar novamente estes grupos, estabelecendo a comparação apenas com o GC. Como podemos verificar na Figura 59, **a escola é a mais referida por ambos os grupos, embora tenha um papel significativamente mais importante** [$\chi^2(1) = 28,22$; $p = .000$] **na educação sexual das jovens do GC** (note-se que há uma elevada taxa de abandono escolar no GAd). Da mesma forma, **a sexualidade é um tema abordado com uma frequência significativamente** [$\chi^2(1) = 14,50$; $p = .000$] **superior nas famílias das adolescentes sem história de gravidez**, o que poderá constituir um factor de protecção para a gravidez na adolescência. Por seu lado, **os técnicos de saúde são uma fonte significativamente** [$\chi^2(1) = 12,76$; $p = .000$] **mais presente no caso das jovens com história de gravidez**, o que se associará ao acompanhamento médico que estas adolescentes recebem ao longo da sua gravidez e após o parto, nomeadamente no que se refere à prevenção de futuras gravidezes. **A percentagem de jovens do GC que recorrem aos amigos** [$\chi^2(1) = 6,71$; $p = .010$] **e aos meios de comunicação** [$\chi^2(1) = 9,01$; $p = .003$] **com o objectivo de obter informação sobre métodos contraceptivos é significativamente superior quando comparada com o GAd**, sendo que apenas **não se verificam diferenças no que respeita ao recurso aos livros** [$\chi^2(1) = 1,69$; $p = .194$]. No GC, a família consta em segundo lugar sendo que, no que toca às adolescentes do GAd, os técnicos de saúde têm um papel igualmente relevante.

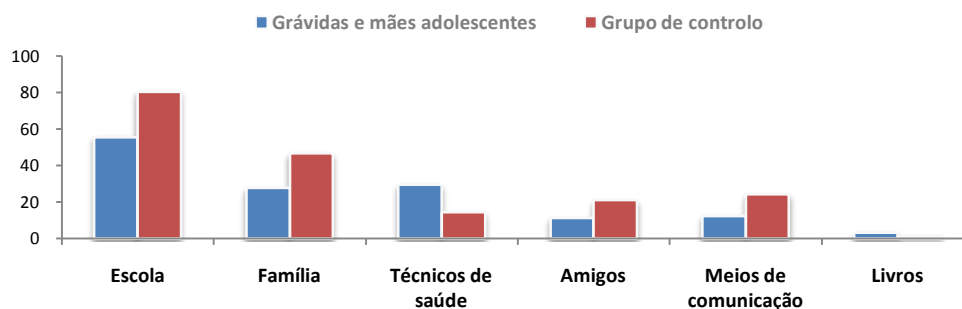


Figura 59 – Fontes de informação sobre métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)

Existe, em ambos os grupos, uma elevada percentagem de jovens não faz **concepção** (50% das adolescentes do GC e 64,2% das jovens do GAd – note-se que estes dados dizem respeito à contracepção antes da gravidez). No entanto, importa realçar que, devido ao facto de no GC mais de metade das adolescentes referir não ter ainda iniciado a vida sexual, está justificada a opção de não usarem presentemente quaisquer métodos contraceptivos. Atendendo a isto, apenas considerámos, nas análises que se seguem, as adolescentes sexualmente activas.

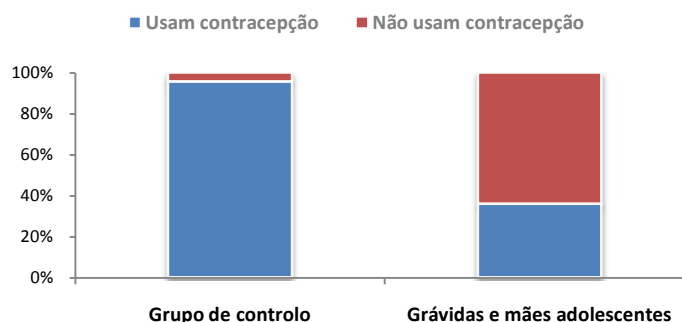


Figura 60 – Adolescentes sexualmente activas que usam e não usam contracepção (%)

A primeira informação que importa sublinhar prende-se com o facto de haver **diferenças estatisticamente significativas** [$\chi^2(1) = 93,00$; $p = .000$] na percentagem de **adolescentes sexualmente activas que usa contracepção** (35,8% no GAd vs. 95,8% no GC, cf. Figura 60). Também se registam diferenças nos métodos utilizados que, embora sejam os mesmos (preservativo, pílula ou a combinação de ambos), não são referidos com a mesma frequência pelas jovens, como nos indica a Figura 61. Assim, enquanto a **pílula é a forma de contracepção mais utilizada (17%) pelo GAd, seguida do preservativo (10,2%), no GC este constitui a primeira opção (51%), constando em segundo lugar a combinação da pílula e do preservativo (23,5%)**. Relativamente ao GAd, uma vez que as opções de contracepção, quando existem, recaem sobre alternativas consideradas bastante fiáveis no que respeita à prevenção da gravidez, é de supor que a sua má utilização terá estado na origem de algumas gravidezes não planeadas ocorridas neste grupo, tal como iremos explorar posteriormente.

É também de referir que **0,5% das adolescentes do GC recorre ao coito interrompido como forma de evitar a gravidez, um método de elevada falibilidade**. Por último, é importante sublinhar o facto de não haver referência a alguns dos métodos contraceptivos mais recentes, como é o caso do adesivo transdérmico e do anel vaginal, e de outra das mais recentes inovações na área da contraceção, o implante subcutâneo, ainda ser pouco utilizado (apenas **0,5%** das adolescentes do GC). Estes novos métodos comportam vantagens no que toca à sua utilização que podem ser benéficas para as adolescentes, mais especificamente o facto de a sua eficácia não ser influenciada por problemas gastrointestinais e de não exigirem um compromisso diário, podendo evitar a ocorrência de muitas gravidezes indesejadas na adolescência.

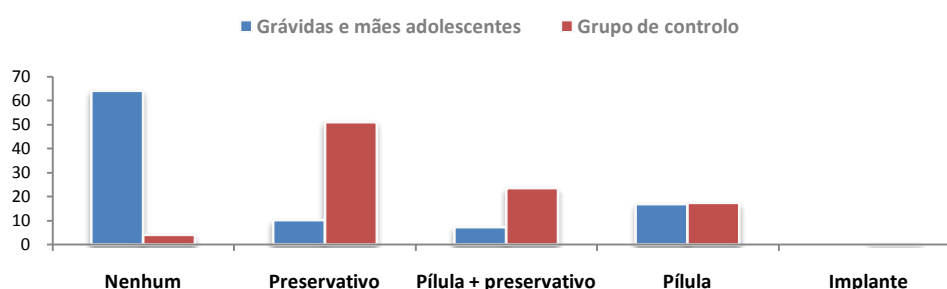


Figura 61 – Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes (%)

As razões apontadas para a utilização de contraceptivos, expostas na Figura 62, **são semelhantes nos dois grupos** e incluem a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), mais frequentemente citada, e a regulação da menstruação, mencionada por uma baixa percentagem de adolescentes.

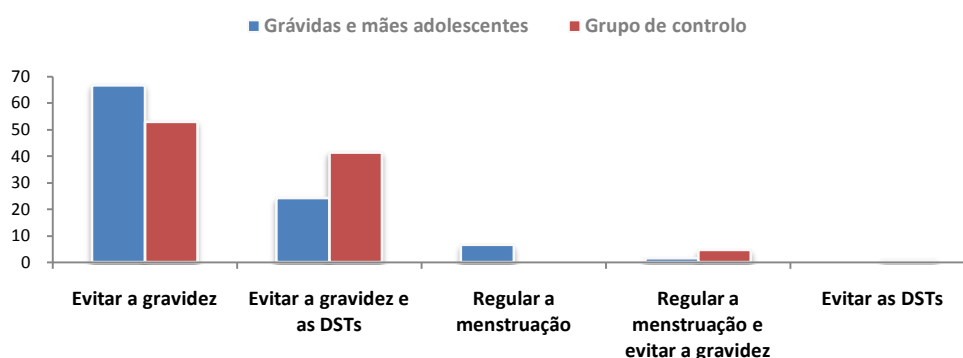


Figura 62 – Razões para a utilização de métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)

As diferenças entre grupos surgem, como esclarece a Figura 64, **nas motivações subjacentes à não utilização de métodos contraceptivos** (note-se que, no GC, apenas quatro adolescentes se encontram nesta situação e, dessas, apenas duas indicam os motivos que fundamentam a sua opção). Enquanto, no GC, uma das jovens referiu não ter presentemente namorado, tendo a segunda alegado outros motivos, no GAd as razões são bastante mais variadas, sendo a mais frequente a intenção de engravidar (**26%**). Uma percentagem igual-

mente significativa das jovens desse grupo (28,7%) refere como motivos o facto de a própria ou de o namorado não quererem ou não gostarem de usar qualquer dos métodos existentes. É importante evidenciar também a percentagem expressiva (16,4%) de jovens que não faz contracepção por subestimar a probabilidade de ocorrência de uma gravidez não planeada (uma justificação apenas apresentada pelas adolescentes com história de gravidez). A necessidade de divulgar informação e facilitar o acesso a métodos contraceptivos fica patente através das jovens que indicam como justificação para o facto de não fazerem contracepção a falta de conhecimento (5,3%) e o facto de terem vergonha de abordar esse assunto com a família e/ou com técnicos de saúde (5,5%).

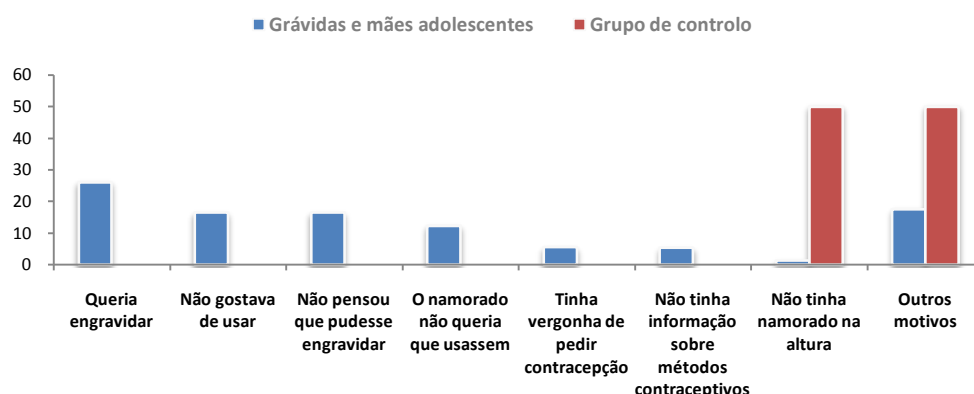


Figura 63 – Razões para a não utilização de métodos contraceptivos referidas pelas adolescentes (%)

5.4.4. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimentos e utilização de preservativo

No que respeita ao número de doenças sexualmente transmissíveis conhecidas pelas adolescentes, começámos por comparar as grávidas ($M = 0,97$, $DP = 0,73$) com as mães ($M = 1,14$, $DP = 0,64$) e, não se verificando diferenças significativas [$t(194) = -1,68$; $p = .094$], mantivemos a opção de juntar estas jovens no mesmo grupo. A comparação com o GC revelou que o número de DSTs que cada grupo conhece é significativamente diferente [$t(388,29) = 7,02$; $p = .000$], com as adolescentes do GC a demonstrar conhecer mais DSTs [$1,64$ ($DP = 0,97$) vs. $1,05$ ($DP = 0,70$)]. A doença mais frequentemente citada é o VIH/SIDA, conhecida por 83% das adolescentes do GAd e por 97,7% das adolescentes do GC. Para além de ser notório que muitas DSTs são pouco referidas pelas jovens de ambos os grupos, é ainda mais relevante o facto de 1,4% das adolescentes do GC e 17% das adolescentes do GAd afirmarem desconhecer qualquer doença transmitida por via sexual (cf. Figura 64).

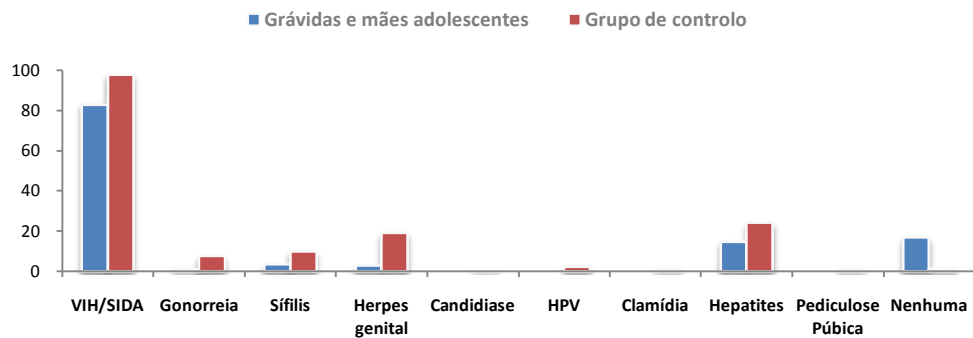


Figura 64 – Doenças sexualmente transmissíveis referidas pelas adolescentes (%)

No que respeita aos métodos existentes para evitar DSTs, **9,3% das jovens do GC e 23,9% das adolescentes do GAd desconhecem qualquer forma de prevenir a transmissão deste tipo de doenças, sendo que a diferença nestas percentagens é estatisticamente significativa** [$\chi^2(1) = 15,54; p = .000$]. **A maioria das jovens de ambos os grupos refere o preservativo como a forma de evitar doenças.** No entanto, há algumas adolescentes que acreditam erradamente que a pílula permite evitar a transmissão de DSTs (cerca de **4,3%** da amostra, sendo esta percentagem superior no GC).

Quanto à utilização de métodos que evitem as DSTs, **a maioria das adolescentes de ambos os grupos afirma não utilizar qualquer método (56,5% no GC e 63,6% no grupo GAd).** Cerca de um terço (**39,4%**) das adolescentes da amostra recorre ao preservativo para evitar DSTs, enquanto **1,4%** das adolescentes do GC afirmam recorrer à pílula com a mesma intenção. Atendendo a que a maioria das adolescentes do GC ainda não iniciou a vida sexual, optámos por comparar a utilização do preservativo com a intenção de evitar a transmissão de DSTs considerando apenas as jovens com uma vida sexual activa. Os dados indicam-nos que **a percentagem de adolescentes que usam preservativo para evitar DSTs é significativamente diferente** [$\chi^2(1) = 50,16; p = .000$] **no GC (81,3%) e no GAd (36,4%), sendo superior no primeiro grupo.**

Considerando apenas as adolescentes sexualmente activas que afirmaram não usar qualquer método para evitar a transmissão de DSTs, os motivos mais apontados apresentam-se na Figura 65. Repare-se que há razões apenas mencionadas pelo GAd, de que são exemplo o desconhecimento de DSTs (**24,8%**), que corresponde ao motivo mais frequentemente apontado, e o facto de o parceiro não gostar de usar preservativo (**15,6%**). Já no GC, a justificação mais vezes apresentada prende-se com o facto de confiarem no parceiro (**33,3%**), encontrando-se em segundo lugar o facto de não gostarem de usar preservativo (**25%**). **É preocupante o facto de, em ambos os grupos, existirem adolescentes que não usam preservativo nas relações sexuais devido ao facto de não conhecerem formas de prevenir as DSTs (16,7% no GC e 11% no GAd).**

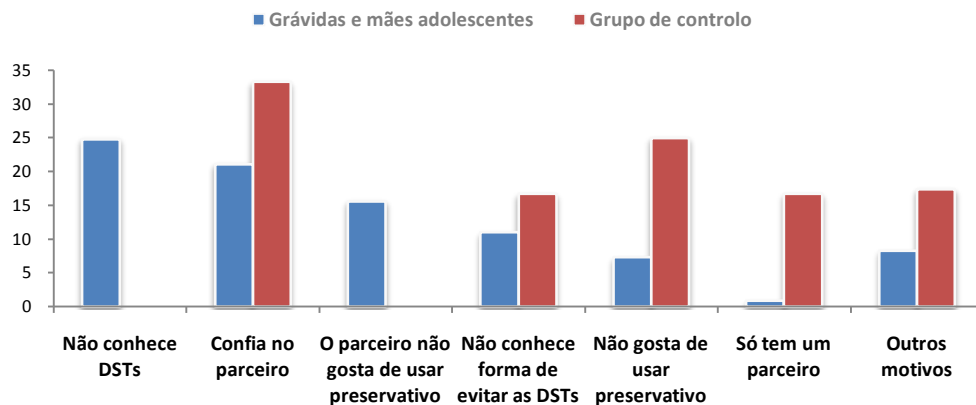


Figura 65 – Razões para a não utilização de métodos que evitem DSTs referidas pelas adolescentes (%)

5.4.5. História familiar de gravidez na adolescência

Atendendo ao facto de a gravidez na adolescência ser, em muitas situações, um fenómeno transgeracional, ou seja, com tendência a acontecer repetidamente dentro da mesma família, analisámos as diferenças existentes entre as adolescentes com e sem história de gravidez, no que toca à existência de uma gravidez na adolescência noutros membros da família. Os resultados mostram-nos que **as jovens com história de gravidez na adolescência referem com uma frequência significativamente superior** [$\chi^2(1) = 11,83$; $p = .001$] **história familiar de gravidez na adolescência (45,4% vs. 28,7%)**.

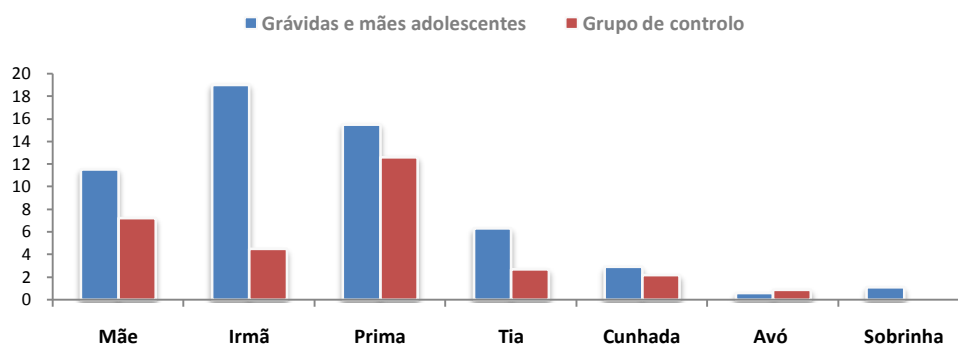


Figura 66 – Familiares com história de gravidez adolescente (%)

Procurámos igualmente identificar, como se vê na Figura 66, a familiar ou as familiares com história de gravidez adolescente sendo que, **no caso do GAd, se tratou, com maior frequência (19%), da irmã e, no GC, a prima foi a parente mais vezes referida (12,6%)**. Relativamente à frequência com que as várias familiares são referidas como tendo engravidado na adolescência, é de notar que **entre as jovens com e sem história de gravidez adolescente apenas existem diferenças estatisticamente significativas** [$\chi^2(1) = 21,22$; $p = .000$] **no que se refere ao número de vezes com que as irmãs são referidas, acontecendo com mais frequência no grupo de grávidas adolescentes (19% vs. 4,5%)**. No que toca às restantes parentes, a

frequência com que são referidas como tendo engravidado na adolescência não apresenta valores significativamente diferentes entre os dois grupos.

5.4.6. Percepção acerca do impacto da gravidez

Considerando diversos parâmetros e áreas da vida, procurámos conhecer a percepção das jovens acerca do impacto da gravidez (sendo as alternativas: nenhum; para melhor; ou para pior). Atendendo à diferença de vivências que se verifica entre adolescentes sem história de gravidez, grávidas adolescentes e mães adolescentes, optámos por analisar as respostas de cada grupo em separado.

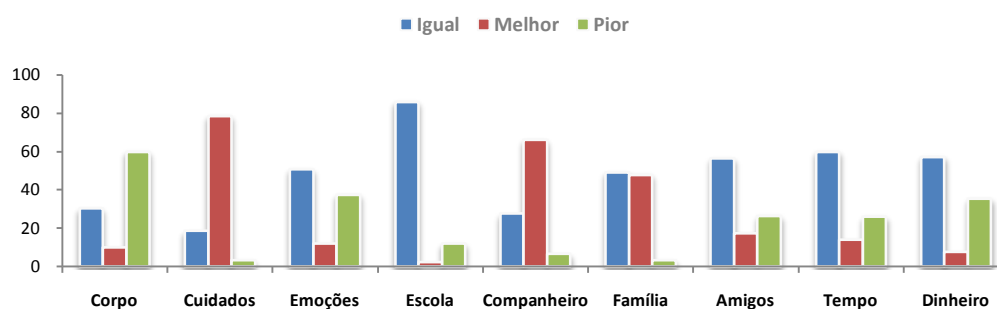


Figura 67 – GGad: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)

Em primeiro lugar, no que toca às grávidas adolescentes, podemos observar na Figura 67 que **a percepção das jovens varia bastante consoante a área de vida considerada**. Existem algumas dimensões que as adolescentes acreditam maioritariamente que **não serão afectadas pela gravidez**, nomeadamente no que toca à escola, ao relacionamento com os amigos, ao tempo disponível para si próprias, ao estado emocional (sendo que, apesar disso, quase um terço das adolescentes acredita que, neste parâmetro, o impacto da gravidez é negativo), à situação financeira e ao relacionamento com a família (embora, nesta última área, a percentagem de jovens que acredita que o impacto é positivo seja quase tão expressiva como a das jovens que crêem não existirem alterações significativas trazidas pela gravidez). **As áreas que as jovens acreditam que são mais beneficiadas com a gravidez dizem respeito aos cuidados com o estilo de vida (adopção de hábitos saudáveis) e à relação com o companheiro**. Por último, a única área de vida em que a maioria das jovens acredita que o impacto da gravidez é negativo prende-se com as modificações corporais trazidas pela gravidez.

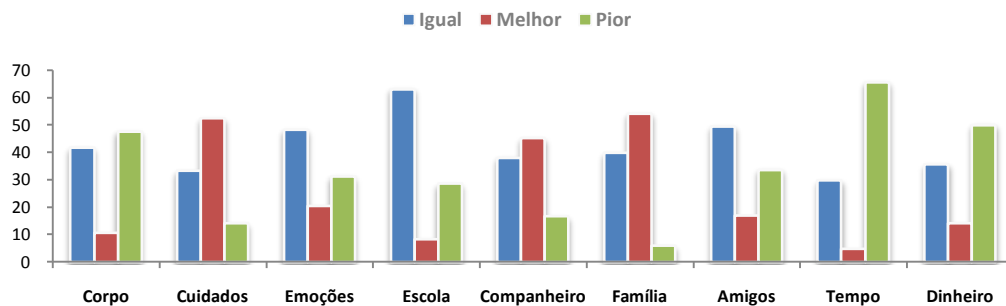


Figura 68 – GMAAd: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)

Por seu lado, como está patente na Figura 68, a **percepção das mães adolescentes**, possivelmente baseada também na sua experiência no exercício das funções parentais, **assume contornos diferentes dos das grávidas**, com a **percentagem de jovens que apresentam uma percepção negativa da gravidez a subir consideravelmente nalgumas áreas de vida, sendo especialmente acentuada no que respeita à disponibilidade de tempo e de dinheiro, e às questões corporais**. As áreas que, na perspectiva destas adolescentes, parecem manter-se inalteradas com a gravidez prendem-se com o estado emocional, a relação com os amigos e a escola. Por sua vez, **há três áreas que as jovens perspectivam como especialmente beneficiadas com a gravidez: os cuidados consigo próprias (alimentação, estilo de vida), e a relação com o companheiro e com a família**.

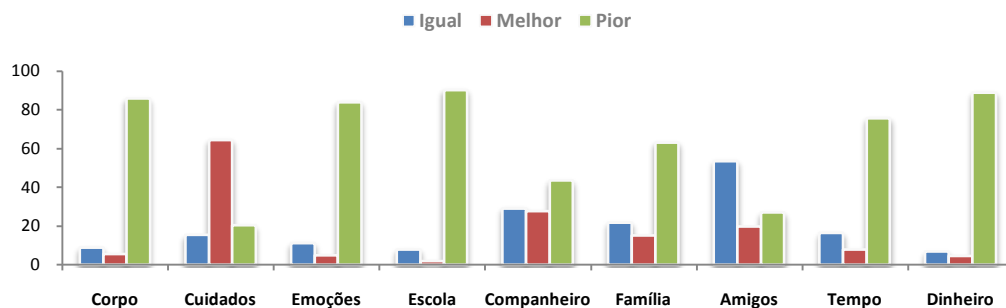


Figura 69 – GC: Percepção acerca do impacto da gravidez em diversas áreas da vida (%)

No que se refere ao grupo de controlo, é notória na Figura 69 a **tendência para avaliar de forma negativa o impacto da gravidez**, com sete das nove áreas a merecer maioritariamente uma má avaliação, especialmente acentuada no que se prende com o **corpo, o estado emocional, a escola, a disponibilidade de tempo e a situação financeira**. Relativamente às restantes áreas, é de mencionar que os cuidados pessoais são avaliados pela maioria das adolescentes deste grupo como sendo influenciados de forma positiva pela gravidez, enquanto mais de metade das jovens afirma não associar qualquer impacto da gravidez à relação com os amigos.

Há diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de grávidas e mães adolescentes nas variáveis associadas à sexualidade que é importante mencionar. Em primeiro lugar, registamos que **a capacidade reprodutiva não parece explicar o fenómeno da gravidez adolescente** dado que, apesar de ainda nem todas as jovens do GC serem menstruadas (1,7%), por oposição às do GAd, não existem diferenças na idade de aparecimento da primeira menstruação. As diferenças na percentagem de jovens com capacidade reprodutiva em cada grupo deve-se, provavelmente, ao facto de as adolescentes do GAd serem significativamente mais velhas.

O facto de as adolescentes do GAd já terem iniciado a vida sexual, enquanto menos de metade (43,8%) das adolescentes do GC o fez, é bastante relevante. **As adolescentes com história de gravidez tendem a iniciar a sua vida sexual significativamente mais cedo (15,14 anos)**, embora não haja diferenças quando consideramos o número de parceiros sexuais em cada grupo, se atendermos apenas às jovens que já iniciaram a vida sexual.

A variável mais importante refere-se aos conhecimentos e às opções de contraceção. **Apesar de quase todas as jovens conhecerem pelo menos um método contraceptivo, nem todas as adolescentes sexualmente activas fazem contraceção, sendo esta percentagem muito superior no GAd (64,2%).** Para além disso, **a sexualidade é um tema abordado com muito mais frequência pela família das adolescentes do GC**, embora seja sobretudo na escola que ambos os grupos obtêm informação sobre esta temática.

No que se refere especificamente à gravidez, **as jovens do GAd apresentam com mais frequência história familiar de gravidez adolescente (45,4% vs 28,7% no GC).** Quanto à percepção que têm acerca da gravidez, **as adolescentes do GC tendem mais a achar que esta tem um impacto negativo nas várias áreas da vida** (relações interpessoais, situação financeira, situação profissional, etc.).

5.5. Gravidez e parto

Nesta secção, **apenas consideraremos dados relativos às adolescentes com história de gravidez, uma vez que a totalidade das jovens que compõem o GC nunca esteve grávida, sendo esse um critério necessário para a inclusão no estudo.** Iremos abordar diversas variáveis relacionadas com a gravidez actual, começando por compreender as motivações subjacentes à decisão de engravidar ou, nos casos em que a gravidez não foi planeada, o que se verifica na maioria das situações, exploraremos as razões inerentes à falha dos métodos contraceptivos em uso. As reacções dos familiares mais próximos (mãe e pai), do pai do bebé e da adolescente à notícia da gravidez também são analisadas.

Serão igualmente considerados dados de ordem médica no que respeita a antecedentes obstétricos e informações relativas à presente gestação e ao parto. Por fim, apresentaremos dados respeitantes ao planeamento familiar após o parto.

5.5.1. Ocorrência da gravidez: motivação e planeamento

153 (86,9%) das adolescentes estão **grávidas pela primeira vez** ou deram à luz o **primeiro filho**, 21 (11,9%) mencionam **uma gravidez anterior** e 2 (1,1%) tiveram previamente duas gestações.

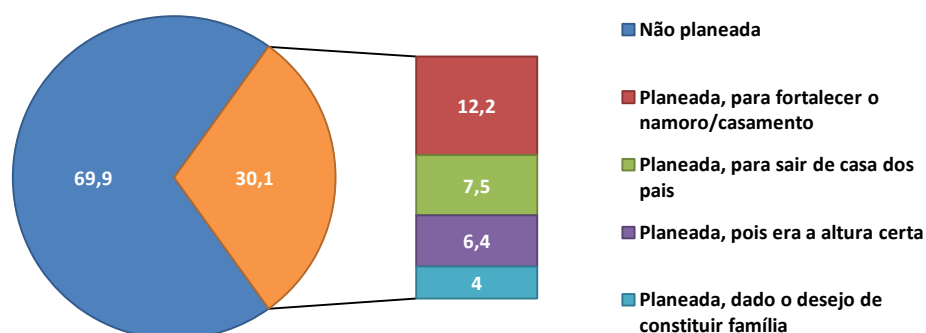


Figura 70 – GAd: Razões referidas para planear a gravidez (%)

Observando a Figura 70, constata-se que **cerca de dois terços destas gravidezes não foram planeadas**, sendo que, tendo apenas em conta os restantes casos, as razões que levaram a jovem (3,8%) ou o casal (96,2%) a optar por engravidar foram: *fortalecer a relação com o companheiro (40,4%); sair de casa dos pais e ir viver com o companheiro (25%); considerar que era a altura certa (21,2%) e desejar construir uma família (13,5%)*.

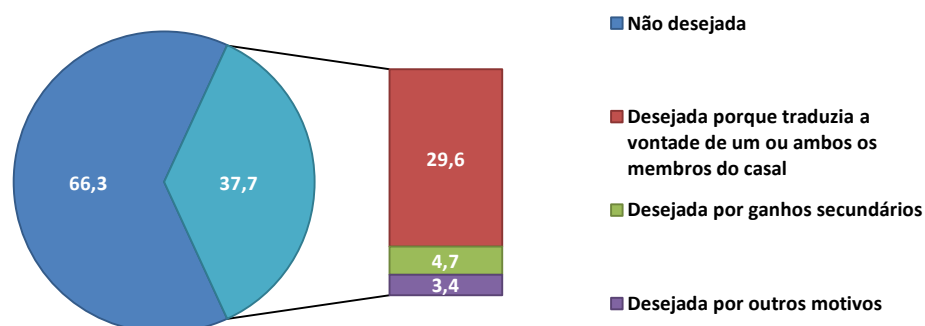


Figura 71 – GAd: Razões referidas para desejar a gravidez (%)

Analisando a Figura 71, conclui-se que **cerca de dois terços das jovens referem que a gravidez alvo de estudo no âmbito do presente projecto não foi desejada**. Contabilizando apenas os casos em que as adolescentes referiram tratar-se de uma gravidez desejada, os motivos apontados prendem-se com o facto de ter um filho ser um *desejo de um ou de ambos os membros do casal* e/ou de o casal *já ter a vida organizada (78,6%)*; com ganhos secundários (12,4%), nos quais se incluem passar a *viver com o namorado/sair de casa*, conseguir a *aprovação do namoro* por parte dos pais e *evitar a institucionalização*; e com outros motivos, apenas mencionados pontualmente (9%).

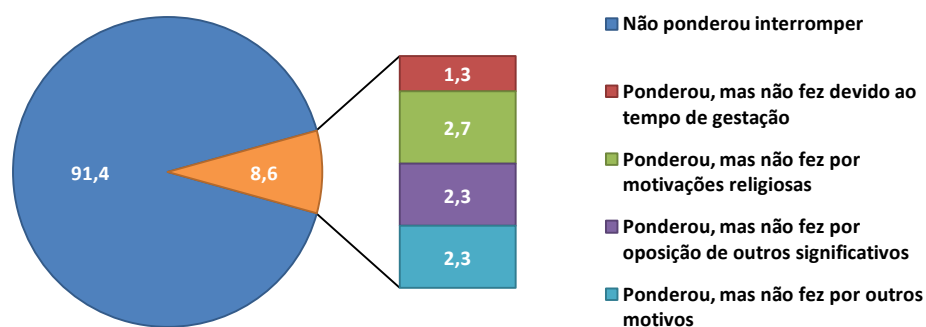


Figura 72 – GAd: Razões referidas para não optar pela IVG (%)

A Figura 72 mostra-nos que **91,4% das adolescentes não colocou a hipótese de interromper a gravidez** e que aquelas que consideraram essa possibilidade não a concretizaram pelos seguintes motivos: motivações religiosas (**31%**); oposição do companheiro ou de outros familiares (**27,5%**); tempo de gestação avançado, pelo que o prazo legal para a realização da IVG já tinha sido ultrapassado (**14%**); e outros motivos (**27,5%**), nos quais se incluem o facto de essa opção não estar prevista na legislação aquando da gravidez; a crença de que deveria assumir a responsabilidade pelo erro cometido (isto é, ter engravidado), levando a gravidez a termo; e o sentimento de falta de coragem para optar pela IVG.

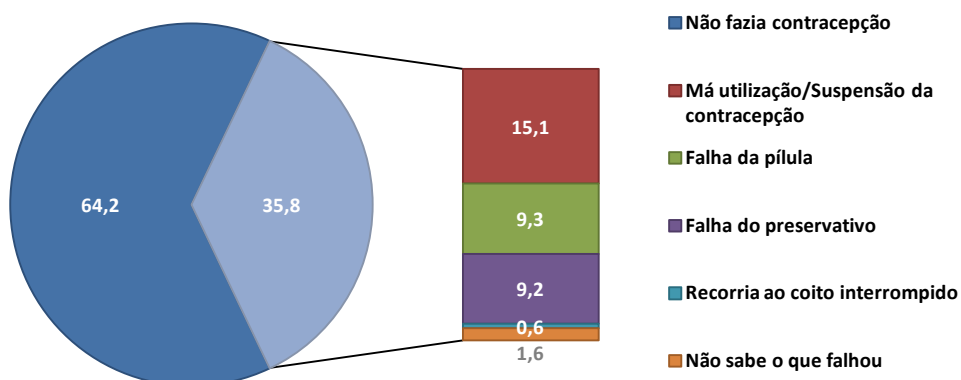


Figura 73 – GAd: Razões referidas para a ocorrência da gravidez (%)

A Figura 73 esclarece que, relativamente às gravidezes não planeadas, estas **resultaram, em 64,8% dos casos, do facto de a jovem não utilizar nenhum método contraceptivo ou utilizar métodos pouco fiáveis**, como é o caso do coito interrompido. As adolescentes apontam também como motivo para a ocorrência da gravidez a **má utilização dos métodos contraceptivos** (esquecimento da toma da pílula; uso esporádico de contraceptivos - **10,8%**), a **diminuição da eficácia da pílula** (interacção com outros medicamentos; problemas gastrointestinais – **9,3%**), o **rompimento do preservativo** (**9,2%**), e o facto de terem suspenso a contracepção hormonal (**4,3%**) - por motivos de saúde, para evitar os seus efeitos secundários ou pelo facto de a marca a que recorriam ter deixado de ser comercializada/distribuída pelos centros de saúde.

5.5.2. Antecedentes obstétricos

No Quadro 23 expomos as principais informações relativas aos antecedentes obstétricos das adolescentes, ou seja, estes dados não se referem à actual gestação ou, no caso do grupo de mães adolescentes, não incluem a gravidez mais recente. Pretendemos, desta forma, **caracterizar o panorama obstétrico destas jovens previamente à ocorrência da gravidez que é alvo de estudo no presente trabalho.**

Quadro 24 – GAd: Dados acerca dos antecedentes obstétricos

		n	%
Número de gestações anteriores	Nenhuma	153	86,9
	Uma	21	11,9
	Duas	2	1,1
Abortamentos anteriores	Nenhum	166	94,3
	Perda espontânea	6	3,4
	Interrupção voluntária	3	1,7
	Interrupção médica	1	0,6
Partos prematuros anteriores	Não	175	99,4
	Sim	1	0,6
Complicações obstétricas anteriores	Não	176	100
	Sim	0	0
Número de filhos	Nenhum	161	91,5
	Um	15	8,5

O primeiro dado que importa apresentar prende-se com o facto de, **para 23 (13%) das jovens, a ocorrência de gravidez durante a adolescência ser um acontecimento repetido que, em duas (1,1%) situações, chega a verificar-se duas vezes.** As gravidezes anteriores tiveram lugar, em média, há **17,67 meses ($DP = 8,80$)**, embora este intervalo tenha variado entre 9 e os 36 meses. Deste total de 25 gravidezes, dez não chegaram a termo, sendo que seis delas terminaram espontaneamente e as outras quatro foram terminadas por razões pessoais ou médicas. As restantes quinze gestações resultaram no nascimento de um bebé, pelo que **8,5% das adolescentes do GAd já eram mães quando foram avaliadas pela nossa equipa a propósito de uma gravidez posterior.** Nenhuma das adolescentes refere complicações obstétricas nas gestações prévias, sendo que apenas num caso (**0,6%**) se registou um nascimento prematuro.

A ocorrência de gravidez foi, na maioria das vezes, não desejada (66,3%) e não planeada (69,9%). Quando a jovem e/ou o casal planeou a gravidez, as motivações prenderam-se com o desejo de fortalecer a relação com o companheiro ou de constituir família ou, por outro lado, com ganhos secundários que daí poderiam advir (aceitação da relação por parte de terceiros; autonomização em relação à família de origem). Apesar de se tratar de um acontecimento inesperado, **é pouco frequente a jovem considerar a hipótese de interrupção**

voluntária da gravidez, sobretudo por motivações religiosas ou devido à oposição de familiares.

Nos **30,1% de casos em que as adolescentes referiram ter planeado a gravidez**, os motivos apontados foram: fortalecer a relação com o companheiro (**40,4%**); sair de casa dos pais e ir viver com o companheiro (**25%**); considerar que era a altura certa (**21,2%**) e desejar construir uma família (**13,5%**).

Em cerca de dois terços dos casos, a gravidez deve-se ao facto de a adolescente não fazer contraceção. Nas restantes situações, a causa prende-se com a falha (perda de eficácia) ou a má utilização (por exemplo, uso esporádico, esquecimento) dos métodos contraceptivos.

Embora a presente gestação fosse a primeira para quase todas as adolescentes, **mais de 10% já tinham passado por um ou duas gravidezes anteriores** que, nalguns casos, não chegaram a termo (por interrupção médica ou voluntária, ou perda espontânea). É importante mencionar que **15 adolescentes já eram mães quando ocorreu a presente gravidez**.

5.5.3. Reacções da grávida e família à notícia da gravidez

Para avaliar esta variável, recorremos a uma escala de Likert de 7 pontos, variando entre 1 (= Extremamente bem) e 7 (= Extremamente mal). Comparámos as respostas de grávidas ($M = 4,47$, $DP = 1,63$) e mães ($M = 4,46$, $DP = 1,48$), tentando analisar se o facto de esta resposta ser fornecida recorrendo a uma análise retrospectiva influenciaria os resultados, mas **não se verificaram diferenças significativas entre os grupos** [$t(176) = -0,013$; $p = .989$].

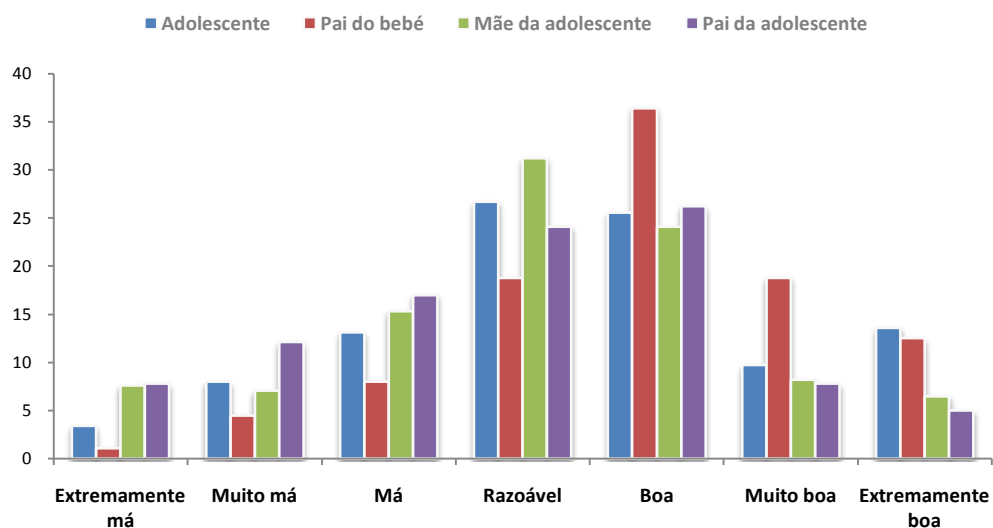


Figura 74 – GAd: Reacção inicial da adolescente e familiares próximos à notícia da gravidez (%)

A reacção emocional da adolescente à notícia da gravidez é, na maioria dos casos (**75,5%**), **razoável ou positiva** (*Boa, Muito boa* ou *Extremamente boa*), sendo que *Razoável* e *Boa* foram as opções mais vezes referidas, como confirma a Figura 74.

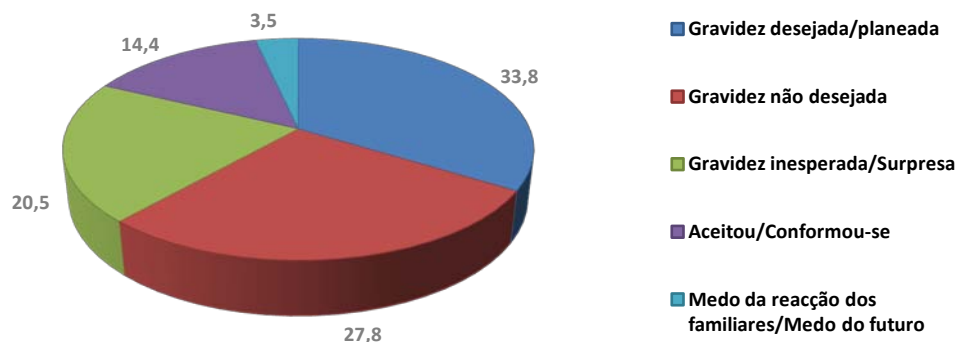


Figura 75 – GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial da adolescente à notícia da gravidez (%)

A Figura 75 comprova que, **para cerca de um terço das adolescentes, se trata de uma gravidez planeada ou desejada**, à qual reagiram bem dado o seu desejo de terem (mais) filhos. No entanto, a maior parte das jovens manifestaram uma perspectiva menos positiva: **para 27,8%, trata-se de uma gravidez acentuadamente não desejada, pelas desvantagens que acarreta**, nomeadamente devido ao facto de serem muito jovens; de implicar mudanças significativas; e, em casos pontuais, por já terem outros filhos ou já não manterem uma relação com o pai do bebé.

Para aproximadamente um quinto das adolescentes, a gravidez constituiu uma **surpresa**, tratando-se de um **acontecimento imprevisto e inesperado**. Cerca de 15% das adolescentes acabaram por **aceitar ou conformar-se com a gravidez**, por não a perspectivarem como um problema, gostarem de crianças, terem apoio da família, ou identificarem vantagens na situação. Por fim, algumas adolescentes justificam a sua apreensão face à notícia da gravidez com o facto de temerem a reacção da restante família e recearem dificuldades futuras.

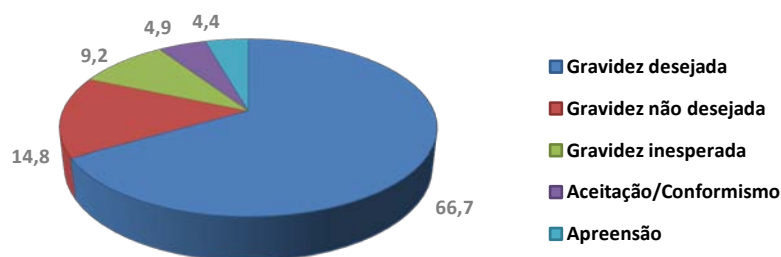


Figura 76 – GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial do pai do bebé à notícia da gravidez (%)

O pai do bebé tende, como transparece na Figura 74, a **reagir de maneira ainda mais positiva do que a adolescente** (de forma *razoável, boa, muito boa* ou *extremamente boa* em 86,5% dos casos), tendendo a considerar a **gravidez desejada (66,7%)**, dada a sua vontade em serem pais. O facto de os companheiros serem significativamente mais velhos que as adolescentes pode ajudar a compreender esta reacção, uma vez que é mais provável já terem uma vida estabilizada a nível profissional, que pode traduzir-se em autonomia financeiri-

ra. As diferenças de idade podem também implicar uma postura diferente da sociedade em geral, e da família em particular, perante a notícia da gravidez. A Figura 76 indica-nos que, **em 14,8% dos casos, a gravidez é considerada não desejada**, sobretudo devido à percepção de que é demasiado cedo para serem pais ou, em casos pontuais, ao facto de já terem filhos ou de serem casados (é importante mencionar que algumas jovens referem que o pai do bebé não quis assumir ou questionou a paternidade). As reacções de surpresa (9,2%), aceitação conformada (4,9%) e apreensão (4,4%) devido ao receio das consequências (a nível financeiro e familiar) são as menos frequentes.

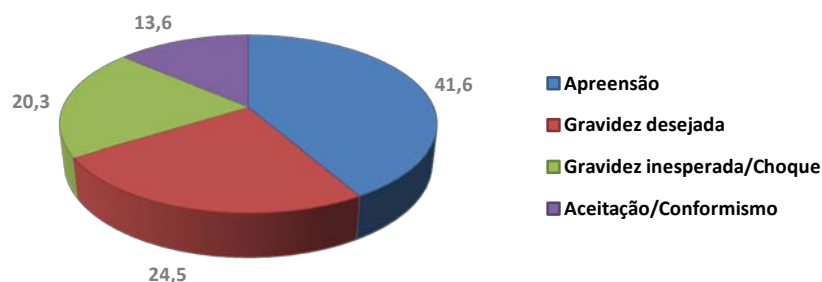


Figura 77 – GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial da mãe da adolescente à notícia da gravidez (%)

A reacção da mãe da adolescente à gravidez da filha tende a ser mais variada, oscilando entre negativa (30%), razoável (31,2%) e positiva (38,8%), o que se traduz na Figura 74. Embora 24,5% das mães considerem a gravidez desejada, pois desejam ser avós ou ter mais netos, e 13,6% se conformem e aceitem (justificando a sua reacção pelo facto de já terem passado pela mesma situação com outra filha; já estarem à espera; não perspectivarem a situação como problemática; ou acharem aceitável pelo facto de a filha viver em união de facto), para algumas (20,3%) a notícia constitui uma surpresa, por ser inesperada, e 41,6%, o que corresponde à maior fatia, **ficam apreensivas ao pensar nas consequências**, nomeadamente no que toca à idade da filha, às condições económicas, a possíveis problemas médicos, à reacção do pai da adolescente e ao facto de a filha já ter outro(s) filho(s) (cf. Figura 77).

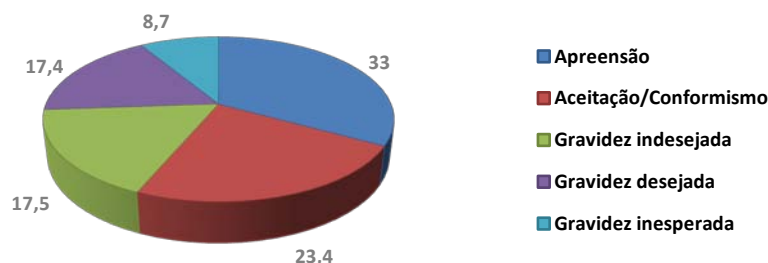


Figura 78 – GAd: Motivos subjacentes à reacção inicial do pai da adolescente à notícia da gravidez (%)

De acordo com a Figura 74, **o pai da adolescente é a pessoa que, com mais frequência, tem uma reacção má, muito má ou extremamente má** perante a notícia da gravidez da filha. A Figura 78 complementa esta informação, ilustrando que **o pai da adolescente**

demonstra uma diversidade de reacções emocionais semelhante à da mãe, salientando-se a apreensão (33%), sobretudo devido à idade da filha e à sua imaturidade para assumir o papel de mãe. A notícia é aceite com **conformismo** numa percentagem significativa dos casos (23,4% - pelo facto de gostar de crianças, ter uma mente aberta, ser uma pessoa calma ou tratar-se de um acontecimento já esperado), é bem recebida algumas vezes (17,4%), dada a vontade de ter (mais) netos, e constitui uma surpresa para 8,7% dos pais.

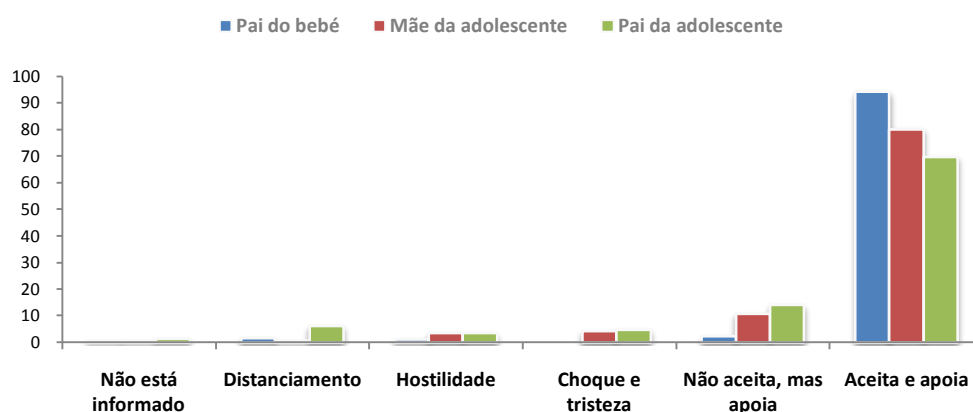


Figura 79 – GAd: Postura dos familiares próximos da adolescente face à gravidez, ao longo da gestação (%)

A Figura 79 salienta que, **na grande maioria dos casos, a reacção dos familiares mais próximos é de aceitação e apoio perante a gravidez da adolescente**. O pai do bebé é o elemento que mais frequentemente demonstra este comportamento, sendo o pai da adolescente a figura que, com mais frequência, tem uma postura de não aceitação, de distanciamento ou de choque e tristeza. **A postura das pessoas da família tende a manter-se estável ou, na maioria dos casos, a mudar para melhor ao longo da gravidez.**

Não obstante tratar-se quase sempre de um acontecimento indesejado, **a gravidez é bem recebida pela adolescente** que tem, quase sempre, uma reacção positiva à notícia. O namorado tende a demonstrar uma reacção ainda mais positiva, o que já não se verifica com o pai e a mãe da adolescente, que inicialmente podem demonstrar apreensão e reprovação perante a situação. Apesar disso, **as principais figuras (namorado e pais) tendem a aceitar e a apoiar a jovem ao longo da gestação.**

5.5.4. Seguimento obstétrico e intercorrências da presente gravidez

No Quadro 24, que se apresenta abaixo, constam os dados mais relevantes no que se refere à gravidez actual das jovens com história de gravidez na adolescência (no caso das mães adolescentes, as informações reportam-se à gravidez mais recente). Atente-se que há variáveis (número de ecografias e de consultas realizadas ao longo da gravidez) em relação às quais apenas temos informação sobre as mães adolescentes, cujo período de gestação já

terminou. A avaliação do risco associado à gestação também só está disponível relativamente às adolescentes que ainda se encontram grávidas.

Quadro 25 – GAd: Dados acerca da gravidez actual

		n	%
Número de gestações anteriores	Nenhuma	153	86,9
	Uma	21	11,9
	Duas	2	1,1
Abortamentos anteriores	Nenhum	166	94,3
	Perda espontânea	6	3,4
	Interrupção voluntária	3	1,7
	Interrupção médica	1	0,6
Partos prematuros anteriores	Não	175	99,4
	Sim	1	0,6
Complicações obstétricas anteriores	Não	176	100
	Sim	0	0
Número de filhos	Nenhum	161	91,5
	Um	15	8,5

É de notar que **todas as jovens que participaram no estudo foram acompanhadas durante a gravidez**, embora aproximadamente **4,2%** tenha tido a primeira consulta já após a segunda metade da gestação. O critério utilizado para a avaliação da regularidade da vigilância consistiu na conjugação de dois pressupostos: o número mínimo de três consultas realizadas ao longo da gestação e a realização da primeira consulta obstétrica antes das doze semanas de gravidez. De acordo com estes parâmetros, **mais de um terço das adolescentes não recebeu um acompanhamento médico regular durante a gravidez**.

O acompanhamento obstétrico é assegurado, na maioria (57,1%) dos casos, pela Consulta Hospitalar de Alto Risco, em regime de exclusividade. O número de consultas realizadas durante o período gestacional foi, para **83,4%** das adolescentes, igual ou superior a seis. **84,4%** adolescentes realizaram pelo menos três ecografias ao longo da gestação, sendo que a primeira aconteceu, para perto de metade (**51%**) das jovens, até às doze semanas de gravidez, inclusive.

A maioria das gravidezes é de apenas um feto, havendo três casos de gravidezes gemelares.

Registaram-se complicações em 11,4% das gestações, que incluíram ameaça de aborto (**5,1%**), infecção urinária (**1,5%**), toxoplasmose (**1,2%**), cólica renal (**0,6%**), anemia (**0,6%**), metrorragias (**0,6%**), tromboflebite (**0,6%**), problemas de desenvolvimento do feto nos primeiros meses de gravidez (**0,6%**) e problemas associados ao consumo de drogas e subsequente tratamento de metadona de uma jovem (**0,6%**).

A avaliação do risco resultou, **com mais frequência (46,4%)**, na categoria menos grave (**baixo risco**), embora quase **um quinto das gestações tenha sido classificada como comportando um risco elevado**.

5.5.5. Acompanhante nas consultas durante a gravidez

No que respeita ainda ao seguimento obstétrico realizado durante a gravidez, obtivemos informação relativamente à pessoa que normalmente acompanhava a grávida às consultas (cf. Figura 80). Em quase um quinto dos casos (**17,8%**), a adolescente dirigia-se sozinha à instituição onde era vigiada. Quando a jovem era acompanhada, **a pessoa que participava consigo nas consultas era, com mais frequência (46%), o namorado, sendo a mãe da jovem uma fonte de apoio igualmente significativa (41,4%)**. O acompanhamento por outras figuras de apoio (sogra, irmãos, amiga ou outros) verificou-se com menos frequência.

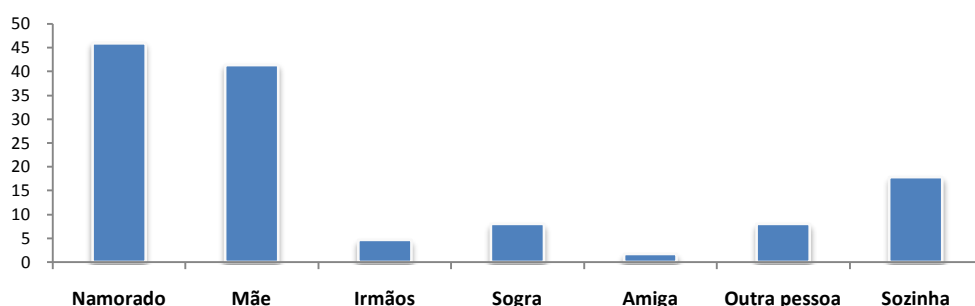


Figura 80 – GAd: Acompanhante(s) das adolescentes nas consultas de seguimento obstétrico (%)

5.5.6. Parto – dados obstétricos e acompanhamento

O Quadro 26 sumaria os dados médicos mais importantes sobre o parto. Atente-se que, devido à dificuldade em aceder aos processos clínicos onde constam estas informações, nem sempre foi possível obter os dados pretendidos.

Para 70% das jovens, o parto aconteceu por via vaginal, tendo-se recorrido a fórceps ou ventosas em **7,6%** dos casos. Nas situações em que o nascimento do bebé ocorreu por cesariana (**30%**), as razões para esta opção prenderam-se, em proporções semelhantes, com causas maternas (bacia estreita; existência de problemas médicos; o facto de já ter realizado uma cesariana previamente; o facto de não fazer dilatação) ou fetais (posição; tamanho; o facto de o bebé não descer).

A grande maioria (68,3%) das adolescentes fez anestesia, epidural ou geral.

A experiência do parto foi vivenciada, grande parte (**69%**) das vezes, individualmente. Nos casos em que o parto foi assistido, **o pai do bebé foi a pessoa que mais vezes esteve presente**.

Quadro 26 – GMAd: Dados acerca do parto

		N	%
Apresentação	Cefálica	31	96,9
	Pélvica	1	3,1
Tipo	Eutócico	50	62,5
	Distócico – Ventosas	3	3,8
	Distócico – Forceps	3	3,8
	Cesariana urgente	20	25
	Cesariana programada	4	5,0
Anestesia	Nenhuma	26	31,7
	Epidural	41	50
	Geral	15	18,3
Acompanhante	Nenhum	49	69
	Pai do bebé	20	28,2
	Mãe da adolescente	2	2,8

5.5.7. Consulta de planeamento após o parto

Relativamente às consultas de planeamento familiar após o parto, apenas dispomos de informação no que respeita às jovens avaliadas entre 3 a 18 meses após o nascimento do bebé.

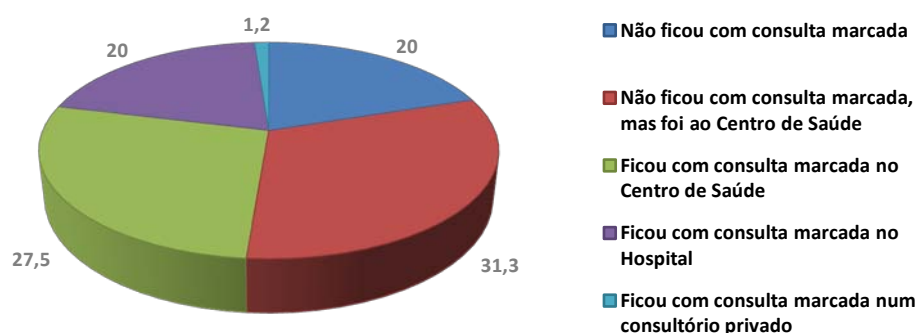


Figura 81 – GMAd: Organização das consultas de planeamento familiar após parto (%)

Importa referir, em primeiro lugar, que **mais de metade das jovens (51,3%) não fica com consulta marcada**, embora grande parte delas se tenha posteriormente dirigido ao Centro de Saúde, como se vê na Figura 81. Quando são marcadas, as consultas realizam-se maioritariamente no Centro de Saúde ou no Hospital, embora algumas jovens também afirmem recorrer ao atendimento médico privado. Tendo em vista a prevenção de gravidezes futuras, é importante garantir que todas as jovens tenham acesso a consultas de planeamento familiar após o parto, de forma a discutir as diversas opções contraceptivas disponíveis e a iniciar a contraceção assim que possível.

5.5.8. Contracepção após a gravidez

No que toca à intenção de usar ou, no caso das mães adolescentes, no uso efectivo de contracepção após a gravidez, **aproximadamente 90% das jovens mencionam o recurso a pelo menos um método contraceptivo, sendo a pílula a resposta mais frequente (62,1%)**. É de notar que **8,6% das jovens não planeiam usar, ou não usam, qualquer método contraceptivo**. As razões apontadas para esta decisão prendem-se com o facto de ainda não terem tido consulta de planeamento familiar após o parto ou de terem faltado (35,7%); o desconhecimento de formas de evitar a gravidez (21,4%) e outros motivos (42,9%) (por exemplo: a crença de que não necessita de usar contracepção; o facto de actualmente não ter companheiro; a intenção de voltar a engravidar). Para além disso, uma das mães (0,6%) refere recorrer apenas ao coito interrompido (cf. Figura 82).

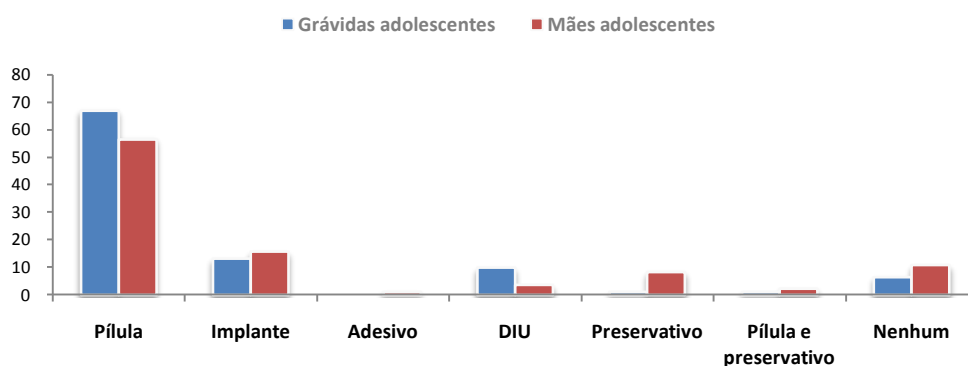


Figura 82 – GAd: Métodos contraceptivos utilizados ou a utilizar após o parto pelas adolescentes (%)

As adolescentes são, na maioria das vezes, vigiadas regularmente em consultas hospitalares (69,9%), embora um terço inicie a vigilância médica apenas após as 12 semanas de gestação. As jovens vão normalmente às consultas acompanhadas pelo namorado, pela mãe ou sozinhas. **Trata-se quase sempre de gravidezes apenas de um feto e sem complicações médicas associadas (88,6%)**. A avaliação de risco é, com mais frequência (46,4%), de nível baixo.

O parto ocorre na maioria das vezes (70%) por via vaginal, com recurso a anestesia epidural. Embora seja infrequente a adolescente estar acompanhada durante o parto, quando tal se verifica a pessoa presente costuma ser o pai do bebé.

Mais de metade (51,3%) das adolescentes refere não ficar com consulta de planeamento familiar marcada após o parto. No entanto, algumas dirigem-se por iniciativa própria ao Centro de Saúde. **Quase todas as adolescentes mencionam usar contracepção após o parto**, sobretudo a pílula, embora cerca de 10% refira não o fazer.

5.5.9. Dados desenvolvimentais do bebê

Neste segmento consideramos, obviamente, apenas os dados das 84 mães adolescentes. As informações que apresentamos no Quadro 26 resumem, para além do gênero, os principais indicadores desenvolvimentais do bebê no que toca a dois momentos distintos: aquando do nascimento (incluindo a idade gestacional, o peso, comprimento e perímetro cefálico com que nasceu; o Índice de Apgar, calculado ao primeiro e ao quinto minutos de vida do bebê; e o regime de alimentação que seguiu nos primeiros dias) e no momento de avaliação das mães adolescentes, em que os bebês registam entre três a dezoito meses sendo a média, como já mencionámos, de aproximadamente 10 meses (em relação a esta etapa, considerámos os percentis referentes ao peso, à estatura e às competências, bem como a assiduidade verificada na vacinação e nas consultas de Pediatria).

Quadro 27 – GMAd: Dados acerca do bebê

		N ou Média (Min-Max)	% ou DP
Sexo	Feminino	34	42 %
	Masculino	47	58 %
Idade gestacional		39,14 (27-42)	1,89 (DP)
Peso (gr)		3206,47 (1060-4320)	593,04 (DP)
Comprimento (cm)		48,41 (36-54)	3 (DP)
Perímetro cefálico (cm)		34,36 (27-44)	3,69 (DP)
Índice de Apgar	1º minuto	8,67 (3-10)	1,34 (DP)
	5º minuto	9,87 (8-10)	0,37 (DP)
Alimentação	Leite materno sem suplemento	34	41,5 %
	Leite materno com suplemento	21	25,6 %
	Leite adaptado	27	32,9 %
Percentil peso	Normal	49	58,3 %
	Abaixo da média	7	8,3 %
	Acima da média	28	33,3 %
Percentil estatura	Normal	53	63,1 %
	Abaixo da média	10	11,9 %
	Acima da média	21	25 %
Percentil competências	Normal	81	96,4 %
	Abaixo da média	2	2,4 %
	Acima da média	1	1,2 %
Vacinação	Em dia	82	97,6 %
	Em atraso	2	2,4 %
Assiduidade nas consultas	Sim	84	100 %
	Não	0	0 %

A maioria dos bebês nasceu após ter completado 38 semanas de gestação (88%), havendo a assinalar dez **(12%)** nascimentos prematuros (que ocorreram, na maioria dos casos, às 36 ou 37 semanas de gestação, registando-se cinco **situações de prematuridade limite** – os nascimentos ocorreram às 37 semanas de gestação –, 4 **de prematuridade mode-**

rada – os nascimentos ocorreram às 35 ou 36 semanas de gestação -, e **um de prematuridade extrema** – o bebê nasceu com apenas 27 semanas de gestação).

Relativamente ao **peso (gr)**, a média registada é de **3327,17 (DP = 474,41)** para os meninos e de **3218,82 (DP = 327,71)** para as meninas, **situando-se entre o percentil 25 e o 50 para ambos os géneros.**

Quanto ao **comprimento (cm)** dos recém-nascidos, a média é de **48,48 (DP = 3,23)** para os rapazes e de **48,74 (DP = 1,75)** para as raparigas. Estes valores correspondem, no primeiro caso, ao **intervalo entre o percentil 25 e o 50** e, no segundo, ao **percentil 50.**

No que toca ao **perímetro cefálico (cm)**, os valores médios são de **35,11 (DP = 2,08)** para o sexo masculino e de **34,48 (DP = 1,87)** para o sexo feminino, pelo que, novamente, **estão entre os pontos correspondentes ao percentil 25 e 50 para os dois grupos.**

O **Índice de Apgar** foi medido ao primeiro e ao quinto minuto de vida dos bebés. Na primeira avaliação, **91,1% dos bebés teve um valor igual ou superior a 8**, sendo que os restantes sete apresentaram valores que oscilaram entre 3 e 7. Os valores obtidos na segunda medição foram mais elevados e variaram apenas entre 8 e 10 (sendo este o valor mais frequente, atribuído a **87,3%** dos recém-nascidos).

É importante mencionar que, embora **não haja quaisquer problemas a registar após o nascimento em 73 (88%) bebés**, destacam-se, em relação aos restantes, sete (**8,4%**) situações em que houve **necessidade de reanimação e/ou recurso a máscara de oxigénio**, dois (**2,4%**) recém-nascidos com **icterícia** e um (**1,2%**) bebé que necessitou de uma **lavagem ao estômago.**

A **alimentação** dos recém-nascidos **consistiu, com mais frequência, no leite materno dado em regime de exclusividade**, tendo sido, em cerca de um quarto dos casos, complementado com suplemento. Perto de um terço das adolescentes alimentaram os seus bebés com leite adaptado, desde o parto. Quando as mães são avaliadas, mencionam que, **em média, amamentaram os seus filhos durante certa de 1,98 meses (DP = 1,64)**, com valores a oscilar entre os 0 e os 7 meses.

Nos **percentis relativos ao peso, estatura e competências**, referentes ao terceiro momento de avaliação do nosso protocolo, **as respostas recaem maioritariamente na opção “Normal”**, embora a percentagem de bebés que registam valores acima da média nos dois primeiros parâmetros também seja considerável.

Por último, é importante salientar que **todos os bebés vão assiduamente às consultas e a grande maioria tem as vacinas em dia.**

5.5.10. Percepção do bebé

A percepção que as mães têm do seu bebé é um dos factores que influenciam a adaptação à maternidade, sendo que este pode ser um determinante mais forte do comportamento da mãe perante o seu filho do que o próprio comportamento do bebé. O **Inventário**

de Percepção Neonatal - NPI foi desenvolvido por Broussard em 1964, tendo por objectivo a avaliação desta variável através de **dois conjuntos de seis perguntas que se referem a dimensões comportamentais (choro, alimentação, vômitos, sono, funcionamentos dos intestinos/sistema digestivo e rotinas de alimentação e sono) dos recém-nascidos**, contemplando a frequência com que determinados comportamentos se verificam (por exemplo, “Na sua opção, quanto vai chorar o seu bebé? Muito / Bastante / Moderadamente / Pouco / Nada”). A comparação entre as respostas dadas para aquele que a pessoa considera o Bebê Típico e as respostas associadas ao Seu Bebê permitem **caracterizar a percepção que a mãe tem do seu filho como positiva** (percepção favorável, ao considerar que o seu bebé tem menos problemas que a maioria dos bebés) **ou negativa** (percepção desfavorável, por avaliar o seu bebé como tendo tanto ou mais dificuldades que a maioria dos bebés). Durante a gravidez, este questionário pretende **avaliar as expectativas da gestante** em relação ao bebé que ainda não conhece. Já no pós-parto, o instrumento destina-se a **avaliar as experiências da mãe** após as primeiras semanas de interacção com o seu filho (Moreira et al., *no prelo*).

Quadro 28 – GAd: Percepção do bebé durante a gravidez e após o nascimento (%)

	GGAd	GMAAd	Grávidas adultas	Mães adultas
Percepção positiva	75%	82,1%	68%	68,9%
Percepção negativa	25%	17,9%	32%	31,1%
Total	100%	100%	100%	100%

No que respeita a esta variável, optámos por fazer três comparações distintas, de acordo com os dados do Quadro 27, sendo que **em nenhuma delas se verificaram diferenças estatisticamente significativas**. Assim, em primeiro lugar considerámos as expectativas de grávidas adolescentes e grávidas adultas [$\chi^2(1) = 0,80$; $p = .372$]; depois, comparámos as vivências de mães adolescentes e mães adultas [$\chi^2(1) = 2,95$; $p = .086$]; e, por último, quise-mos comparar a percepção de grávidas adolescentes e mães adolescentes [$\chi^2(1) = 1,23$; $p = .267$]. Em conclusão, **a percepção positiva ou negativa que as adolescentes têm dos seus bebés parece ser independente do período em que são avaliadas** (gravidez e puerpério) e **não se revela diferente da das adultas no que se refere à percentagem de mulheres que têm uma percepção positiva/negativa dos seus filhos**.

5.5.11. Prestação de cuidados ao bebé

O nosso estudo procurou também identificar as pessoas que habitualmente cuidarão ou já cuidam do bebé. A opção de comparar os dois grupos (grávidas e mães) prende-se com o facto de a fase actual em que as adolescentes se encontram (gravidez vs. pós-parto) poder influenciar as respostas dadas pelas jovens (as grávidas podem ter respondido considerando apenas as primeiras semanas ou meses de vida dos bebés, ou até o apoio que estão a receber

presentemente, durante a gestação, enquanto as mães, tendo filhos mais crescidos, podem já ter efectuado alterações no que respeita à prestação de cuidados, sendo mais provável o recurso a amas ou creches, por exemplo).

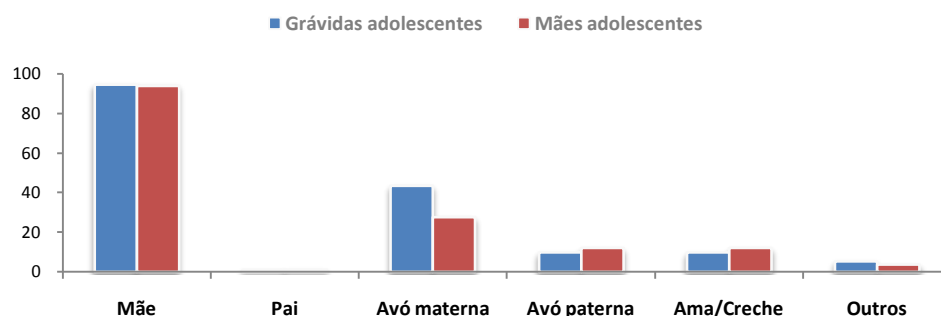


Figura 83 – GAd: Principais cuidadores, actuais ou futuros, do bebé (%)

As respostas indicam-nos que, **para ambos os grupos, na grande maioria (94%) dos casos, a mãe assume um papel de destaque como cuidadora, por oposição ao pai, que apenas foi mencionado por 1% das adolescentes.** Os dois grupos diferem apenas na frequência com que recorrem à ajuda da avó materna do bebé, sendo significativamente [$\chi^2(1) = 4,71$; $p = .030$] **superior no grupo de grávidas (43,5% vs. 27,7%),** o que pode ser explicado atendendo à maior necessidade, e consequente solicitação e/ou disponibilidade, de apoio num período de transição e adaptação a novas exigências e funções.

Os dados médicos relativos aos bebés indicam-nos que, **na grande maioria dos casos, o seu desenvolvimento ocorre com normalidade,** quer após o nascimento, quer no segundo momento de avaliação (entre os 3 e os 18 meses de vida).

A percepção que as grávidas e as mães têm do bebé é positiva, com maior frequência, e **não se distingue da das grávidas e mães adultas,** ou seja, a idade não parece influenciar esta variável. Também **não se verificam diferenças na percepção entre o período da gravidez e após o parto.**

A principal responsável pela prestação de cuidados ao bebé é, na quase totalidade das situações, **a mãe do bebé.** A avó materna revela-se a principal fonte de apoio no que respeita a esta tarefa.

6. Adaptação à gravidez e à maternidade

Nesta secção do relatório, apresentaremos os dados referentes às medidas de adaptação das grávidas e mães adolescentes à gravidez e, no caso das segundas, ao papel materno.

O conceito de adaptação na gravidez e na transição para a maternidade não é de fácil circunscrição, o que traz dificuldades acrescidas à sua operacionalização. A literatura científica remete para dimensões tão diversas como satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar ou recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas elas intrinsecamente ligadas. A adaptação “acaba por traduzir a capacidade para superar tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal” (Canavarro, 2001, p. 45). Daqui decorre a impossibilidade de avaliar e medir globalmente processos tão complexos; assim, necessitamos de recorrer a indicadores que sinalizem significativamente o grau de adaptação conseguido pelas jovens grávidas e mães, na gestação e depois do parto.

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

Começaremos por explorar alguns dados acerca do ajustamento individual das jovens, nomeadamente índices de sintomatologia depressiva e percepção de qualidade de vida. O ajustamento relacional foi já mencionado ao referirmos a percepção que as jovens têm acerca da qualidade da relação com os elementos das suas redes sociais, bem como do apoio social que deles recebem; esses dados serão sintetizados na perspectiva deste segmento. Passaremos depois a analisar e discutir os resultados obtidos na exploração da vivência da gravidez e do papel materno.

Para compreender a adaptação individual do grupo de grávidas e mães adolescentes, quer no que respeita aos indicadores psicossociais de adaptação (*Qualidade de vida e bem-estar emocional*), quer no que respeita aos indicadores específicos de adaptação da gravidez e da maternidade, recorreremos a um *grupo de referência*, composto por grávidas adultas

(GAdultas)²¹, cujas gravidezes não têm associado qualquer risco médico. A opção por considerar este referencial comparativo prende-se com a especificidade inerente a estes períodos desenvolvimentais normativos (gravidez e transição para a maternidade), que não seria tomada em conta se comparássemos os indicadores de adaptação das grávidas e mães adolescentes com as adolescentes do grupo de controlo. Esta amostra foi recolhida no âmbito de um estudo em curso de um dos membros da linha de investigação *Relações, Desenvolvimento & Saúde* do Instituto de Psicologia Cognitiva – Universidade de Coimbra (Sofia Gameiro, projecto de Doutoramento em curso; para mais informações, cf. <http://www.fpce.uc.pt/saude/>).

As principais características sociodemográficas do grupo de grávidas adultas estão patentes no Quadro 29. Também neste quadro, apresentamos sumariamente as características sociodemográficas do grupo de grávidas e mães adolescentes, com o objectivo de analisar a comparabilidade dos grupos.

Quadro 29 – Características sociodemográficas do grupo de grávidas e mães adolescentes e do grupo de grávidas adultas

		GRUPOS				Teste	p
		GAd (n = 176)		GAdultas (n = 54)			
		Média (DP)		Média (DP)		Teste t de Student	
Idade		17,40 (1,40)		25,83 (4,44)		-12,85	.000
		n	%	n	%	Teste qui-quadrado	
Estado Civil	Solteira	41	23,3	5	10,9	3,76	.153
	Casada/Unida de facto	134	76,1	41	89,1		
	Separada/Divorciada	1	0,6	-	-		
Escolaridade	1º e 2º Ciclo	52	31,5	5	11,1	75,64	.000
	3º Ciclo	87	52,7	9	20		
	Secundário	26	15,8	16	35,6		
	Superior	-	-	15	33,3		
NSE	Baixo	163	95,3	19	42,2	75,93	.000
	Médio	7	4,1	24	53,3		
	Alto	1	0,6	2	4,4		
Situação profissional	Empregada	27	15,8	38	84,4	79,82	.000
	Desempregada	144	84,2	7	15,6		

O grupo de grávidas e mães adolescentes e o de grávidas adultas diferem significativamente no que concerne às variáveis **idade**, **escolaridade**, **NSE** e **situação profissional**, **não se distinguindo** de forma significativa relativamente ao **estado civil**. O grupo de grávidas adultas, obviamente mais velhas, possui habilitações literárias superiores, pertencem sobretudo a um NSE médio e estão, numa maior percentagem, profissionalmente activas.

²¹ O grupo de grávidas adultas foi avaliado em dois momentos: um primeiro momento durante a gravidez; e um segundo momento no período pós-parto (+/- 4 meses).

6.1. Ajustamento individual: bem-estar emocional e percepção da qualidade de vida

6.1.1. Sintomatologia depressiva

Como medida do estado emocional das grávidas e mães adolescentes utilizámos a **EPDS – Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-Parto** (Cox et al., 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Matos & Figueiredo, 1996); este é um dos instrumentos internacionalmente mais utilizados para detectar sintomatologia depressiva em situações de gravidez e na transição para a maternidade, sendo utilizada quer antes, quer no pós-parto. Constituída por 10 itens, o seu preenchimento é rápido e as questões são facilmente compreendidas, o que a tornou uma escala adequada para integrar o protocolo de avaliação deste assunto.

Na Figura 84 e no Quadro 30 encontram-se os resultados obtidos.

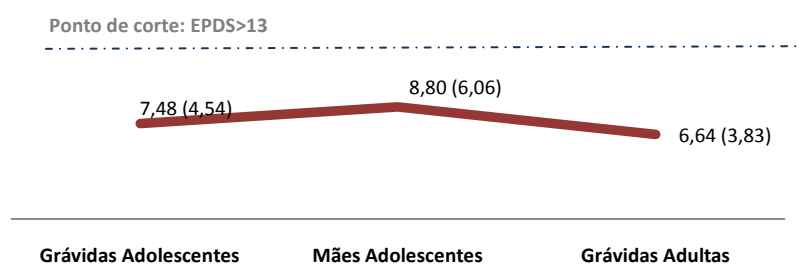


Figura 84 – GAd: Sintomatologia depressiva - EPDS (média e desvio-padrão)

Tanto **as grávidas como as mães adolescentes apresentam uma média mais elevada nos resultados do EPDS** do que o grupo de grávidas adultas; são as jovens mães que pontuam mais alto nesta escala. Refira-se, porém, que todas as médias se situam abaixo do ponto de corte estabelecido para a versão original e para a versão portuguesa da escala, segundo o qual resultados acima de 13 tornam provável a prevalência de perturbação depressiva.

Quadro 30 – GAd: Sintomatologia depressiva – EPDS (Análise univariada da variância)

	GGAd	GMAAd	GAdultas	F	p	Post-hoc*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)			
EPDS – valor global	7,48 (4,54)	8,80 (6,06)	6,64 (3,83)	2,977	.053	GAdult < GMAAd
*Dunnet						

Ao verificarmos as diferenças entre grupos através de uma análise da variância univariada (ANOVA), verificamos um valor limítrofe de significância; porém, nos testes *post-hoc* (teste de Dunnet, seleccionado porque permite contrastar todos os grupos com um de referência – neste caso, o de grávidas adultas) existe uma diferença significativa entre o grupo de

mães adolescentes e o de grávidas adultas ($p = .040$), sendo que **as mães adolescentes apresentam valores mais altos de sintomatologia depressiva**.

Com o intuito de controlar os possíveis efeitos de outras variáveis que pudessem explicar estas diferenças, procedemos a uma análise da covariância univariada, controlando os efeitos do nível socioeconómico (NSE). Verificamos que o teste não se revela estatisticamente significativo para a covariável NSE [$F(1) = 0,732$; $p = .393$], verificando-se o mesmo com a análise univariada do efeito da covariável para a variável dependente (nota global da EPDS). Ao controlar o NSE, nenhuma das diferenças entre os grupos têm significância estatística.

Ao considerarmos a pontuação global da EPDS, verificamos que são **as mães adolescentes que apresentam a média mais elevada de sintomatologia depressiva**, comparativamente ao grupo de grávidas adolescentes e de grávidas adultas (grupo de referência). Ao controlarmos o efeito do nível socioeconómico verificamos que **não há diferenças estatisticamente significativas** entre os grupos. Todos os grupos pontuam **abaixo do ponto de corte** estabelecido para a versão portuguesa da EPDS, que indica a presença de perturbação depressiva quando os valores são superiores a 13.

6.1.2. Qualidade de vida

Neste ponto, apresentamos informação relativa à qualidade de vida²² das grávidas e mães adolescentes, avaliada pela versão breve do **Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-Bref]** para Português de Portugal. A versão portuguesa do instrumento original (WHOQOL Group, 1998) foi desenvolvida em 2006 por A. Vaz-Serra, M. C. Canavarro, M. Simões, M. Pereira, S. Gameiro, M. Quartilho e colaboradores. A rapidez de preenchimento e facilidade de aplicação da escala tornam-na, actualmente, uma das escalas mais utilizadas para avaliação da qualidade de vida dos sujeitos em contextos de saúde e saúde mental. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais (constituindo a faceta geral), relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas do Instrumento inicial de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela OMS (WHOQOL-100), organizadas em 4 domínios: *Físico* (avalia a dor e desconforto; a energia e fadiga; o sono e repouso; mobilidade; actividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho), *Psicológico* (avalia sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; e espiritualidade/crenças pessoais), *Relações Sociais* (inclui relações pessoais; suporte social e actividade sexual) e *Ambiente* (avalia segurança física e

²² De acordo com a Organização Mundial de Saúde, podemos definir QdV, na sua dimensão subjectiva e multidimensional, como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nas quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994, p. 28).

protecção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e competências; participação em oportunidades de recreio/lazer; ambiente físico [poluição, ruído, trânsito, clima]; e transporte). As questões são respondidas através de escalas tipo Likert, de 5 pontos, relativas à frequência de dados acontecimentos ou à satisfação com determinados aspectos da sua vida.

Apresentamos seguidamente os dados relativos à QdV das grávidas e das mães adolescentes, na sua faceta geral e nas suas quatro dimensões mencionadas.

Para caracterizar a QdV das grávidas e mães adolescentes, começaremos por caracterizar e comparar a QdV das adolescentes grávidas com a QdV no grupo de grávidas adultas. Seguidamente, procederemos à caracterização e comparação da QdV das mães adolescentes com a QdV das mães adultas. Finalmente, elucidaremos, a título exploratório, acerca das diferenças existentes entre a QdV das grávidas e das mães adolescentes.

6.1.2.1. Qualidade de vida nas grávidas adolescentes

No Quadro 31, apresentamos os resultados médios da QdV nos dois grupos, bem como a comparação entre eles nas várias dimensões da QdV, tendo sido controlado estatisticamente o efeito do NSE. Os testes multivariados não se revelaram estatisticamente significativos para a covariável NSE [Traço de Hotelling = 0,047; $F(5,124) = 1,167$; $p = .320$], verificando-se o mesmo com a análise univariada do efeito da covariável para cada variável dependente (domínio da QdV). Pelo contrário, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, na QdV, entre o grupo de grávidas adolescentes e o grupo de grávidas adultas** [Traço de Hotelling = 0,117; $F(5,124) = 2,891$; $p = .017$].

Quadro 31 – GGAd: Qualidade de vida – WHOQOL (Análise da covariância multivariada)

DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA	GRUPOS		F	p
	GGAd Média (DP)	GAdultas Média (DP)		
Geral	74,46 (16,04)	75,00 (11,67)	4,084	.045
Física	72,67 (12,31)	70,18 (14,73)	5,273	.023
Psicológica	71,56 (12,80)	76,25 (11,01)	0,036	.850
Relações Sociais	70,20 (18,21)	74,17 (12,78)	1,292	.258
Ambiente	69,84 (12,26)	74,17 (12,78)	0,062	.803
Traço de Hotelling = 0,117; $F(5, 124) = 2,891$; $p = .017$				

A análise univariada dos domínios da QdV evidencia (cf. Quadro 32) que as diferenças atingem significância estatística na **faceta geral da QdV**, com as **grávidas adultas a apresentarem resultados significativamente superiores**, e no **domínio Físico da QdV**, com as **grávidas adolescentes a diferenciarem-se positivamente nesta dimensão**. É ainda de notar, apesar de não atingir significância estatística (provavelmente pelo diferente número de sujeitos que constitui cada um dos grupos), a **tendência para as grávidas adultas apresentarem**

níveis superiores de QdV nas dimensões Psicológica, Relações Sociais e Ambiente, como se verifica na figura seguinte (Figura 85).

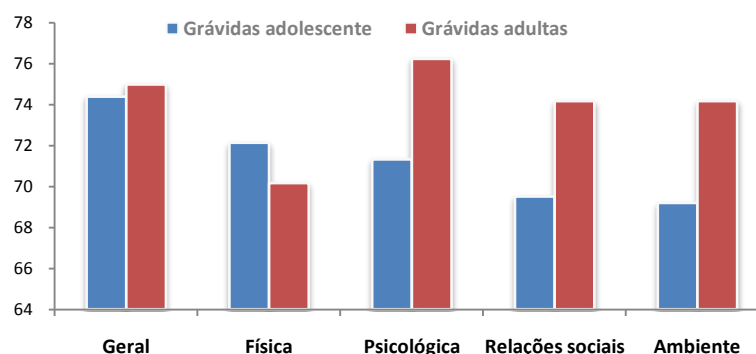


Figura 85 – GAd: Qualidade de vida - WHOQOL (média)

6.1.2.2. Qualidade de vida nas mães adolescentes

Tal como procedemos anteriormente, apresentamos de seguida os resultados relativos à comparação, nas várias dimensões da QdV, do grupo de mães adolescentes e do grupo de mães adultas, controlando estatisticamente a covariável NSE, por considerarmos que a sua influência pode ser confundente na interpretação dos resultados. Mais uma vez, o **efeito da covariável não se revela estatisticamente significativo**, nem ao nível global [Traço de Hotelling = 0,033; $F(5,109) = 0,729$; $p = .603$], nem através da análise univariada da variância para cada um dos domínios da QdV.

Quadro 32 – GMAd: Qualidade de vida - WHOQOL (Análise da covariância multivariada)

DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA	GRUPOS		F	p
	GMAd Média (DP)	GAdultas Média (DP)		
Geral	71,31 (15,97)	75,00 (12,31)	0,539	.464
Física	75,26 (12,02)	73,53 (11,37)	0,020	.889
Psicológica	67,87 (16,38)	74,39 (11,84)	0,649	.422
Relações Sociais	69,58 (19,71)	71,81 (11,24)	2,818	.096
Ambiente	64,12 (12,73)	66,64 (9,03)	1,498	.224
Traço de Hotelling = 0,063; $F(5, 109) = 1,370$; $p = .241$				

Como se verifica no Quadro 32, **não se verificam diferenças estatisticamente significativas** ao nível da QdV das mães adolescentes e das mães adultas, quer considerando o modelo global, quer considerando individualmente cada um dos domínios da QdV. No entanto, tal como acontece na gravidez, não podemos ser indiferentes à diferença substancial do número de elementos que compõe cada um dos grupos, pelo que consideramos pertinente uma análise mais cuidada dos níveis de qualidade de vida nos dois grupos (cf. Figura 86).

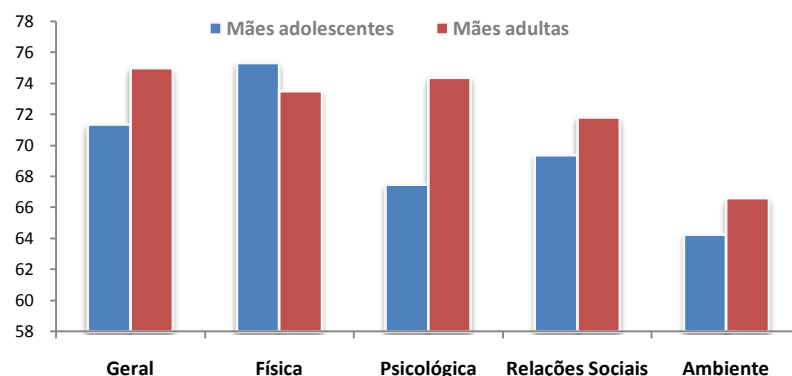


Figura 86 – GMAd: Qualidade de vida – WHOQOL (média)

Tal como se verifica para o grupo de grávidas, as **mães adolescentes apresentam uma qualidade de vida superior apenas no domínio físico**; as **mães adultas**, apresentam **maior qualidade de vida geral** e, também, **maior qualidade de vida psicológica, nas relações sociais e no domínio ambiente**.

6.1.2.3. Grávidas e mães adolescentes: diferenças na qualidade de vida

Finalmente, apresentamos os resultados relativos QdV no grupo de grávidas e no grupo de mães adolescentes (cf. Figura 87).

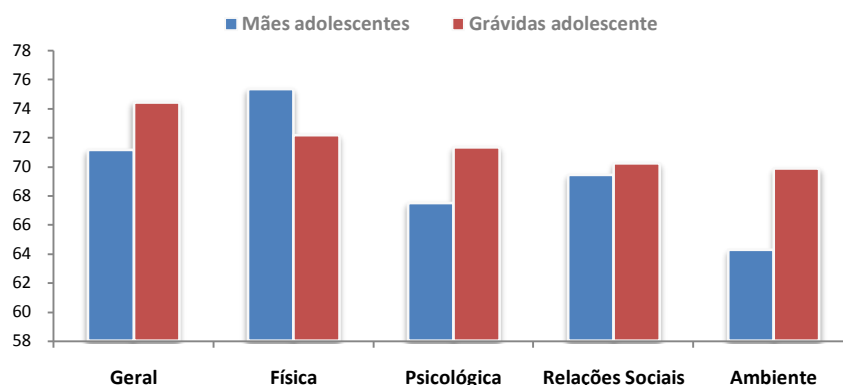


Figura 87 – GAd: Qualidade de vida - WHOQOL (média)

Como se verifica no gráfico, **as grávidas adolescentes apresentam, comparativamente às mães adolescentes, maior qualidade de vida geral e maior qualidade de vida psicológica, nas relações sociais e no domínio ambiente**. O domínio físico é, pois, o único em que as mães adolescentes se distinguem favoravelmente das grávidas adolescentes.

Para verificar se as diferenças observadas atingem significância estatística, procedeu-se à análise multivariada da variância (cf. Quadro 33), tendo-se verificado que **as diferenças atingem significância estatística apenas no domínio Ambiente**, com as mães adolescentes a apresentarem níveis significativamente inferiores de QdV neste domínio.

Quadro 33 – GAd: Qualidade de vida – WHOQOL (Análise da variância multivariada)

DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA	GRUPOS		F	p
	GGAd Média (DP)	GMAd Média (DP)		
Geral	74,46 (16,04)	71,13 (15,88)	1,906	.169
Física	72,67 (12,21)	75,34 (11,98)	2,119	.147
Psicológica	71,56 (12,80)	67,56 (16,53)	3,249	.073
Relações Sociais	70,20 (18,21)	69,44 (19,63)	0,070	.792
Ambiente	69,84 (12,26)	64,06 (12,66)	9,439	.002
Traço de Hotelling = 0,116; $F(5, 170) = 3,951$; $p = .002$				

Mais especificamente no domínio Ambiente, as diferenças são significativas nas facetas recursos financeiros [$F = 13,626$; $p = .000$] e participação em actividades de recreio e lazer [$F = 12,260$; $p = .001$], com o grupo de grávidas e adolescentes a percepcionarem maior disponibilidade de recursos financeiros, bem como mais oportunidades de participação em actividades de recreio e lazer, comparativamente ao grupo de mães adolescentes.

De salientar ainda que as mães adolescentes percepcionam maior QdV no domínio físico, sendo as dimensões psicológica e ambiente aquelas que apresentam piores resultados. Por outro lado, as grávidas adolescentes apresentam uma elevada percepção de QdV geral, estando os domínios ambiente e relações sociais conotados como aqueles que apresentam uma QdV ligeiramente inferior aos restantes.

Em suma, no que concerne à gravidez, as grávidas adultas apresentam QdV significativamente maior na faceta geral, e valores tendencialmente mais elevados de Qualidade de vida nos domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. As grávidas adolescentes distinguem-se favoravelmente, apenas no domínio Físico da QdV. No que concerne à maternidade, embora as diferenças não atinjam significância estatística, as mães adultas apresentam, tendencialmente, níveis superiores de Qualidade de vida, sobretudo ao nível psicológico, das relações sociais e do domínio Ambiente. Estes resultados, interpretados com alguma cautela, parecem apontar para uma melhor adaptação individual à gravidez e maternidade, por parte das grávidas e mães adultas, por comparação às grávidas e mães adolescentes.

Tomando em consideração o grupo de grávidas adolescentes e o grupo de mães adolescentes, verifica-se que as grávidas adolescentes apresentam uma QdV superior no domínio Ambiente, manifesta na percepção de mais recursos financeiros (o que pode estar relacionado com o facto das adolescentes viverem com o companheiro e com membros da família de origem, que estão muitas vezes responsáveis pelas despesas neste período de gravidez) e na maior oportunidade de participação em actividades de lazer, comparativamente às mães adolescentes (que se encontram mais constrangidas com as tarefas inerentes à prestação de cuidados ao bebé).

6.2. Ajustamento relacional

No ponto 5.3 (Família e relações sociais), e mais especificamente no ponto 5.3.5. (Contexto relacional das adolescentes), tivemos oportunidade de explorar a percepção da qualidade dos relacionamentos e do apoio recebido da rede social das jovens com história de gravidez, pelo que colocamos aqui uma síntese dos dados mais relevantes para a avaliação da adaptação à gravidez e maternidade:

- No geral, **são as grávidas adolescentes as que percebem uma melhor relação**, quer com as **mães** (classificada em termos médios como *boa a muito boa*), quer com os **pais** (classificada em termos médios como *razoável a boa*);
- O mesmo acontece relativamente à qualidade da relação actual com os seus **companheiros**: de forma geral, as adolescentes grávidas classificam a relação com os companheiros como *muito boas a extremamente boas*, enquanto as mães adolescentes classificam a relação com os companheiros como *boa a muito boa*;
- No que respeita à satisfação com o apoio social dos pais, as adolescentes estão, de forma global, mais satisfeitas com o apoio social da mãe (classificando-o como *muito a extremamente satisfatório*) do que com o apoio social do pai (classificando-o como *satisfatório a muito satisfatório*); uma vez mais, **são as mães adolescentes as que apresentam valores médios de satisfação mais baixos**;
- São as adolescentes do grupo de grávidas que se posicionam como mais satisfeitas com o apoio social do namorado, sendo as mães adolescentes aquelas que, por comparação, estão menos satisfeitas com o apoio social do companheiro; porém, ambos os grupos classificam o apoio social do namorado como *muito a extremamente satisfatório*.

Em síntese, tanto **as grávidas como as mães adolescentes apresentam bons índices de satisfação com a qualidade do relacionamento e do apoio recebido** por parte de pais e namorado/companheiro. Considerando os valores médios obtidos, as **mães adolescentes** encontram-se **tendencialmente menos satisfeitas** do que as grávidas adolescentes. Estes resultados parecem traduzir alguma **idealização** da gravidez e suas consequências, e das relações por parte das jovens grávidas; ao invés, as mães adolescentes, que já se confrontam com as exigências acarretadas pelo papel materno, apresentam uma **percepção mais ponderada**, embora positiva, das suas relações afectivas.

6.3. Vivência da gravidez

Em 1960, Schaefer e Manheimer apresentaram o Pregnancy Research Questionnaire (PRQ), um **questionário de auto-resposta subordinado à temática da gravidez e da parentalidade**, constituído por 37 itens, com opções de resposta variadas (na maioria das perguntas, as alternativas referem-se ao grau de concordância com uma dada afirmação ou à frequência

com que a pessoa tem determinados pensamentos, sentimentos ou comportamentos). É possível obter informação acerca de vários subtemas associados à vivência da gravidez e às expectativas referentes ao momento do parto e à maternidade: **medos em relação ao self** (inclui preocupações e receios referentes às mudanças ao nível físico durante a gestação e à antecipação da experiência do parto; por exemplo “Eu preocupo-me com facto de que ter um bebé me possa tornar menos atraente.”); **desejo da gravidez** (relaciona-se com a vontade que, previamente à gravidez, a mulher expressava relativamente à possibilidade de vir a ter filhos; por exemplo “Antes da gravidez, eu queria muito ter um bebé.”); **dependência** (pretende avaliar as crenças associadas à dependência quer durante a gravidez, quer após o parto, na prestação de cuidados ao bebé; por exemplo “Cuidar de um bebé é algo que não se espera que uma mulher faça sozinha.”); **medos em relação ao bebé** (aborda receios e preocupações com o bem-estar do bebé, quer durante a gravidez, quer após o parto; por exemplo “Qualquer mulher grávida está preocupada sobre se o seu bebé vai ser normal.”); **sentimento maternal** (considera o envolvimento da mulher na gravidez e no futuro papel de mãe; por exemplo “Quando eu era pequena, sempre que possível queria tomar conta de bebés e de crianças.”); e **irritabilidade** (abrange os sentimentos com uma carga emocional negativa que a grávida pode ter vindo a sentir durante a gravidez; por exemplo “Eu tenho andado tensa e inquieta desde que fiquei grávida.”). Os autores tinham por objectivo prever, com base nas respostas dos sujeitos, a adaptação parental após o parto.

Quadro 34 – GGAd: Vivência da gravidez - PRQ (Análise da covariância multivariada)

	GGAd Média (DP)	GAdultas Média (DP)	F	p
Medos em relação ao self	6,25 (1,73)	4,58 (1,20)	4,40	.038
Desejo da gravidez	16,10 (6,19)	14,89 (2,29)	0,06	n. s.
Sentimento maternal	13,10 (2,48)	11,96 (2,16)	4,49	.036
Irritabilidade	29,02 (4,66)	26,93 (3,41)	0,01	n. s.
Dependência	10,00 (1,78)	5,38 (1,48)	21,83	.000
Medos em relação ao bebé	20,78 (3,65)	15,00 (2,23)	12,81	.000
Traço de Hotelling = 0,348; F(6, 119) = 6,908; p = .000; $\eta^2 = .258$				

A comparação entre grupos inclui a introdução da variável NSE como covariável, atendendo a que adolescentes e adultas se distinguem significativamente neste campo. No entanto, as análises efectuadas indicaram-nos que **o NSE não é relevante** [Traço de Pillai = 0,040; F (6, 119) = 0,816; p = .559; $\eta^2 = .040$] para as dimensões aqui em causa, ou seja, os seis domínios que compõem a escala PRQ. Assim, podemos concluir que as diferenças estatisticamente relevantes que se verificam entre os dois grupos, e que abrangem quatro dos factores do PRQ, reflectem as especificidades da vivência da gravidez em dois períodos desenvolvimentais distintos: adolescência e adultez (cf. Quadro 34). De forma mais específica, importa mencionar que: **as grávidas adolescentes referem níveis superiores de medos em relação ao**

self (sentindo o parto e as alterações físicas trazidas pela gravidez como mais ameaçadores); de **dependência** (expressando maior concordância com a necessidade de receber apoio da parte de outras pessoas significativas durante a gravidez e na prestação de cuidados ao bebê); **sentimento maternal** (quanto mais elevada a pontuação, menores os sentimentos maternos, pelo que as adolescentes se mostram menos envolvidas na gravidez – importa referir, relativamente a esta dimensão, que o NSE também se revela uma variável significativa [$F(1,132) = 4,47$; $p = .036$]; e **de medos em relação ao bebê** (denotando com mais frequência apreensão e receio relativamente ao bem-estar do bebê). Relativamente ao **desejo da gravidez e à irritabilidade, não há diferenças a apontar**, pelo que os níveis destas variáveis parece assumir valores semelhantes entre grávidas adolescentes e adultas.

Os resultados mostram-nos, sinteticamente, que **a adaptação à gravidez depende do período desenvolvimental em que esta ocorre**, sendo que, quando se verifica durante a adolescência, **as jovens demonstram emoções e comportamentos menos adaptativos em comparação com mulheres adultas**. Desta forma, as adolescentes sentem maiores **medos** associados quer à experiência da gravidez e do parto, quer ao bebê, e mostram-se **menos envolvidas** na gravidez. Embora demonstrem menos sentimentos maternos em comparação com as adultas, não se diferenciam destas no que toca ao desejo associado à presente gravidez e à intensidade de tonalidade emocional negativa sentida ao longo da estação.

6.4. Vivência da maternidade e do papel materno

Através de três perguntas fechadas (por exemplo, “*Neste momento, até que ponto se sente satisfeita com a sua relação com seu bebê?*”) com 7 opções de resposta (por exemplo, de “*Extremamente insatisfeita*” a “*Extremamente satisfeita*”), foram avaliados os níveis de **satisfação, competência e realização pessoal** associados ao desempenho das funções parentais. Posteriormente, exploraremos aquilo de que as adolescentes mais gostam e o que consideram mais difícil na interacção com os seus bebês.

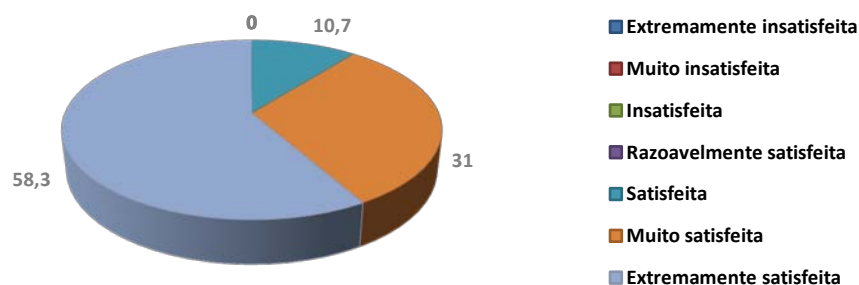


Figura 88 – GMAd: Nível de satisfação associado ao desempenho das funções parentais (%)

Salienta-se que se regista **uma percentagem muito elevada de satisfação materna**, com as respostas das mães a dividir-se entre as opções *Satisfeita, Muito satisfeita* e *Extre-*

mamente satisfeita (a opção mais frequentemente citada). Como vemos na Figura 88, nenhuma mãe se mostrou insatisfeita com a relação que mantém com o seu bebé.

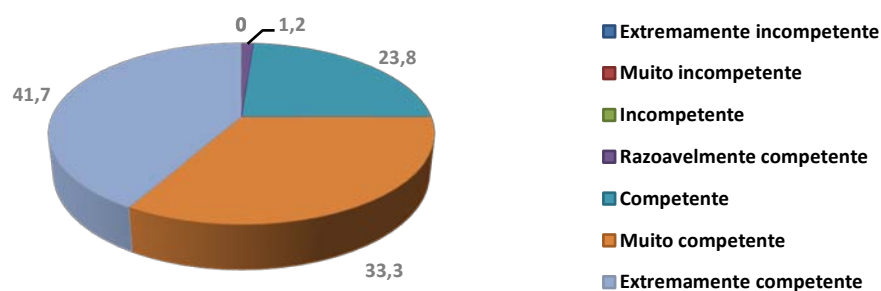


Figura 89 – GMAAd: Nível de competência associado ao desempenho das funções parentais (%)

Relativamente à realização materna, **repete-se o padrão anterior de respostas**, embora haja uma distribuição mais equitativa pelas três opções mais positivas da escala (*Competente*, *Muito competente* e *Extremamente competente*), como ilustra a Figura 89. O extremo positivo (*Extremamente competente*) continua a ser a resposta mais vezes seleccionada. Note-se também que, embora nenhuma adolescente revele sentir-se incompetente, a opção intermédia (*Razoavelmente competente*) foi seleccionada por algumas jovens.

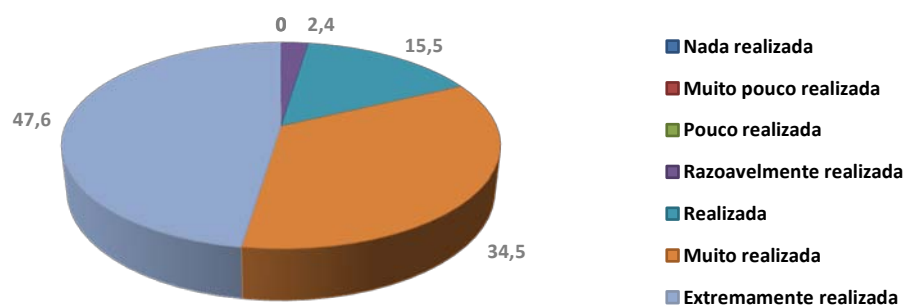


Figura 90 – GMAAd: Nível de realização pessoal associado ao desempenho das funções parentais (%)

A Figura 90 mostra-nos que, mais uma vez, **as respostas das mães adolescentes revelam um carácter adaptativo**, ao situarem-se na segunda metade da escala. A opção positiva mais extrema (*Extremamente realizada*) volta a ser a mais frequentemente seleccionada pelas mães, verificando-se que, também nesta variável, algumas jovens optam pela resposta intermédia (*Razoavelmente realizada*).

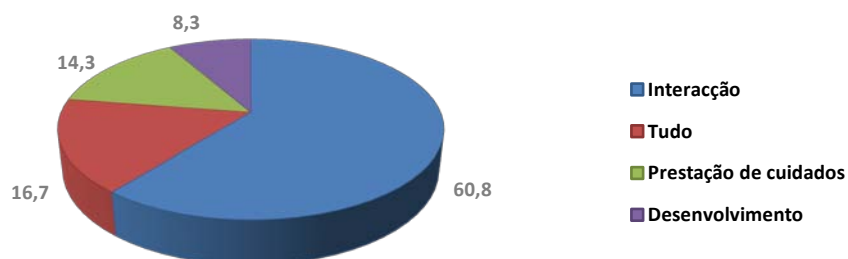


Figura 91 – GMAAd: Aspectos inerentes à vivência da maternidade percebidos como mais gratificantes (%)

Foram identificados os aspectos mais prazerosos na vivência da maternidade, ilustrados na Figura 91, sendo **a resposta mais frequente a interação** (brincar com o bebé, dar-lhe mimos, tê-lo ao colo, falar com ele, ...). Em segundo lugar, surge a opção *Tudo*, implicando que algumas jovens consideram que todos os aspectos inerentes à interação com o bebé são agradáveis. A **prestação de cuidados** (dar banho, amamentar, vestir, mudar a fralda, ...) constitui a terceira opção mencionada e, por fim, algumas adolescentes destacam como mais gratificante o facto de poderem presenciar e contribuir para o desenvolvimento do bebé.

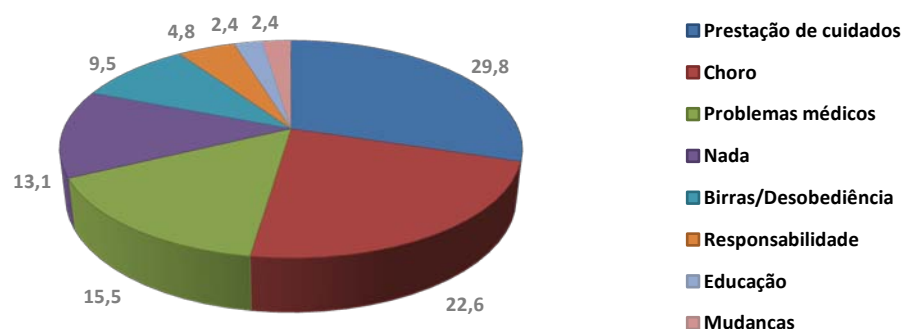


Figura 92 – GMAd: Aspectos inerentes à vivência da maternidade percepcionados como mais exigentes (%)

De acordo com a Figura 92, verifica-se uma maior diversidade de respostas no que toca aos aspectos mais difíceis na interação com os filhos, havendo nove áreas diferentes mencionadas pelas adolescentes. **O aspecto mais frequentemente citado refere-se à prestação de cuidados** (amamentação, banho, muda de fraldas); em segundo lugar, consta o choro (pelo facto de ser frequente, de acontecer em situações específicas ou por ser difícil identificar a necessidade que o bebé está a expressar), seguido dos problemas médicos (cólicas, dores/doenças, procedimentos médicos) e da opção *Nada*. As restantes opções são citadas com menos frequência e incluem as birras/desobediência dos filhos, a responsabilidade (subjacente ao papel parental), a educação do bebé e as mudanças trazidas pela maternidade (alteração de padrões de sono; habituação às rotinas; menor disponibilidade de tempo para si próprias).

Resumindo, **os níveis de satisfação, competência e realização materna na interação com os filhos são maioritariamente elevados** e constituem um sinal de adaptação à vivência da maternidade. A dimensão **relacional** (mimar, falar com o bebé) e **lúdica** (brincar com o bebé) assume-se como a vertente **mais satisfatória da maternidade**, sendo a **prestação de cuidados** (dar de mamar, dar banho, mudar a fralda) a dimensão percebida como mais exigente.

6.4.1. Investimento parental na criança

A **Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC)** foi desenvolvida por Bradley, Whiteside-Mansell e Brisby (1997), com o objectivo de **avaliar, de forma rápida e simples, características parentais como a disponibilidade (física e psicológica), a responsividade e a sensibilidade na relação com os filhos**, entre outras dimensões mais amplas. Este questionário não pretende avaliar comportamentos nem competências, mas sim atitudes e crenças. Trata-se de um instrumento composto por 24 itens cujas opções de resposta se organizam numa escala de tipo Likert, variando entre “Concordo fortemente” e “Discordo fortemente”. Pretende-se obter informação acerca de quatro áreas distintas em concreto: **prazer** (traduzido em alegria e satisfação associadas às interações e ao estabelecimento de uma relação com a criança; por exemplo “Agarrar e mimar o meu filho é mais divertido do que a maior parte das outras coisas que faço.”); **sensibilidade e conhecimento básico das necessidades da criança** (por exemplo, “Muitos pais agarram e dão colo em demasia às suas crianças.”); **ansiedade de separação** (ou seja, preocupação perante situações que implicam o afastamento em relação à criança; por exemplo “Exceptuando emergências ou ir para o trabalho, não pensaria em deixar a minha casa sem o meu filho, mesmo se pudesse arranjar uma ama.”); e **aceitação do papel parental** (correspondendo à incorporação do papel de pai/mãe na identidade pessoal e à opção por escolhas que vão ao encontro dos interesses da criança; por exemplo “Desde que o meu filho chegou, sinto que não tenho qualquer privacidade.”). Os autores da escala alertam que não se trata de uma escala unidimensional, daí a necessidade de existir alguma prudência na interpretação do resultado total do instrumento, pela dificuldade inerente à definição do seu conceito. A versão portuguesa da escala (Gameiro, Martinho, Moura Ramos & Canavarro, 2008) possui uma estrutura semelhante à original, à excepção da sub-escala Ansiedade de Separação, que os estudos psicométricos efectuados revelaram não ser adequado manter de acordo com o questionário americano, pelo que foi eliminada.

Quadro 35 – GMAd: Investimento parental na criança - EIPC (Análise da covariância multivariada)

	GMAd	Mães adultas	F	p
Aceitação do papel parental	16,73 (2,86)	18,38 (1,92)	2,28	n. s.
Prazer	22,66 (3,44)	22,41 (2,71)	1,63	n. s.
Conhecimento e sensibilidade	13,88 (2,83)	14,85 (2,06)	0,20	n. s.
Escala total	53,27 (5,57)	55,65 (4,70)	3,03	n. s.
Traço de Hotelling = 0,31; F (3, 110) = 1,15; p = .333; $\eta^2 = .030$				

O Quadro 34 apresenta as médias e os desvios-padrão que cada um dos grupos obteve nas subescalas do instrumento, assim como na escala total. Para podermos proceder à comparação dos grupos, a variável NSE foi novamente controlada, atendendo ao facto de ser uma característica em que os dois grupos apresentam um perfil significativamente diferente. Os testes multivariados indicaram que **este factor não exerce uma influência estatisticamente significativa** (Traço de Pillai = 0,036; $F(3, 110) = 1,39$; $p = .251$; $\eta^2 = .036$) no que se refere ao investimento parental. O mesmo se verifica com o efeito do grupo (adolescentes vs. adultas), tendo as análises univariadas da covariância revelado que **não existem diferenças relevantes em qualquer dimensão do investimento parental**, ou seja, **os níveis de prazer associado à interacção com a criança, de conhecimento e sensibilidade perante as suas necessidades, e de aceitação do papel parental que demonstram perante os filhos atingem valores similares nos dois grupos**.

No que se refere ao investimento parental na criança, as mães adolescentes não se diferenciam significativamente das mães adultas em qualquer das dimensões associadas ao investimento parental. Podemos então afirmar que o factor idade não parece ser uma variável influente. Ou seja, **não há diferenças relativamente à intensidade do prazer associado à maternidade, aos níveis de conhecimento e sensibilidade demonstrados na interacção com a criança e à aceitação do papel parental**.

7. Factores de risco e modelos preditivos para a ocorrência de gravidez

Iniciámos a apresentação dos resultados do estudo por uma caracterização exaustiva dos grupos – grávidas e mães adolescentes e grupo de controlo, procurando identificar em que se distinguem as jovens com e sem história de gravidez, ou seja, que variáveis podem constituir factores de risco (ou de protecção) para a ocorrência de gravidez precoce; esses dados foram explorados e sintetizados ao longo do ponto 5.

A partir dos factores identificados, procedemos a análises de regressão logística, com o intuito de verificar quais os que se revelam mais significativos para prever a classificação das jovens em duas situações intrinsecamente associadas: ter ou não ter iniciado a sua vida sexual e, no primeiro caso, ter ou não engravidado.

O modelo de regressão logística parte da análise da associação entre diversos factores e um determinado fenómeno delineando um modelo global simultaneamente significativo, no que diz respeito à predição de um fenómeno resposta, e parcimonioso, no sentido em que se pretende sobretudo detectar as linhas de força mais relevantes, das relações concomitantes entre um conjunto de variáveis independentes e uma variável resposta. Adicionalmente, o modelo da regressão logística permite a formulação de previsões sobre a manifestação do fenómeno num dado indivíduo isolado, ou seja procura determinar até que ponto factores de risco isolados, ou actuando em conjunto, permitem a formulação de um prognóstico a nível individual. Este aspecto concretiza-se através da quantificação da probabilidade de um indivíduo apresentar uma certa resposta (por exemplo, iniciar ou não a vida sexual) a partir de um modelo global da associação dos factores com a condição específica, deduzida a partir de um grupo.

Os objectivos fundamentais subjacentes à utilização do modelo da regressão logística são a definição, com base numa amostra, de um modelo matemático que clarifique as relações existentes entre um conjunto de variáveis independentes e uma variável dependente e a determinação da probabilidade de um caso novo pertencer a um qualquer grupo de resposta, conhecendo factores associados com a dita resposta.

7.1. Modelos preditivos - Início da vida sexual

Sendo que duas das características diferenciadoras do GC e do GAd são, por um lado, a percentagem de adolescentes sexualmente activas (cerca de **43,8%** no GC e **100%** no GAd) e, por outro lado, a idade de início da vida sexual (as adolescentes do GC que já iniciaram a vida sexual, fizeram-no significativamente mais tarde que as adolescentes do grupo GAd),

parece-nos pertinente colocar como primeira questão: *quais são os factores preditores do início da vida sexual das adolescentes?*

Começámos por identificar as principais variáveis em que se distinguíam as adolescentes que iniciaram e as adolescentes que não iniciaram a vida sexual, passando depois a introduzi-las de forma exploratória, em modelos de regressão logística. No quadro 36 apresentamos os resultados relativos ao modelo final de predição, que se revelou estatisticamente significativo [$\chi^2(7) = 204,113; p = .000$].

Quadro 36 – Modelo de regressão logística para predição do início da vida sexual das adolescentes

Variável dependente: Iniciou vida sexual = 1; Não iniciou vida sexual = 0					
	Coefficientes	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	6,24	38,20***			
Prática religiosa	1,23	10,44**	3,41	1,62	7,16
Reprovações	1,02	8,86**	2,78	1,42	5,46
Abandono escolar	2,67	11,63**	14,42	3,11	66,83
Agregado familiar na infância	1,89	13,81**	6,61	2,44	17,89
Relação de namoro	2,73	59,54***	15,25	7,63	30,47
NSE	0,88	4,13*	2,41	1,03	5,62

Nota: Modelo: $\chi^2(7) = 204,113; p = .000$; Pseudo $R^2 = 0,445$ (Cox & Snell); 0,616 (Nagelkerke).
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

De acordo com a informação apresentada para cada variável preditora [e tendo em conta a sua categorização no modelo de regressão] apresentamos seguidamente um esquema representativo do modelo global. Assim, como é possível verificar pela figura 93, vários contextos parecem estar relacionados com o **início da vida sexual das adolescentes**.

No **contexto sóciofamiliar**, viver na infância num agregado familiar composto pela **família nuclear e por elementos da família alargada** (portanto, mais numeroso), e que se enquadra, actualmente, num **nível socioeconómico baixo**, são variáveis que precipitam, nas adolescentes, a decisão de iniciar a vida sexual.

Ao nível do **contexto escolar**, são as adolescentes que **abandonam a escola ou que apresentam indicadores de insucesso escolar** (têm reprovações no seu percurso escolar) que decidiram já iniciar a vida sexual.

No **contexto relacional**, verifica-se que é uma condição importante para o início da vida sexual destas adolescentes, **terem uma relação de namoro actual**, independentemente do tempo da relação. Assume-se também como significativo para a decisão de iniciar a vida sexual, a **prática religiosa** das adolescentes, independentemente da religião que professam. Mais especificamente, a **inexistência de prática religiosa** (e não a religião a que pertencem) é um factor preditor do início da vida sexual das adolescentes.

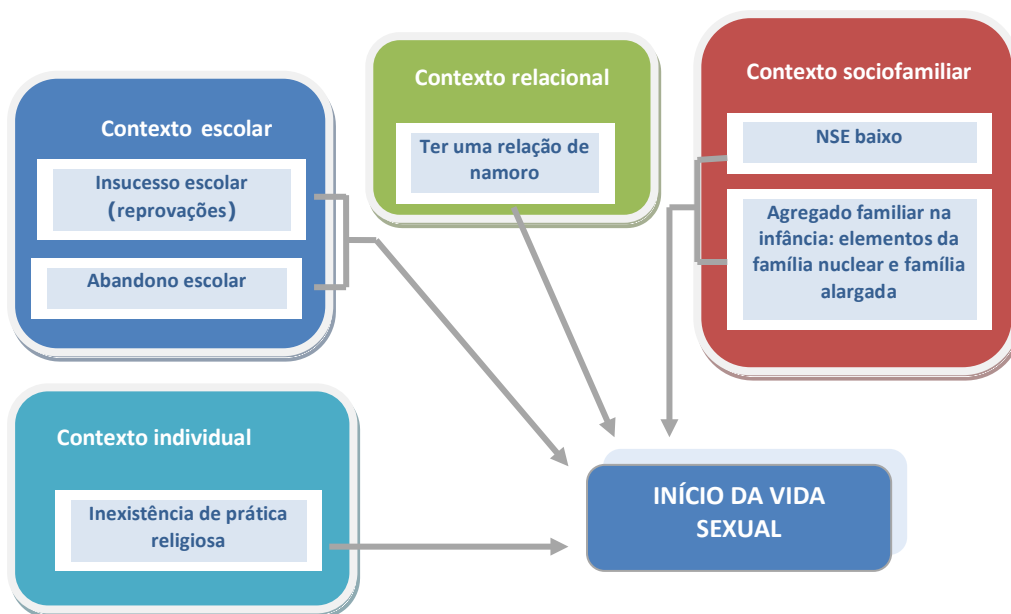


Figura 93 – Variáveis preditoras do início da vida sexual das adolescentes

Para além de o modelo se revelar estatisticamente significativo, o teste de Hosmer and Lemeshow [$\chi^2(7) = 7,395$; $p = .389$] dá-nos **informação positiva sobre a adequabilidade do modelo aos dados existentes, permitindo-nos fazer previsões fiáveis** acerca da variável dependente (ter iniciado ou não a vida sexual), se tivermos informação acerca das variáveis preditoras dos vários contextos apresentados.

7.2. Modelos preditivos: ocorrência de gravidez

Depois de respondida a primeira questão, impõe-se uma segunda: *Porque engravidam as adolescentes que já iniciaram a vida sexual?* De forma semelhante ao que fizemos no passo anterior, começámos por identificar as principais variáveis em que as adolescentes com história de gravidez e as adolescentes sem história de gravidez se distinguíam (excluindo aquelas que ainda não tinham iniciado a vida sexual). Essas variáveis foram, posteriormente, introduzidas de forma exploratória, em modelos de regressão logística. No Quadro 36 apresentamos os resultados relativos ao modelo final de regressão logística, que se revelou estatisticamente significativo [$\chi^2(9) = 151,617$; $p = .000$].

Mais uma vez, como é possível verificar pela análise do Quadro 37, **vários contextos se assumem como preditores da ocorrência de gravidez**, para as adolescentes que já iniciaram a vida sexual (cf. Figura 94). A primeira observação a fazer prende-se com o facto de o **contexto individual** da adolescente assumir um grande relevo para predizer a ocorrência de gravidez. Mais especificamente, neste grupo de adolescentes que iniciaram a vida sexual, as seguintes **características individuais são preditoras de ocorrência de gravidez**: a) *maior preocupação e maior relevo aos contratempos do quotidiano*, evidenciando maiores dificuldades

em lidar com eles; b) *menor percepção de privação do afecto e de rejeição* por parte dos outros; e c) *menor capacidade de raciocínio abstracto*. Adicionalmente, sobressai como preditor de ocorrência de gravidez, o **comportamento sexual e reprodutivo da jovem**, i.e., o facto de as **jovens iniciarem a sua vida sexual mais cedo** e, de forma concomitante, **não utilizarem métodos contraceptivos**. Ainda relacionado com o comportamento sexual e reprodutivo, mas também com o contexto familiar, verifica-se que **a inexistência de informação sobre contracepção às adolescentes, por parte dos familiares**, se constitui também como um factor preditor da ocorrência de gravidez.

Quadro 37 – Modelo de regressão logística para predição da ocorrência de gravidez, nas adolescentes sexualmente activas

Variável dependente: Ocorrência de gravidez = 1; Não ocorrência de gravidez = 0					
	Coefficientes	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	9,25	6,9**			
Agregado familiar na infância	3,08	23,11***	21,77	6,2	76,45
Companheiro com emprego	2,96	15,65***	19,37	4,46	84,11
Informação contracepção família	1,19	5,61*	3,29	1,23	8,81
Idade de início de vida sexual	-0,73	10,52**	0,48	0,31	0,75
Uso de contracepção	-1,36	8,03**	0,26	0,11	0,66
Competência intelectual	-0,13	11,49**	0,88	0,82	0,95
Dramatização da existência	0,71	7,62**	2,03	1,23	3,35
Privação de afecto e rejeição	-0,59	6,58*	0,55	0,35	0,87

Nota: Modelo: $\chi^2(9) = 151,617$; $p = .000$; Pseudo $R^2 = 0,473$ (Cox & Snell); 0,686 (Nagelkerke).
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tal como se verificou para o início da vida sexual, **viver na infância num agregado familiar composto por elementos da família nuclear e por elementos da família alargada** constitui-se como preditor da ocorrência de gravidez, o que pode relacionar-se com a menor supervisão parental a estas adolescentes. No que respeita ao companheiro, os resultados evidenciam que o facto **do companheiro da adolescente não estar já integrado no sistema de ensino** (o que significa, por um lado, que as suas habilitações literárias são inferiores e, por outro lado, que na maioria das vezes se encontra profissionalmente activo e, portanto, com algum rendimento) se constitui também como preditor da ocorrência de uma gravidez.

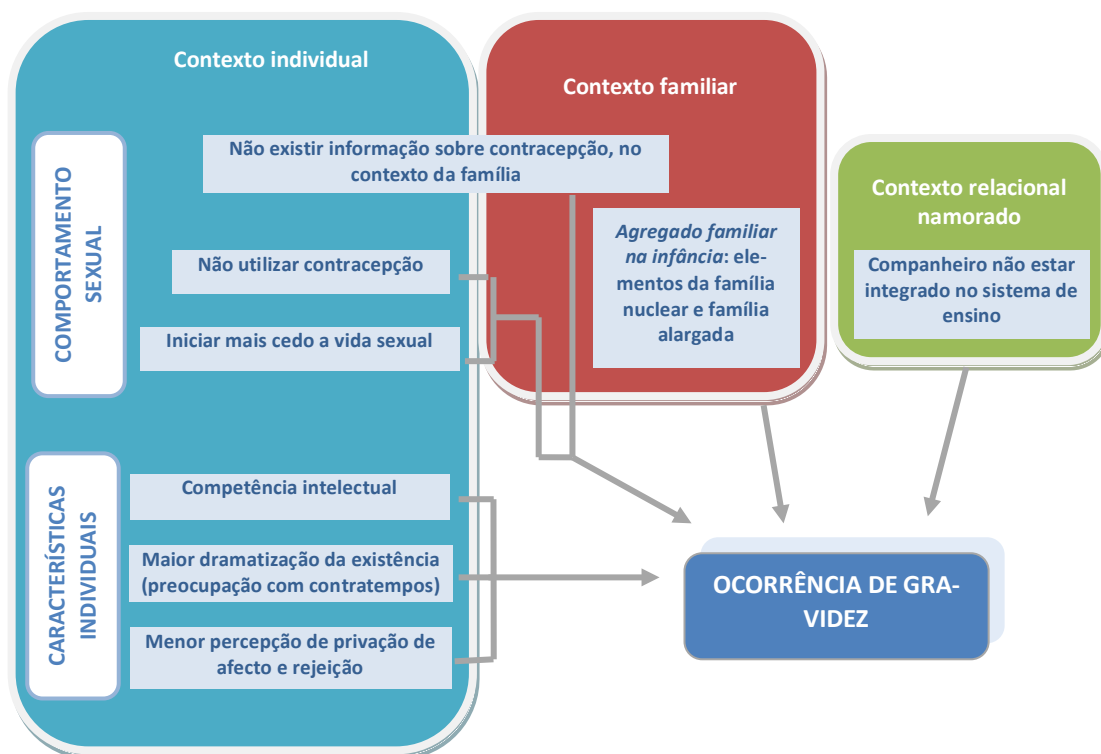


Figura 94 – Variáveis preditoras da ocorrência de gravidez nas adolescentes sexualmente activas

Finalmente, o modelo revela-se uma vez mais **adequado aos dados existentes** (teste Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8) = 4,723$; $p = .787$), permitindo-nos fazer **previsões fiáveis acerca da variável dependente (ocorrência de gravidez)**, se tivermos informação acerca das variáveis preditoras apresentadas.

Para a identificação de factores que se podem considerar de risco para a ocorrência de gravidez precoce, procurámos perceber quais os principais determinantes de dois aspectos que se revelam essenciais: i) o início da vida sexual nas adolescentes; ii) a ocorrência de uma gravidez, nas adolescentes sexualmente activas.

De forma geral, o fenómeno da gravidez adolescente apresenta-se como o possível resultado de um conjunto de factores de risco, provenientes de diferentes contextos: a) do **contexto individual**, salientando-se **características pessoais de personalidade** (menor percepção de privação de afecto e rejeição, maior dramatização da existência) e **cognitivas** (menores competências cognitivas, reflectindo-se na capacidade de pensamento abstracto e na capacidade de tomada de decisão), a **prática religiosa** (inexistência de prática religiosa), bem como um **comportamento sexual** pautado pelo **início mais precoce** da vida sexual associado à **não utilização de contracepção**; b) do **contexto sociofamiliar**, surgindo como relevante o **nível socioeconómico familiar** (baixo), características do **agregado familiar** (caracterizado, na infância, pela presença de elementos da família nuclear e alargada) e a **menor partici-**

pação da família (não fornecer informação sobre contracepção ou sexualidade) na **educação sexual** das jovens; c) do contexto escolar, assumindo preponderância o insucesso e o abandono escolar; e d) do **contexto relacional** da jovem, mais especificamente, a existência de uma relação de namoro com um companheiro, que predominantemente não se encontra integrado no sistema de ensino.

Para o **início da vida sexual das adolescentes**, parecem concorrer, preferencialmente, factores de risco associados ao **contexto sociofamiliar** (nomeadamente o NSE e o agregado familiar numeroso, na infância) e **escolar**; apenas a existência de uma **relação de namoro**, no contexto relacional, e a **inexistência de prática religiosa**, no contexto individual, se assumem também como significativos.

Para as jovens sexualmente activas, a **ocorrência de gravidez** parece ter como factores de risco, aspectos sobretudo relacionados com o **contexto individual**, quer no que respeita a **características cognitivas e de personalidade**, quer no que respeita ao **comportamento sexual** das adolescentes; no contexto familiar, para além do agregado familiar numeroso, surge como relevante a **menor participação da família na educação sexual das jovens**, enquanto que, no contexto relacional, se destaca o facto do companheiro das jovens já não estar integrado no sistema de ensino (o que significa, por um lado, que possui **habilitações literárias inferiores** e, por outro lado, que se encontra **profissionalmente activo** e, consequentemente, com algum grau de **autonomia**).

8. Determinantes da adaptação à gravidez e à maternidade

Perante os resultados anteriormente expostos, e considerando as numerosas variáveis estudadas, organizadas em torno da adaptação das adolescentes à gravidez e à maternidade, procurámos explorar e estabelecer alguns modelos que reflectam o valor preditivo dos diferentes contextos de influência (individual, sociodemográfico, familiar, relacional, profissional...) sobre os indicadores de adaptação seleccionados.

Para tal, procedemos em primeiro lugar à análise das correlações entre as variáveis independentes consideradas e as variáveis critério, de modo a conhecer as associações entre essas variáveis, e a identificar as associações significativas. Posteriormente, com o objectivo de apurar a contribuição independente dos factores em cada contexto na predição da adaptação à gravidez e à maternidade, utilizámos a análise de regressão linear múltipla (nos modelos de regressão foram incluídas apenas as variáveis em que se detectara no passo anterior uma associação significativa). Em seguida apresentamos os resultados obtidos – optámos, para facilitar a leitura e compreensão, por expor em primeiro lugar os modelos relacionados com a adaptação à gravidez, e posteriormente os associados à adaptação à maternidade e ao papel materno, pois apesar de existirem variáveis predictoras em comum, há distinções que pela sua relevância devem ser salientadas.

8.1. Modelos preditivos: adaptação à gravidez

8.1.1. Grávidas adolescentes: sintomatologia depressiva

Procurámos identificar as variáveis que significativamente actuam sobre o bem-estar emocional das jovens grávidas, influenciando os resultados obtidos na escala EPDS que, como mencionado anteriormente, avalia sintomatologia depressiva.

Quadro 38 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da EPDS (sintomatologia depressiva)

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	-5,213	4,448	
Viver actualmente com o pai, sem a mãe	12,503	3,956	.316*
Relação com o grupo de amigos	-0,649	0,198	-.329*
Rejeição paterna percebida (EMBU)	0,345	0,156	.222*
Nota: Adjusted R ² = .216 [F (3,74) = 8,738; p < .001]			
*p < .05			

Como podemos observar no quadro 37, encontramos três variáveis que, em conjunto, explicam cerca de 26% da variância. Duas dessas variáveis referem-se à relação da jovem grávida com o seu pai, e apresentam uma relação positiva com a sintomatologia depressiva; a outra variável importante para predizer os níveis de depressão é a percepção da relação com o grupo de amigos. Assim, **apresentam valores mais altos de sintomatologia depressiva as grávidas adolescentes que vivem com o pai, sem que a mãe faça parte do agregado (por morte ou separação), que percebem mais atitudes de rejeição por parte do pai, e que consideram a relação com os amigos inexistente ou com pouca qualidade.**

A relação com os amigos parece ter um papel protector relativamente à sintomatologia depressiva das grávidas adolescentes, pois quanto melhor esta relação é percebida, mais baixas são as pontuações na EPDS.

Na figura 95 representamos esquematicamente as variáveis predictoras da sintomatologia depressiva nas grávidas adolescentes.

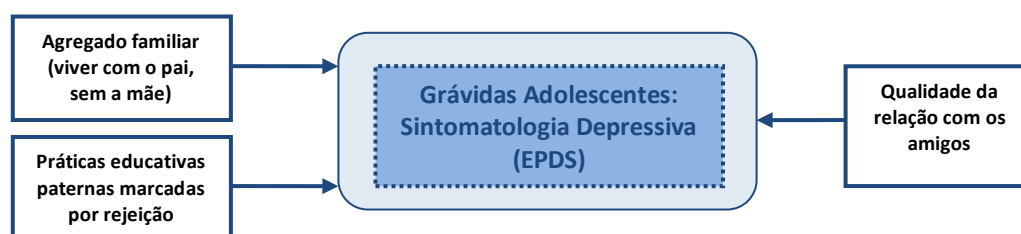


Figura 95 - GGAd: Variáveis predictoras da sintomatologia depressiva - EPDS

8.1.2. Gravidez: vivência e ajustamento

As próximas análises têm por objectivo a identificação das variáveis que exercem uma influência significativa sobre as várias subescalas que constituem o PRQ.

Quadro 39 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Medos em Relação ao Self – PRQ

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	4,811	0,709	
Vulnerabilidade ao stress (23QVS)	0,060	0,017	.342***
Estado Civil	-0,955	0,381	-.244*

Nota: Adjusted $R^2 = .163$ [$F(2,91) = 8,697$; $p < .001$]
 * $p < .05$; *** $p < .001$

Em primeiro lugar, consideramos os **Medos em Relação ao Self**, factor para o qual encontramos duas variáveis, a **Vulnerabilidade ao Stress** e o **Estado Civil**, que **explicam cerca de 15% da variância**, de acordo com o Quadro 39. **Os níveis de vulnerabilidade ao stress relacionam-se de forma positiva com os medos**, pelo que estes são mais acentuados quando a adolescente apresenta características de personalidade e do seu contexto social que a deixam numa posição de maior fragilidade perante acontecimentos stressores. O estado civil é

igualmente relevante, sendo que **as adolescentes solteiras referem níveis superiores de medos associados à experiência da gravidez e do parto, comparativamente às jovens casadas ou unidas de facto.**

Quadro 40 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Desejo de Gravidez - PRQ

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	18,309	1,812	
Planeamento da gravidez	7,268	0,982	.534***
Reacção da jovem à gravidez	-1,601	0,282	-.409***

Nota: Adjusted $R^2 = .743$ [$F(2,90) = 127,126$; $p < .001$]
 *** $p < .001$

As variáveis que permitem predizer os níveis de **Desejo de Gravidez** estão intimamente relacionadas com esta dimensão, e referem-se ao **Planeamento da gravidez e à Reacção inicial da jovem à notícia de que está grávida, explicando perto de 74% da variância**, como vemos no Quadro 40. Mais especificamente, **quando a gravidez não é planeada, as adolescentes referem níveis mais baixos de vontade de engravidar**. Para além disso, **quanto melhor é a reacção inicial da jovem à gravidez, maior é o desejo de que esta gestação se verifique.**

Quadro 41 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Dependência - PRQ

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	5,157	1,161	
Percepção Bebé Típico (NPI)	0,170	0,050	.339**
Situação Profissional	1,633	0,719	.226*

Nota: Adjusted $R^2 = .153$ [$F(2,86) = 8,796$; $p < .001$]
 * $p < .05$; ** $p < .01$

No Quadro 41, apresentam-se as duas variáveis que permitem prever os valores da **Dependência** e que, **em conjunto, permitem explicar aproximadamente 15% da sua variância**. A **Percepção do Bebé Típico** correlaciona-se positivamente com os valores de dependência, pelo que, **quanto maiores são as dificuldades que a adolescente crê que os bebés normalmente têm, maior é a necessidade de apoio que a jovem associa ao período da gravidez e do pós-parto**. Para além disso, a **Situação profissional** também se revela importante, na medida em que **as adolescentes que se encontram desempregadas tendem a concordar mais intensamente com o facto de a ajuda dos outros ser precisa durante a gestação e o puerpério.**

Quadro 42 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Medos em Relação ao Bebê - PRQ

	Coeficientes (B)	Erro-padrão	Coeficientes Padronizados (β)
Constante	7,117	2,574	
Percepção Bebê Típico (NPI)	0,367	0,100	.355***
Nº de aspectos de vida agradáveis	1,740	0,622	.273**
Número de parceiros sexuais	1,249	0,464	.262**
Rejeição paterna percebida (EMBU)	0,270	0,125	.210*

Nota: Adjusted $R^2 = .259$ [$F(4,79) = 7,891$; $p < .001$]
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

O Quadro 42 deixa antever que a variável em relação à qual foi possível encontrar mais factores predictores foi a que se refere aos **Medos em Relação ao Bebê**. O modelo final, composto por quatro predictores, **é responsável por 26% da variância**. Em primeiro lugar, a **Percepção do Bebê Típico** correlaciona-se positivamente com esta dimensão do PRQ, ou seja, **os medos que as adolescentes sentem relativamente aos seus bebés são mais acentuados quando percebem que a maioria dos bebés tem mais dificuldades comportamentais** (ao nível do sono, do choro, da alimentação, etc.). As restantes variáveis também se relacionam positivamente com os medos em relação ao bebé, ou seja, **estes verificam-se com mais frequência quando as jovens referem mais aspectos positivos na sua vida actual** (por exemplo, na área familiar, profissional, na relação com o namorado, etc.); **tiveram mais parceiros sexuais; e percebem maior rejeição** (hostilidade, agressividade verbal e/ou física, e não aceitação da filha) **da parte do pai**.

Quadro 43 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Sentimento Maternal (PRQ)

	Coeficientes (B)	Erro-padrão	Coeficientes Padronizados (β)
Constante	22,833	2,858	
Idade	-0,153	0,169	-.293**
Número de irmãos	-0,259	0,086	-.291**

Nota: Adjusted $R^2 = .170$ [$F(2,90) = 10,249$; $p < .001$]
 ** $p < .01$

Relativamente ao **Sentimento Maternal**, a **Idade** e o **Número de irmãos** ajudam a explicar **17% da variância**. Desta forma, o Quadro 43 indica-nos que, **as adolescentes mais velhas e com maior número de irmãos têm sentimentos maternos mais acentuados**.

Por último, no que toca à **Irritabilidade**, percebemos, consultando o Quadro 44, que existem duas variáveis que, **juntas, contribuem para quase 25% da variância** na pontuação obtida nesta dimensão. Uma destas variáveis, a **Vulnerabilidade ao Stress**, relaciona-se de forma positiva com a irritabilidade, pelo que **as jovens tendem a relatar a existência de emoções negativas com mais frequência quanto maior é a sua vulnerabilidade ao stress**. A

segunda variável, correspondente à **Satisfação com o apoio que o namoro presta**, tem uma relação negativa com a irritabilidade pelo que, **quanto mais satisfeitas as adolescentes se encontram com o apoio que recebem do namorado, menor é a frequência com que referem sentimentos de cariz negativo**.

Quadro 44 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Irritabilidade – PRQ

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	28,797	4,121	
Vulnerabilidade ao stress (23QVS)	0,194	0,045	.421***
Apoio do namorado	-1,548	0,698	-.217**

Nota: Adjusted $R^2 = .251$ [$F(2,83) = 14,891$; $p < .001$]
 ** $p < .01$; *** $p < .001$

As associações encontradas estão representadas na Figura 96.

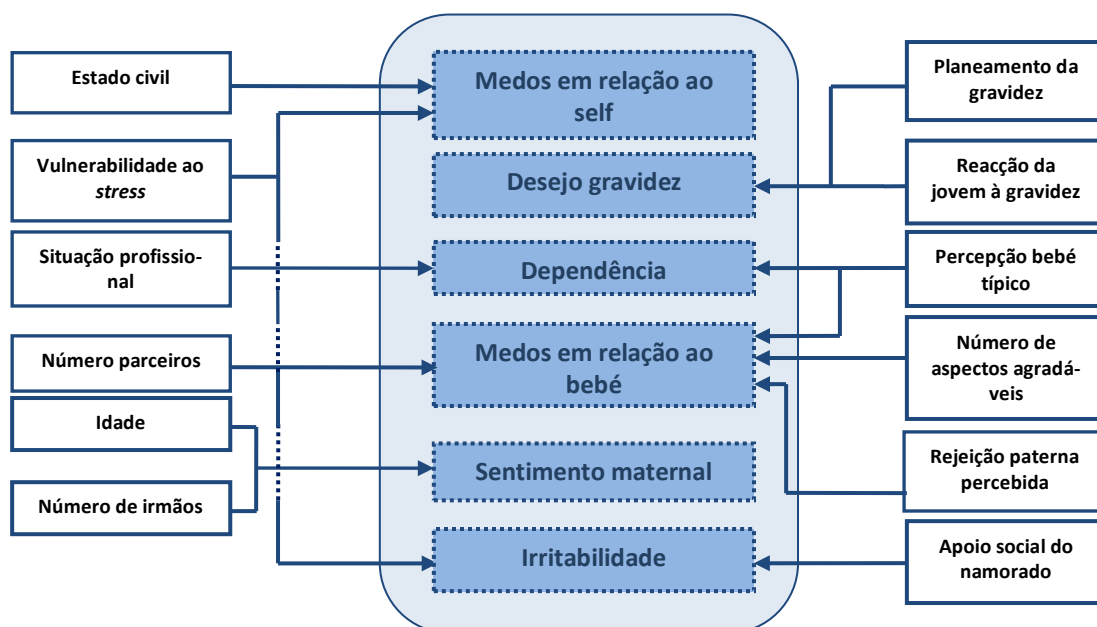


Figura 96 - GGAd: Variáveis preditoras das dimensões que avaliam a vivência da gravidez – PRQ

Para a melhor adaptação e vivência da gravidez adolescente, parecem contribuir vários aspectos, nomeadamente: i) **características sociodemográficas** (atente-se ao facto que as adolescentes solteiras, desempregadas e mais novas apresentam resultados menos satisfatórios), **de personalidade** (maior vulnerabilidade ao stress parece constituir um factor de risco para a inadaptação à gravidez) **e familiares** (número de irmãos); ii) **experiências prévias** (as adolescentes que perceberam um estilo educativo paterno caracterizado pela rejeição e as que tiveram um maior número de parceiros sexuais apresentam indicadores menos positivos); iii) **variáveis relacionadas com a gravidez** (gravidez planeada, reacção da jovem à gravidez, e percepção positiva do bebé comum); iv) **indicadores de adaptação global** (número de

aspectos da sua vida que considera satisfatórios); e v) **apoio social** (nomeadamente, do namorado).

8.1.3. Qualidade de vida no grupo de grávidas adolescentes

Com o objectivo de identificar variáveis preditoras da Qualidade de vida no grupo de grávidas adolescentes, foram efectuadas diversas análises de regressão linear múltipla. Apenas foram testadas as variáveis preditoras que se correlacionavam a um nível significativo com as variáveis dependentes em estudo (QdV geral e suas dimensões). No modelo final para cada domínio da QdV, apresentamos as variáveis que se revelaram significativamente preditoras da variável critério, contribuindo para o modelo de predição.

Relativamente à **QdV geral**, identificam-se **duas variáveis preditoras** significativas, que explicam **19,3%** da variância desta dimensão da QdV [$F(2,89) = 11,866$; $p = .000$]: a *vulnerabilidade ao stress* (global) e a *Percepção do bebé típico*.

Quadro 45 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta Geral da QdV – WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	81,038	9,086	
Vulnerabilidade ao stress (23QVS)	-0,704	0,152	-.446***
Percepção do bebé típico	1,053	0,425	.239*

Nota: Adjusted $R^2 = .193$ [$F(2,89) = 11,866$; $p < .001$]
 * $p < .05$; *** $p < .001$

Já para o **domínio físico da QdV**, identifica-se o *apoio social do namorado* como a **única variável preditora**, num modelo estatisticamente significativo [$F(1,83) = 11,940$; $p = .000$] que, no entanto, explica apenas **11,5%** da variância nesta dimensão.

Quadro 46 – GGAd: Análise de regressão linear tendo por variável critério o domínio Físico da QdV – WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	39,464	9,69	
Apoio da família do namorado	6,964	2,015	.355**

Nota: Adjusted $R^2 = .115$ [$F(1,83) = 11,940$; $p < .01$]
 ** $p < .01$

O **modelo de predição da QdV Psicológica** (cf. Quadro 47) para as grávidas adolescentes é estatisticamente significativo [$F(3,87) = 20,383$; $p = 0,000$] e explica **39,3%** da variância nesta dimensão. Neste modelo, foram identificadas como variáveis preditoras: a *percepção da qualidade da relação com o namorado*, a *vulnerabilidade ao stress (global)* e a *privação de afecto e rejeição*.

Quadro 47 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Psicológico da QdV – WHOQOL

	Coeficientes (B)	Erro-padrão	Coeficientes Padronizados (β)
Constante	73,930	6,736	
Qualidade da relação com o namorado	2,654	0,744	-.310**
Vulnerabilidade ao Stress (global)	-0,537	0,107	-.423***
Privação de afecto e rejeição	- 2,141	0,967	-.196*
Nota: Adjusted R ² = .393 [F (3,87) = 20,383; p < .001]			
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001			

Foram identificados (cf. Quadro 48) quatro variáveis que se constituem como **preditoras da QdV das grávidas adolescentes no domínio Relações Sociais**, explicando **63,4%** da variância nesta variável: a *percepção da qualidade da relação com o grupo de amigos*, a *percepção de apoio social da família do namorado*, a *vulnerabilidade ao stress (global)* e a *carência de apoio social* [F(4,80) = 37,409; p = .000].

Quadro 48 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV – WHOQOL

	Coeficientes (B)	Erro-padrão	Coeficientes Padronizados (β)
Constante	52,209	8,011	
Qualidade da relação com o grupo de amigos	3,078	0,571	.404***
Apoio social da família do namorado	5,448	0,831	.452***
Vulnerabilidade ao stress (global)	-0,489	0,122	-.282***
Carência de apoio social	- 4,037	1,223	-.235**
Nota: Adjusted R ² = .634 [F (4,80) = 37,409; p < .001]			
** p < .01; *** p < .001			

Finalmente, para o **Domínio Ambiente da QdV**, foram identificadas duas variáveis preditoras (cf. Quadro 49) num modelo que se revela estatisticamente significativo que explica, no entanto, apenas **18,7%** da variância nesta dimensão: as *condições de vida adversas* e o *suporte emocional materno*.

Quadro 49 – GGAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV – WHOQOL

	Coeficientes (B)	Erro-padrão	Coeficientes Padronizados (β)
Constante	57,378	5,137	
Condições de vida adversas	-3,004	1,163	-.248*
Suporte emocional materno	0,884	0,246	.345**
Nota: Adjusted R ² = .187 [F (2,88) = 11,368; p < .001]			
* p < .05; ** p < .01			

No esquema que se segue, apresentamos de forma sumária as principais **variáveis preditoras da QdV nas grávidas adolescentes**.

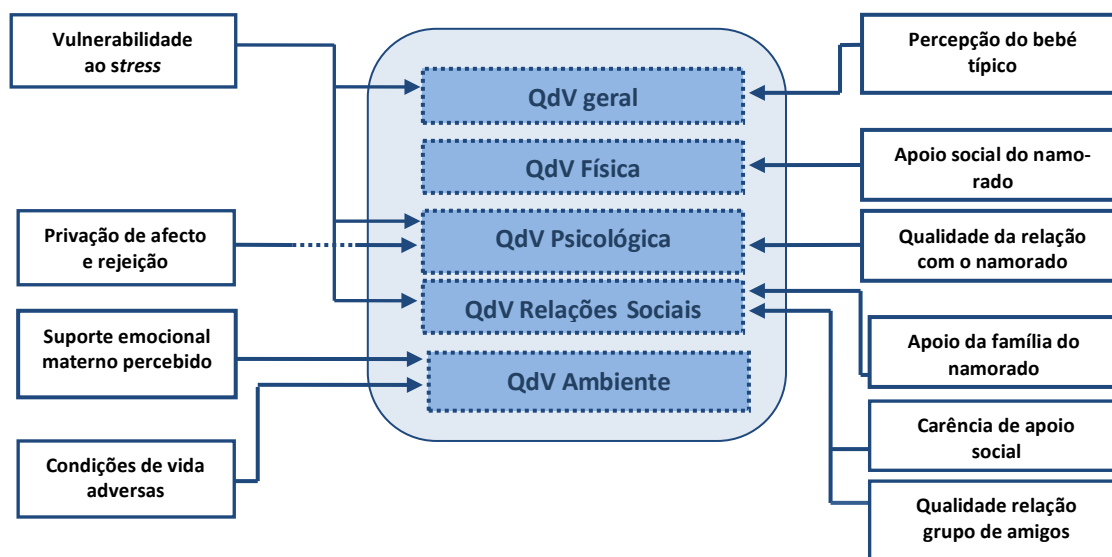


Figura 97 – GGAd: Variáveis preditoras da qualidade de vida - WHOQOL

De acordo com os resultados obtidos, várias informações importantes devem ser notadas. Em primeiro lugar, podemos identificar **alguns domínios que parecem ser nucleares para prever a qualidade de vida das adolescentes grávidas**:

a) **Proximidade afectiva/relacional** – englobando a percepção de *suporte emocional* por parte da figura materna, percepção de *privação de afecto e de rejeição* pelos outros (proximidade/afastamento dos outros, partilha de afecto com os outros) e a *qualidade da relação com o namorado*. Neste contexto, a existência de uma figura materna provedora de suporte emocional prediz significativamente melhor QdV no domínio Ambiente, e vice-versa. Por outro lado, a percepção de menor privação de afecto ou rejeição por parte dos outros e uma melhor avaliação da relação com o namorado predizem significativamente melhor QdV no domínio Psicológico (e vice-versa). Ainda neste âmbito, também uma melhor *qualidade da relação com o grupo de amigos* prediz melhor QdV no domínio Relações sociais.

b) **Apoio social** – englobando a percepção de *apoio social do namorado*, da *família do namorado* e, ainda, a *carência de apoio social* (geral). Neste contexto, maior percepção de apoio social do namorado prediz uma melhor QdV no domínio Físico, bem como maior percepção de apoio social da família do namorado e menor carência de apoio social predizem significativamente uma melhor QdV no domínio Relações sociais (e vice-versa).

c) **Vulnerabilidade ao stress (global)** – entendida como um conjunto de características individuais (pouca capacidade auto-afirmativa, baixa tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver problemas, preocupação excessiva com acontecimentos do quotidiano e uma emocionalidade marcada) que predispõe o indivíduo a uma resposta não adaptativa,

perante um acontecimento indutor de *stress*. Maior *vulnerabilidade do indivíduo ao stress* prediz significativamente menor QdV Geral e nos domínios Psicológico e Relações sociais.

Com um papel mais limitado a dimensões específicas da QdV, encontramos ainda a *existência de condições adversas* - verificando-se que a existência das mesmas prediz significativamente menor QdV no domínio Ambiente -, e a *percepção do bebé típico*, verificando-se que uma *percepção mais positiva do bebé típico*, numa fase em que a maioria das jovens não teve ainda contacto com o seu bebé, prediz também uma melhor QdV geral.

A **adaptação à gravidez** foi avaliada através de **três indicadores: sintomatologia depressiva** (medida através da escala EPDS), **ajustamento e vivência da gravidez** (medido a partir dos resultados da escala PRQ), e **qualidade de vida** (medida através do instrumento WHOQOL-bref).

Verifica-se que a vivência da gravidez é influenciada por diferentes factores, que podemos organizar por área: **características sociodemográficas** (idade, estado civil, situação profissional) e de **personalidade** (perfeccionismo e intolerância à frustração); **variáveis familiares** (número de irmãos); **experiências de vida** (número de acontecimentos stressores, número de parceiros sexuais, número de aspectos de vida agradáveis); **apoio social percebido** (em particular, por parte do namorado); e **variáveis associadas à gravidez e à maternidade** (planeamento ou não da gravidez, reacção inicial da jovem à notícia de gravidez e percepção do bebé).

Variáveis familiares relacionadas com o **pai da jovem (habitar com ele num agregado do qual a mãe não faz parte**, perceber as **práticas educativas paternas** como marcadas por rejeição) são relevantes para predizer a **presença de sintomatologia depressiva nas grávidas**; a **relação com os amigos** desempenha igualmente um papel significativo nesta dimensão.

A **proximidade afectiva/emocional** experienciada pela adolescente (nomeadamente o suporte emocional por parte da mãe, a qualidade da relação com o namorado, e a percepção de *privação de afecto e de rejeição* por parte dos outros), a percepção de **apoio social** (particularmente, uma vez mais, por parte do **namorado**, e da família deste) e a **vulnerabilidade ao stress** constituem-se como os principais factores preditores da qualidade de vida das grávidas adolescentes.

Em suma, a **qualidade das relações** estabelecidas com os membros mais próximos da sua rede social (pais e namorado/companheiro), bem como a rede mais alargada (grupo de amigos), conjuntamente com algumas **características individuais e sociodemográficas**, acima citadas, são variáveis que devem ser tidas em conta, pois conhecê-las significa poder predizer a adaptação à gravidez das adolescentes que engravidam – dito de outra forma, o **conheci-**

mento das variáveis que se revelam predictoras neste domínio significa a possibilidade de detectar situações de risco, intervindo para as minimizar ou eliminar.

8.2. Modelos preditivos: adaptação à maternidade

8.2.1. Mães adolescentes: sintomatologia depressiva

À semelhança do que fizemos para o grupo de grávidas adolescentes, começamos por verificar quais as variáveis que permitirão prever a presença de sintomatologia depressiva no grupo de jovens mães. Os resultados apresentam-se no quadro 49 e na figura 98.

Quadro 50 – GMAAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da sintomatologia depressiva - EPDS

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	5,531		
Impacto emocional da gravidez na jovem	3,624	0,621	.526***
Atitude da mãe da jovem face à gravidez – mudança ao longo do tempo	- 2,201	0,616	- .308***

Nota: Adjusted $R^2 = .357$ [$F(2,77) = 22,959$; $p < .001$]
*** $p < .001$

As variáveis que permitem prever a sintomatologia depressiva são, no modelo final de regressão múltipla, o impacto emocional que a gravidez teve na adolescente, e a atitude manifesta pela mãe da jovem ao longo da gravidez. Verificando a relação, respectivamente positiva e negativa, que estas variáveis estabelecem com a variável critério, podemos dizer que reportam valores mais elevados de sintomatologia depressiva as jovens que consideraram negativo o impacto da gravidez no seu estado emocional, e cujas mães, tendo uma atitude inicial de rejeição da gravidez, mantiveram a sua atitude, ou tendo no princípio manifestado aceitação da gravidez, foram progressivamente retirando apoio ao longo da gestação e no pós-parto.

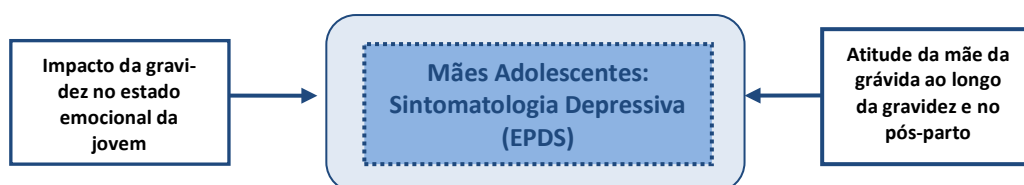


Figura 98: GMAAd: Variáveis preditoras da sintomatologia depressiva - EPDS

8.2.2. Qualidade de vida no grupo de mães adolescentes

Tal como fizemos para o grupo de grávidas adolescentes, procuramos agora identificar variáveis preditoras da Qualidade de vida no grupo de mães adolescentes. Para isso, foram efectuadas diversas análises de regressão linear múltipla. Apenas foram testadas as variáveis preditoras que se correlacionavam a um nível significativo com as variáveis dependentes em estudo (QdV geral e suas dimensões). Tal como fizemos anteriormente, apresentamos apenas as variáveis que se revelaram significativas no modelo final.

Ao nível da **faceta geral da QdV**, foram identificadas duas variáveis preditoras, num modelo estatisticamente significativo [$F(2,81) = 15,948$; $p = .000$], que explica **26,5%** da variância nesta dimensão: o número de *acontecimentos de vida adversos* experienciados e a *carência de apoio social* (cf. Quadro 50).

Quadro 51 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a Faceta geral da QdV - WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	85,787	2,995	
Acontecimentos de vida adversos	-2,344	0,517	-.430***
Carência de apoio social	-6,049	1,553	-.369***

Nota: Adjusted $R^2 = .265$ [$F(2,81) = 15,948$; $p < .001$]
*** $p < .001$

O modelo de predição (cf. Quadro 52) para o **domínio físico da QdV**, no grupo de mães adolescentes, identifica duas variáveis, que explicam **21,1%** da variância: a *inibição e dependência funcional* e a *privação de afecto e rejeição*.

Quadro 52 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Físico da QdV - WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	79,977	1,776	
Impacto e dependência funcional	-2,678	1,189	-.220*
Privação de afecto e rejeição	-4,113	0,966	-.416***

Nota: Adjusted $R^2 = .211$ [$F(2,81) = 12,110$; $p < .001$]
* $p < .05$; *** $p < .001$

No que respeita ao **domínio Psicológico da QdV** (cf. Quadro 53), foram identificadas quatro variáveis que se constituem como preditoras desta dimensão, para as mães adolescentes, explicando **46,6%** da variância: o *total de irmãos*, a *qualidade da relação com o namorado*, a *carência de apoio social* e a *privação de afecto e rejeição* [$F(4,79) = 19,091$; $p = .000$].

Quadro 53 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o Domínio Psicológico da QdV - WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
(Constante)	59,807	5,059	
Total irmãos	1,514	0,552	.221**
Qualidade da relação com namorado	1,639	0,631	.213*
Carência de apoio social	-6,174	1,393	-.362***
Privação de afecto e rejeição	-5,465	1,120	-.400***
Nota: Adjusted R ² = .466 [F (4,79) = 19,091; p < .001]			
*p < .05; ** p < .01; *** p < .001			

O modelo de predição encontrado para o **domínio Relações Sociais da QdV**, e apresentado no Quadro 54, identifica três variáveis preditoras desta dimensão, que explicam **32,7%** da sua variância total: *ter vivido na infância com os pais*, *a satisfação com o apoio social da família do namorado* e *carência de apoio social*.

Quadro 54 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Relações Sociais da QdV - WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
(Constante)	47,520	7,306	
Viver na infância com os pais	18,658	4,88	.370***
Apoio social do namorado	3,851	1,368	.288**
Carência de apoio social	-5,388	2,021	-.273*
Nota: Adjusted R ² = .327 [F (3,69) = 12,663; p < .001]			
*p < .05; ** p < .01; *** p < .001			

Para o **domínio Ambiente da QdV** (cf. Figura 55), foi encontrado um modelo de predição estatisticamente significativo [$F(4,68) = 13,104$; $p = .000$], que inclui quatro variáveis, que explicam **40,2%** da variância nesta dimensão, para as mães adolescentes: o *número de mudanças* desejadas na sua vida, a percepção de *apoio social da família do namorado*, a *carência de apoio social* e a *subjugação*.

Quadro 55 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério o domínio Ambiente da QdV - WHOQOL

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	67,171	4,064	
Número de mudanças desejadas	-6,219	1,842	-.315**
Apoio social da família do namorado	2,853	0,865	.320**
Carência de apoio social	-3,088	1,293	-.235*
Subjugação	-3,766	1,036	-.334**
Nota: Adjusted R ² = .402 [F (4,68) = 13,104; p < .001]			
*p < .05; ** p < .01			

Tal como procedemos para as grávidas adolescentes, apresentamos na Figura 99 um esquema sintetizador dos vários domínios da QdV, para o grupo de mães adolescentes.

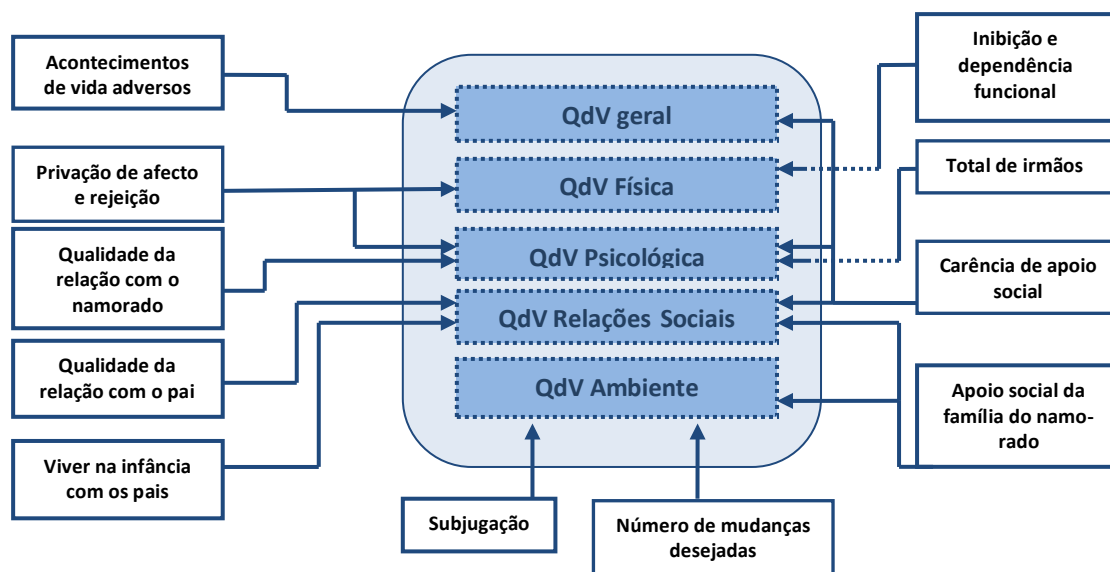


Figura 99 – GMAd: Variáveis preditoras da QdV – WHOQOL

Da análise deste esquema é possível identificar, para o grupo de mães adolescentes, algumas semelhanças e diferenças com as variáveis preditoras da QdV no grupo de grávidas adolescentes. Verifica-se, em primeiro lugar, que os domínios da **proximidade afectiva/relacional** (envolvendo a variável privação de afecto e rejeição, por um lado, e a avaliação qualidade da relação com o pai, com o namorado e com o grupo de amigos, por outro) e do **apoio social** (considerando a um nível mais global, a variável carência de apoio social, e a um nível mais específico, o apoio por parte da família do namorado) continuam a constituir-se como domínios importantes para a predição das dimensões da QdV, seguindo o mesmo sentido que nas grávidas adolescentes: por um lado, uma melhor percepção da qualidade das relações e uma menor percepção de privação de afecto e rejeição predizem significativamente uma melhor QdV nos domínios respectivos; por outro lado, menores níveis de carência de apoio social e maior percepção de apoio da família do namorado, predizem significativamente melhor QdV nas dimensões específicas.

Em segundo lugar, verifica-se que a vulnerabilidade ao *stress*, na sua natureza global, não emerge como uma variável tão premente na predição da QdV neste grupo, embora surjam como relevantes, dimensões específicas deste conceito global, nomeadamente a **inibição e dependência funcional** [tendência para uma atitude passiva e de não resolução dos problemas, tornando-se mais dependente dos outros, e cujos níveis elevados predizem significativamente menor QdV no domínio Físico] e a **subjugação** [submissão às necessidades e opiniões dos outros, sendo que níveis superiores de subjugação predizem significativamente uma menor QdV no domínio Ambiente].

Em terceiro lugar, verifica-se que emergem também como importantes, variáveis relativas à **composição do agregado familiar**, nomeadamente o reflexo positivo, ao nível da QdV, de ter vivido com os pais na infância, ou da presença de irmãos no agregado familiar.

8.2.3. Adaptação ao papel materno

Em seguida, procurámos identificar os factores que influenciam as várias dimensões do investimento parental. Começando pela dimensão **Aceitação do Papel Parental**, o **modelo encontrado, composto pelas variáveis Acontecimentos de Vida e Percepção do seu bebé explica**, como podemos ver no Quadro 56, **cerca de 14% da variância**. O número de acontecimentos de vida adversos relaciona-se negativamente com os valores de aceitação do papel parental, pelo que **as jovens que referem ter experienciado um número superior de experiências negativas tendem a relevar mais dificuldade em incorporar a parentalidade na sua identidade**. O inverso se verifica na relação entre esta variável e a percepção que a jovem tem do seu bebé. Assim, **quanto mais positiva é a percepção que a jovem tem do seu bebé** (ou seja, quanto menos dificuldades comportamentais lhe atribui), **maior aceitação demonstra face ao seu papel de mãe**.

Quadro 56 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Aceitação do Papel Parental – EIPC

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	19,790	1,010	
Acontecimentos de vida (LAV)	-0,294	0,101	-.303**
Percepção do seu bebé	-0,138	0,069	-.209*

Nota: Adjusted R² = .135 [F (2,82) = 7,383; p < .01]
*p < .05; ** p < .01

No que respeita ao factor **Prazer**, o Quadro 57 revela-nos que **há apenas uma variável predictor, a Escolaridade, que contribui para aproximadamente 27% da variância** desta dimensão do investimento parental. A relação positiva que se verifica entre estas duas variáveis implica que, **quanto mais elevadas são as habilitações literárias da jovem, mais acen-tuado é o nível de prazer que associa à relação que estabelece com o seu bebé**.

Quadro 57 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da subescala Prazer – EIPC

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	18,227	2,310	
Escolaridade	0,655	0,247	.565*

Nota: Adjusted R² = .274 [F (1,16) = 7,204; p < .001]
*p < .05

Olhando para o Quadro 58, concluímos que, relativamente ao **Conhecimento e Sensibilidade**, o primeiro domínio da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress*, que corresponde ao **Perfeccionismo e Intolerância à Frustração**, é a **única variável predictor e explica 5,8% da variância**. A relação entre estas duas variáveis é negativa, ou seja, **características de perfeccionismo e intolerância à frustração mais acentuadas traduzem-se em níveis mais baixos conhecimento e sensibilidade perante as necessidades da criança**.

Quadro 58 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação da sub-escala Conhecimento e Sensibilidade – EIPC

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	15,703	0,871	
Perfeccionismo e intolerância à frustração (23QVS)	-0,642	0,287	-.241*
Nota: Adjusted R ² = .058 [F (1,82) = 4,986; p < .001]			
*p < .05			

A interpretação do modelo que permite prever o resultado total na Escala de Investimento Parental deve ser prudente atendendo a que, como já referimos, o facto de este instrumento não ser unidimensional torna difícil a definição daquilo que está subjacente a esta variável. De qualquer forma, o Quadro 59 aponta **três variáveis que se relacionam com este constructo** (Existência de história familiar de gravidez adolescente; pontuação obtida na escala de Raciocínio Abstracto; e satisfação com o apoio percebido da parte) **e que, em conjunto, ajudam a explicar perto de 19% da variância**. Importa mencionar que todas estas variáveis se relacionam positivamente, isto é, **os níveis de investimento parental são superiores quando outros familiares das adolescentes passaram também por uma gravidez nesta etapa desenvolvimental, e tendem a acentuar-se com o aumento da inteligência abstracta das jovens e com a subida do seu nível de satisfação com o apoio prestado pelos técnicos de saúde**.

Quadro 59 – GMAd: Análise de regressão múltipla tendo por variável critério a pontuação global da escala Investimento Parental Total – EIPC

	Coefficientes (B)	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (β)
Constante	43,276	2,597	
História familiar de gravidez adolescente	3,386	1,186	.293**
Competência intelectual (BPRD)	0,243	0,085	.291**
Apoio dos técnicos de saúde	1,436	0,554	.265*
Nota: Adjusted R ² = .191 [F (3,78) = 7,119; p < .001]			
*p < .05; ** p < .01			

Na figura 100 ilustram-se as associações encontradas nesta dimensão.

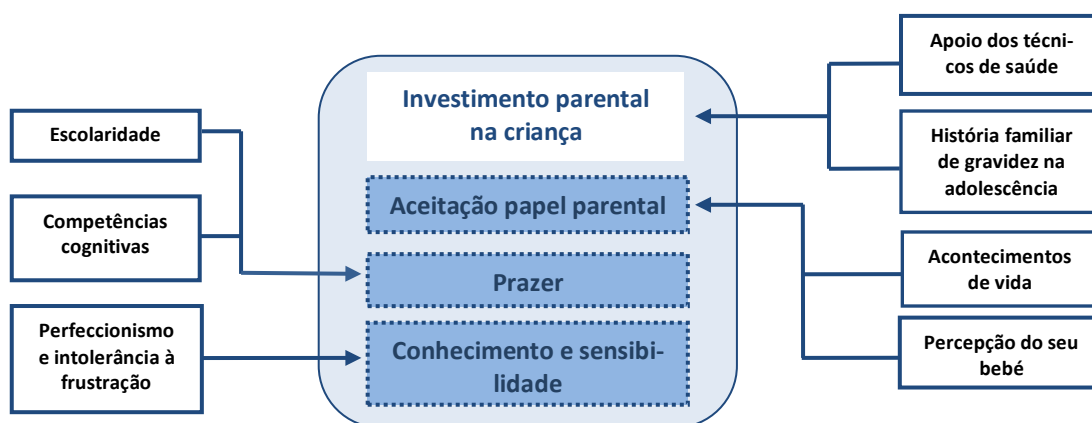


Figura 100 – GMAAd: Variáveis preditoras do investimento parental na criança - EIPC

De acordo com os resultados obtidos, percebemos que a melhor adaptação ao papel materno, entendida como maior investimento materno na criança, parece ser significativamente predita por **características cognitivas e de personalidade** [apresentadas no lado esquerdo da figura, e englobando as habilitações literárias (número superior de anos de escolaridade frequentados), melhores competências cognitivas e características de personalidade (menor perfeccionismo e intolerância à frustração)], mas também por **experiências individuais e familiares** [representadas no lado direito do esquema, incluindo aspectos da história familiar (transgeracionalidade do fenómeno de gravidez adolescente), **experiências prévias** (menor número de acontecimentos de vida adversos) e **relações interpessoais** (maior satisfação com o apoio dos técnicos de saúde e percepção mais positiva do seu bebé)].

Constatamos que as dimensões que permitem predizer a adaptação à maternidade embora não coincidam totalmente com as que encontramos como preditoras da adaptação à gravidez, apresentam diversos pontos em comum.

A relação com a **mãe da adolescente**, nomeadamente a atitude negativa manifesta perante a gravidez ao longo do tempo é basilar para a predição de sintomatologia depressiva; o **impacto negativo inicial da gravidez** no estado emocional da jovem também exerce uma influência perene, sendo igualmente preditor do seu ajustamento posterior à maternidade.

A **qualidade das relações afectivas com a família de origem**, e a estrutura desta, em termos de constituição do agregado, continua a desempenhar um papel importante, aparecendo também como determinante, uma vez mais, a **relação com o namorado/companheiro**; **características individuais** como dimensões da vulnerabilidade ao *stress*, e ocorrências de vida adversas influenciam igualmente a adaptação ao papel materno, pois determinam a qualidade de vida percebida pela jovem.

O investimento que a jovem faz no seu papel de mãe relaciona-se também com as suas **características de personalidade** (perfeccionismo e intolerância à frustração), **capacidades cognitivas** (raciocínio abstracto; habilitações literárias), **experiências de vida** (número de acontecimentos *stressores*), **características familiares** (história familiar de gravidez na adolescência), e **apoio social** (especificamente, aquele que é oferecido pelos técnicos de saúde).

A **significância dos modelos** permitem-nos uma vez mais considerar que recolher **informação sobre as variáveis relacionadas** pode trazer dados privilegiados para acompanhar estas jovens no seu percurso de adaptação à maternidade, pois tal permite **identificar possíveis factores de risco e protecção** que, respectivamente, contribuirão para um desenvolvimento menos ou mais ajustado da adolescente, do seu bebé e da sua família.

**Implicações e
recomendações**

9. Síntese e implicações do estudo

O presente estudo procurou abordar os domínios psicológico, social e relacional, educacional e socioeconómico pretendendo, no contexto particular da realidade dos Açores, identificar factores de vulnerabilidade e protecção associados quer à ocorrência de gravidez na adolescência, quer às diferentes trajectórias de (in)adaptação das jovens que engravidam e se tornam mães.

Para a prossecução do estudo optou-se um desenho metodológico que pretendemos, se não exaustivo (dada a complexidade dos fenómenos abordados), pelo menos abrangente das questões fulcrais para a compreensão, e prevenção, dos processos em causa. Na construção dos protocolos de avaliação procurou-se a inclusão de instrumentos diversificados, que permitissem obter dados quantitativos e qualitativos acerca das adolescentes e dos seus contextos relacionais.

Conseguiu-se a recolha de uma amostra que se pode considerar representativa da realidade da gravidez e maternidade adolescentes nas ilhas açorianas, o que permite fundamentar propostas de intervenção adequadas à realidade em causa. Antes de as expor, porém, deter-nos-emos nos principais resultados e nos seus possíveis significados.

Na análise dos dados consideraram-se duas grandes dimensões: por um lado, procurar esclarecer quais os **factores associados à ocorrência de gravidez na adolescência**, e por outro conhecer o impacto deste evento e o processo de **adaptação à gravidez e maternidade**. A linha estratégica que orientou a elaboração e prossecução deste trabalho pode resumir-se nas seguintes interrogações:

O que caracteriza as adolescentes açorianas que engravidam?

Porque atinge a gravidez precoce no arquipélago uma taxa que é, aproximadamente, o dobro da verificada no continente, situando-se igualmente entre as mais altas da União Europeia?

Que contextos e factores influenciam a adaptação destas jovens ao seu papel materno?

Passamos a abordar estas questões sintetizando os resultados que permitem responder-lhes.

Factores de risco associados à gravidez na adolescência

A primeira questão é respondida de forma directa pelos resultados obtidos a partir da caracterização do grupo de grávidas e mães adolescentes, particularmente quando comparados com os registados no grupo de controlo.

Ao analisarmos as características das jovens adolescentes com história de gravidez, encontramos diversas características sociodemográficas, individuais e familiares que correspondem às encontradas em vários estudos efectuados quer em Portugal Continental²³, quer mesmo noutros países europeus; expomos uma apresentação sintética desses resultados, para em seguida nos determos sobre aspectos diferenciadores da realidade açoriana.

Factores individuais e sociodemográficos

As jovens adolescentes açorianas com história de gravidez apresentam uma média de **idades** de 17,4 anos, sendo esta superior à obtida no grupo de controlo (16,43); a maioria das grávidas e mães adolescentes (97,2%) tem 15 anos ou mais; a idade mínima encontrada foi 12 anos (1 jovem grávida), e a máxima 20 anos. Distribuem-se pelas ilhas seguindo a tendência populacional; assim, o maior número provém de S. Miguel, seguindo-se a Terceira e o Faial; nenhuma ilha se destaca em termos proporcionais.

Todas as participantes no estudo se situam nos **níveis socioeconómicos** baixo e médio; mesmo assim, as jovens grávidas e mães diferenciam-se significativamente do grupo de controlo pela pertença quase exclusiva ao nível baixo (95,3%); na sua maioria (60,5%) provêm de zonas urbanas e semi-urbanas.

A idade média de **início da vida sexual** corresponde, nesta amostra, aos 15,32 anos, sendo que as adolescentes sem história de gravidez tendem a começar a sua vida sexual ligeiramente mais tarde. Cerca de 86,9% das adolescentes estão grávidas pela primeira vez ou deram à luz o primeiro filho, 11,9% mencionam uma gravidez anterior e 1,1% tiveram previamente duas gestações.

As jovens com história de gravidez não se distinguem do grupo de controlo no que diz respeito à **fé e à prática religiosa**; 96,6% das participantes dizem-se *crentes*, e 70,2% afirmam-se *praticantes*.

A **escolarização** destas jovens é baixa; as grávidas e mães adolescentes apresentam menos habilitações escolares do que as jovens do grupo de controlo, e maior índice de reprovações e insucesso escolar. A taxa de abandono escolar é muito alta entre as jovens com história de gravidez: 78,9%. Das 139 grávidas e mães em situação de abandono escolar, 41 (29,5%) apontam a gravidez/nascimento do filho como motivo para deixar de estudar; as

²³ Tomaremos como referência sobretudo os estudos de Lourenço (1998), Pereira (2001) e Jongenelen (2003), por serem os que, quer em metodologia quer em termos dos instrumentos utilizados mais se aproximam do presente trabalho.

razões mais invocadas ligam-se à desmotivação, desinteresse e desvalorização pelas possibilidades que melhores habilitações académicas podem acarretar.

Para a maioria das jovens com história de gravidez (70,5%), o abandono do sistema de ensino precedeu a ocorrência da gestação, ou seja, as adolescentes encontravam-se já fora do sistema de ensino quando engravidaram. Os dados indicam também uma tendência para um abandono escolar progressivamente mais precoce. Cerca de 50% das grávidas e mães adolescentes manifestam vontade de voltar a estudar depois de o bebé crescer e se tornar menos dependente da mãe, mas essa intenção raramente é cumprida nesta amostra. A Escola parece não conseguir exercer poder de atracção suficiente para muitas destas jovens continuarem os estudos, e o percurso académico não é grandemente valorizado; por outro lado, condições sociais e familiares adversas poderão também estar a concorrer para estes resultados.

O grupo de jovens grávidas e mães parece ter maiores dificuldades em processos que implicam o **raciocínio abstracto**, o que com alta probabilidade se reflectirá em tomadas de decisão mais precipitadas; apesar desta dimensão ter sido avaliada através de um teste que é pouco permeável à influência dos conteúdos escolares para avaliar estas competências cognitivas, as grávidas e mães adolescentes obtiveram resultados significativamente inferiores aos do grupo de controlo. Note-se, porém, que o insucesso escolar e a desmotivação não se relacionam necessariamente com menores competências cognitivas; as desvantagens patentes nos contextos de vida destas jovens concorrem para facilitar o insucesso, que por sua vez encerra mecanismos que o reforçam e perpetuam (notas baixas e reprovações podem levar a um maior distanciamento dos amigos e pior inserção na vida escolar, e fazem diminuir a percepção de competência das jovens, diminuindo o investimento que colocam no seu percurso académico e as expectativas que manifestam para o seu futuro escolar e profissional). A gravidez, mesmo quando não planeada, e a vida conjugal, pode assumir-se como um percurso para atingir uma valorização pessoal que não é encontrada noutros domínios, como a escola.

Relativamente à **ocupação profissional**, apenas 16% das jovens com história de gravidez exerce uma actividade remunerada (profissões pouco qualificadas), sendo sobretudo as mães adolescentes a terem emprego; a maioria (93,3% das grávidas e 74,4% das mães) não tem qualquer ocupação profissional. Das jovens desempregadas, apenas 27,8% referem estar activamente a procurar trabalho, e pese embora o facto de muitas delas afirmarem a intenção de procurar trabalho *quando o bebé for maior*, um ano depois do parto só 55% das jovens tentam conseguir um emprego. Quando questionadas sobre os seus projectos de vida nesta área, a maior parte refere ideias pouco concretas, como a intenção de *procurar um trabalho qualquer*. Esta atitude de alguma passividade e desmotivação perante a construção da sua própria autonomia pode ser fonte de dificuldades futuras, pois contribuirá para aumentar a dependência económica das jovens face aos pais e/ou ao companheiro, diminuindo as suas

opções e as hipóteses de construção de um percurso independente, para si e para os seus filhos.

Factores familiares e relacionais

O **número médio de parceiros sexuais** no nosso estudo é de 1,53, havendo respostas que variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 6 parceiros. A maioria das jovens com história de gravidez é casada ou vive em união de facto (76,1%), diferindo significativamente das adolescentes sem história de gravidez (cerca de 98,7% são solteiras); a gravidez surge habitualmente no contexto de uma relação exclusiva, com alguma estabilidade, ou seja, com duração razoável: para 34,9% das jovens ocorre no seio de uma relação com mais de um ano de duração, e em cerca de 20,4% das situações a relação dura há mais de dois anos.

Em termos sociodemográficos, os **companheiros e pais do bebé** das adolescentes do grupo de grávidas e mães, caracterizam-se por serem maioritariamente casados ou viverem em união de facto com as suas companheiras, terem uma idade média de 22,94 anos, sendo significativamente mais velhos que as adolescentes e que os companheiros das adolescentes do grupo de controlo, terem habilitações escolares baixas, maioritariamente ao nível da escolaridade obrigatória ou inferiores, e trabalharem sobretudo em profissões que exigem baixas qualificações. O facto de serem mais velhos do que as jovens, e terem na sua maioria meios próprios de subsistência podem ser factores facilitadores para uma conjugalidade precoce, seja ela prévia ou posterior à gravidez.

Em cerca de 53,2% das situações, a gravidez foi o motivo que precipitou a mudança de estado civil, tendo estas jovens casado ou passado a viver em união de facto após terem conhecimento da gravidez. Das jovens solteiras, a maioria tem como projecto casar ou passar a viver com o namorado/pai do bebé a curto prazo; as que já se encontram em situação de coabitação pretendem continuar com o companheiro, nalguns casos autonomizando-se das famílias de origem.

As jovens com história de gravidez pertencem a **agregados familiares** mais numerosos do que o das adolescentes do grupo de controlo, e composto por uma diversidade maior de graus de parentesco entre os seus elementos (no grupo de controlo as adolescentes vivem sobretudo com os pais e irmãos; a presença de outros familiares é comum no agregado de grávidas e mães). O companheiro e o bebé (após o seu nascimento) passam a ser parte integrante do agregado familiar destas adolescentes, juntamente com as famílias de origem de um dos membros do casal, na maior parte dos casos.

O **número de irmãos** é superior nas adolescentes que engravidaram, e estas na sua maioria, situam-se no meio da fratria; ora, pertencer a um agregado numeroso e com diversas crianças leva a que as jovens possam ser frequentemente solicitadas para ajudar nas tarefas domésticas e cuidados aos irmãos, com prejuízo da valorização académica; muitas vezes, o desempenho destas funções constitui uma fonte de valorização e satisfação pessoal.

Os **progenitores das grávidas e mães adolescentes** encontram-se maioritariamente casados, possuem predominantemente o primeiro ciclo do ensino básico em termos de habilitações académicas e têm profissões que, maioritariamente, se enquadram na classificação de trabalhadores não qualificados. As jovens grávidas e mães apresentam com mais frequência história familiar de gravidez adolescente, sobretudo por parte das irmãs e da mãe – embora não sejam suficientemente conhecidos os mecanismos de transgeracionalidade deste processo, tal pode implicar maior permissividade e aceitação quer da manifestação de actividade sexual precoce, quer da ocorrência de gravidez na adolescência.

De acordo com a percepção das grávidas e mães adolescentes, os **estilos educativos parentais** são marcados por menor suporte emocional e por menor supervisão parental, sobretudo ao nível materno; esta falta de supervisão torna-se um factor relevante para aumentar a probabilidade de ocorrência de percursos desviantes ou de risco, como o início precoce de actividade sexual não protegida. O menor acompanhamento parental pode também influenciar negativamente o rendimento escolar e a adaptação à escola, uma vez que progenitores que não acompanham o percurso académico das jovens transmitem falta de expectativas e desvalorização da continuidade dos estudos. Vimos que os pais e mães das adolescentes com história de gravidez constituem eles próprios modelos de abandono precoce da escolaridade, e provavelmente de insucesso escolar, o que contribuirá para o desinteresse por elas manifesto relativamente à formação escolar.

Sexualidade e saúde reprodutiva

Quanto à **história de saúde reprodutiva**, as adolescentes referem a escola como principal fonte de informação sobre a sexualidade; este tema é abordado com muito mais frequência pela família das jovens sem história de gravidez.

Apenas uma pequena percentagem de jovens refere não conhecer qualquer **método contraceptivo**; são as mães adolescentes que citam maior número de métodos, o que indica provavelmente o investimento na informação feito por parte dos técnicos de saúde durante a gravidez. Verifica-se, porém, que 64,2% das jovens não fazia contracepção antes da gestação ocorrer; após o parto, aproximadamente 90% menciona o recurso a pelo menos um método contraceptivo, sendo a pílula a resposta mais frequente (62,1%).

A **gravidez** é, em cerca de dois terços dos casos, **não planeada e não desejada**. Nestas situações, a gravidez resultou sobretudo do facto de a jovem não fazer contracepção ou recorrer a métodos de baixa fiabilidade, ou erros na utilização dos métodos contraceptivos. 91,4% das adolescentes do estudo não colocou a hipótese de interromper a gravidez, e aquelas que consideraram essa possibilidade não a concretizaram, fosse por motivos religiosos e valores pessoais (31%), oposição da família (27,5%), ou porque o tempo legal para realização da IVG já tinha sido ultrapassado quando a gravidez foi diagnosticada (14%).

O investimento na informação e no modo de a tornar presente e eficaz na vida destas jovens é importante, pois em muitos dos casos a gravidez resultou sobretudo do facto de a jovem não fazer contracepção ou recorrer a métodos de baixa fiabilidade, ou a erros na utilização dos métodos contraceptivos; é importante salientar novamente que, embora a presente gestação fosse a primeira para quase todas as adolescentes, mais de 10% já tinham passado por um ou duas gravidezes anteriores que, nalguns casos, não chegaram a termo (por interrupção médica ou voluntária, ou perda espontânea), e que 15 adolescentes já eram mães quando ocorreu a presente gravidez. É de notar ainda que 8,6% das jovens mães não planeiam usar, ou não usam, qualquer método contraceptivo – e mais de metade das jovens (51,3%) não tem orientação contraceptiva nem fica com consulta de planeamento familiar marcada após o parto, embora grande parte delas se tenha posteriormente dirigido ao Centro de Saúde.

A gravidez, quando vigiada, como é o caso das jovens da amostra (embora muitas vezes essa vigilância se inicie mais tarde do que o período desejável, ou seja, depois das 12 semanas), decorre habitualmente sem intercorrências significativas do ponto de vista obstétrico, e os dados desenvolvimentais do bebé na altura do nascimento e nos primeiros meses de vida são maioritariamente normais.

Adaptação à gravidez e à maternidade

A **reação emocional da adolescente à notícia da gravidez** é, na maioria dos casos (75,5%), razoável ou positiva; com depreendemos de dados anteriores (ocorrência da gravidez), para cerca de um terço das adolescentes, trata-se de uma gravidez planeada ou desejada, à qual reagiram bem dado o seu desejo de terem (mais) filhos. No entanto, parte das jovens manifestaram uma perspectiva menos positiva: para 27,8%, trata-se de uma gravidez acentuadamente não desejada, pelas desvantagens que acarreta, nomeadamente devido ao facto de serem muito jovens e de tal implicar mudanças significativas de vida.

O **pai do bebé** tende a reagir perante a gravidez de maneira muito positiva, e as adolescentes grávidas e mães do estudo consideram-se muito satisfeitas, e mesmo extremamente satisfeitas, com o apoio social do namorado/companheiro; diga-se, porém, que os índices de satisfação são mais elevados nas grávidas que nas mães – poderá, como encontrado noutros estudos, haver alguma deterioração na relação e no apoio prestado ao longo do tempo. Vários estudos demonstram que estes relacionamentos encerram várias fragilidades (relacionadas no todo ou em parte com a falta de tempo para que o casal forme e aprofunde a sua identidade e intimidade, antes do nascimento de filhos), que as tornam mais susceptíveis a uma ruptura a médio ou longo prazo. Esta será uma situação a acautelar, pois uma ruptura na

relação conjugal pode implicar a remoção da principal fonte de suporte percebida pela adolescente, colocando-a numa posição de maior vulnerabilidade e risco.

Na grande maioria dos casos, a **reação dos familiares mais próximos** é de aceitação e apoio perante a gravidez da adolescente, sendo o pai da jovem a figura que, com mais frequência, tem uma postura menos positiva. A postura das pessoas da família tende a manter-se estável ou, na maioria dos casos, a mudar para melhor ao longo da gravidez. Globalmente, as adolescentes que engravidaram têm uma percepção positiva ou muito positiva do apoio social recebido por parte dos pais, embora a satisfação seja maior com o prestado pela mãe. Igualmente positiva é a percepção do apoio prestado institucionalmente (escola, serviços e técnicos de saúde).

Entre as jovens com história de gravidez, particularmente as mães, a área escolhida por maior número de adolescentes como sendo fonte de **satisfação** foi a relacionada com o papel materno (a gravidez/o bebé). Imediatamente a seguir surge como área gratificante a relação com o namorado/companheiro. Apenas 4,3% das grávidas e 4,8% das mães adolescentes indicam desejar não ter engravidado, o que é sinal de boa aceitação da gravidez e do nascimento do filho.

A **percepção que as grávidas e as mães têm do seu bebé** é com maior frequência positiva, não se distingue da das grávidas e mães adultas de outros estudos em curso, ou seja, a idade não parece influenciar esta variável. Cerca de 66% das jovens amamenta o seu bebé, embora a média de tempo de amamentação seja de 2 meses. A principal responsável pela prestação de cuidados ao bebé é, na quase totalidade das situações, a jovem mãe. A avó materna revela-se a principal fonte de apoio no que respeita a esta tarefa.

No geral, estas jovens parecem revelar um bom **ajustamento à gravidez** e à maternidade, embora os indicadores não sejam tão positivos como os verificados num grupo de grávidas adultas que utilizámos como referência: as adolescentes com história de gravidez apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva, e níveis inferiores de qualidade de vida (à excepção do domínio Físico, em que as grávidas, mas não as mães adolescentes, se distinguem positivamente). A adaptação à gravidez depende do período desenvolvimental em que esta ocorre, sendo que, quando se verifica durante a adolescência, as jovens demonstram emoções e comportamentos menos adaptativos em comparação com mulheres adultas.

São as mães adolescentes as que revelam indicadores menos favoráveis, quer em termos de **sintomatologia depressiva**, quer em relação à **satisfação com a qualidade das relações, qualidade de vida** e percepção de suporte recebido por parte da sua **rede social**; apresentam mais dificuldade em integrar o papel parental na sua identidade, pelo que este não assume um papel tão central nas suas vidas. Porém, os níveis de **satisfação, competência e realização materna** na interacção com os filhos são maioritariamente elevados e constituem um sinal de adaptação à vivência da maternidade. A dimensão relacional (mimar, falar com o bebé) e lúdica (brincar com o bebé) assume-se como a vertente mais satisfatória da

maternidade, sendo a prestação de cuidados (dar de mamar, dar banho, mudar a fralda) a dimensão percebida como mais exigente.

Se conjugarmos estes dados com os obtidos relativamente à formulação de projectos de vida (relacionais, académicos e profissionais), elenco de dificuldades e desejo de mudanças de vida, e avaliação das relações afectivas (cf. secção 5 e 6 do relatório) – que são mais concretos e/ou realistas do que os mencionados pelas grávidas – podemos concluir que os processos inerentes à gravidez e transição para a maternidade encerram um potencial de desenvolvimento e maturação pessoais que influenciam positivamente as perspectivas e prioridades das jovens adolescentes. Não obstante, tal não significa que sejam períodos isentos de risco, muito pelo contrário – é importante garantir, caso a gravidez ocorra e prossiga, que estas jovens dispõem de uma rede de recursos que possa constituir um elemento protector perante as exigências que terão de enfrentar, particularmente se estas forem agudizadas por carências económicas, sociais ou relacionais.

A adaptação à gravidez e à maternidade é significativamente determinada pela qualidade das relações estabelecidas com os membros mais próximos da sua rede social (pais e namorado/companheiro), bem como a rede mais alargada (grupo de amigos), conjuntamente com algumas características sociodemográficas (idade, estado civil, situação profissional) e individuais (perfeccionismo e intolerância à frustração), variáveis familiares (número de irmãos, existência de história familiar de gravidez), experiências de vida (número de acontecimentos stressores, número de parceiros sexuais, número de aspectos de vida agradáveis) e variáveis associadas à gravidez e à maternidade (planeamento ou não da gravidez, reacção inicial da jovem à notícia de gravidez e percepção do bebé). Estas variáveis permitem prever em larga escala o bem-estar emocional, atitudes perante a gravidez e investimento que a jovem faz no papel materno, pelo que conhecê-las e avaliá-las significa a possibilidade de detectar situações de risco, intervindo para as minimizar ou eliminar.

Em síntese, todo o panorama até aqui descrito, e que sintetiza os principais resultados encontrados neste projecto, não se distingue particularmente do encontrado no Continente, corroborando os dados de estudos nacionais e internacionais que, ao procurar identificar variáveis de risco associados à gravidez adolescente, indicam como factores mais consistentes o baixo nível socioeconómico, a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional – por outras palavras, as jovens que engravidam são sobretudo as que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social. Salvaguardamos, porém, a heterogeneidade e diversidade dos percursos passíveis de conduzir a uma gravidez na adolescência, bem como o facto de esta dever ser encarada como um processo resultante dos múltiplos níveis de transacção com as várias ecologias de vida da jovem e, consequentemente, da interacção entre factores de diversa ordem.

Importa agora discutir e salientar os **factores diferenciadores encontrados na amostra deste estudo, que provavelmente concorrem para ajudar a explicar a incidência de gravidez precoce que encontramos nesta Região Autónoma.**

As jovens açorianas que engravidam apresentam uma **percepção no geral positiva acerca do impacto que a gravidez pode vir a ter em diferentes áreas da sua vida** - existem algumas dimensões que as adolescentes acreditam maioritariamente que não serão afectadas pela gravidez, nomeadamente no que toca à escola, ao relacionamento com os amigos, ao tempo disponível para si próprias, ao estado emocional, à situação financeira e ao relacionamento com a família, e existem ainda áreas que as jovens acreditam que serão muito beneficiadas com a gravidez (por exemplo, a adopção de hábitos de vida saudáveis e a relação com o companheiro). A única área de vida em que a maioria das jovens acredita que o impacto da gravidez será negativo é a que se liga às modificações corporais trazidas pela gravidez. Esta perspectiva distingue-se significativamente da manifesta pelas adolescentes do grupo de controlo, que encaram a gravidez precoce como tendo um potencial impacto negativo ou muito negativo nas diferentes dimensões de vida. Ou seja, é nítida nas jovens com história de gravidez uma vivência idealizada da vida conjugal e da maternidade, que provavelmente influenciará também, em conjugação com outros factores, tomadas de decisão que conduzem a um maior risco de gravidez precoce.

Verificamos também que a **duração e tipo de relação** que as jovens com história de gravidez estabelecem **com os companheiros** é geralmente exclusiva, estável e duradoura, e as situações de coabitação conjugal são estabelecidas precocemente, sendo frequentemente prévias à ocorrência da gestação. Apesar de não existirem diferenças relativamente à idade de início da vida sexual, a idade média das grávidas adolescentes (17 anos) é ligeiramente superior à que encontramos em vários estudos realizados no Continente, e que se aproxima mais dos 16 anos, o que vai no sentido de enquadrar a gravidez precoce num projecto de conjugalidade e maternidade, que pode ser mais ou menos planeado, mas que é habitualmente desejado e, consequentemente, aceite sem que se registem níveis elevados de ansiedade ou ambivalência.

Os níveis de **aceitação da gravidez** por parte das **famílias e do pai do bebé**, que é no geral imediata e muito positiva, parece traduzir uma situação socialmente consentida e que no meio de vida da adolescente não acarreta estigmatização ou recriminação, sendo encarada com naturalidade – a maternidade, mesmo precoce, surge como um projecto de vida aceitável e mesmo desejável para muitas destas jovens, que na sua maioria, quando questionadas, revelam grande indefinição quanto a outros projectos que passem sobretudo pela sua realização individual. A não valorização do percurso académico e a taxa de abandono escolar

(que, como vimos, é muito superior à verificada no país e na própria Região Autónoma) são exemplos particularmente preocupantes.

Os **modelos familiares**, quer em termos de percurso escolar, quer no que diz respeito aos papéis femininos valorizados, serão certamente uma influência perene no desenvolvimento destas jovens e na formação das suas expectativas e valores. Ora, já mencionámos que as habilitações académicas dos pais, e das mães em particular, são bastante baixas; a este dado junta-se um outro: apenas 36% de mães das adolescentes com história de gravidez se encontram profissionalmente activas. Ora, este dado assume particular significado se o contrastarmos com a taxa de actividade das mulheres entre os 35 e os 44 anos: segundo dados do INE (2007) em Portugal essa taxa é de 85,7%, e na Região Autónoma dos Açores é de 72,2% (sendo inferior à do país, é mesmo assim muito mais elevada do que a verificada na nossa população-alvo).

Para uma leitura mais abrangente e compreensiva dos resultados do estudo, necessitamos de os enquadrar nalguns contextos que os envolvem, e implicam. Atentemos pois nas estatísticas dos **indicadores sociais nacionais e regionais**, que nos ajudam a compreender o **ambiente sociocultural** em que estas jovens e as suas famílias se desenvolvem e relacionam.

Consideremos, desde logo, o número de casamentos e a taxa de nupcialidade – embora os Açores acompanhem a tendência nacional de diminuição do número de casamentos, a taxa de nupcialidade em 2007 situou-se nos 5,4%, sendo a mais elevada do país (no Continente situou-se nos 4,3%, por exemplo). Do total de casamentos realizados, cerca de 61,8% realizaram-se segundo o rito católico (de acordo com dados da Diocese dos Açores²⁴) – este valor é de 48% no Continente (INE, 2007).

Em 2007, segundo dados do INE, a idade média na altura do primeiro casamento, nos Açores, foi 25 anos para as mulheres, e 27 anos para os homens, sendo em ambos os casos inferior em 3 anos à registada a nível nacional. Também a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é nesta Região Autónoma a mais baixa do país (25,9, contra 28,2 no Continente). A proporção de núcleos familiares com filhos é também superior nos Açores (72,01%, sendo de 64,7% no Continente) – e a diferença torna-se mais visível se considerarmos a proporção de núcleos familiares com 3 ou mais filhos, que é de 6,5% no Continente, e 16,7% nos Açores.

Em suma, parece existir todo um **contexto sociocultural** que leva a que o papel materno e a conjugalidade e maternidade enquanto meios de valorização e afirmação femininas, sejam prevaletentes nestas jovens; os modelos socioculturais e familiares, as condições socioeconómicas adversas, e o abandono escolar (que limita a descoberta de interesses e competências pessoais, e diminui a diversidade de projectos alternativos de vida) são factores

²⁴ Estes dados diferem bastante dos do INE (2007), que aponta a proporção de casamentos católicos como sendo de 22,9%; segundo uma nota emitida pela Diocese, é possível que uma das razões para este desfasamento resida no facto de alguns casais casarem catolicamente depois de celebrado o casamento civil, de modo que, ao casarem posteriormente pela Igreja, esse facto pode já não ser contabilizado nas estatísticas.

que concorrerão para maximizar as possibilidades de ocorrência de gravidez precoce em situações de risco. Simultaneamente, constituem um enquadramento validante e protector no que concerne à aceitação da gravidez e ao apoio prestado às jovens mães por parte da rede social próxima – o que, sendo relevante do ponto de vista da adaptação da adolescente ao seu novo e exigente papel (que parece ser adequada, pelo menos no período temporal abrangido pelo estudo, pode também contribuir para criar um contexto favorável à conjugabilidade e maternidade precoces, limitando-lhe assim as oportunidades de crescimento pessoal e autonomização.

A adaptação da adolescente ao papel materno e a construção de um projecto de vida gratificante e adequado, que inclua as suas necessidades e aspirações, mas também as do(s) seu(s) filho(s), é um processo dinâmico, ora, uma vez que as exigências sentidas e os acontecimentos indutores de stress vivenciados têm um efeito cumulativo que pode vir a revelar potencial disruptivo ao longo do tempo, é muito importante que o acompanhamento destas jovens e suas famílias seja próximo e prolongado ao longo dos primeiros anos após o nascimento.

10. Recomendações para a prevenção e intervenção na gravidez e maternidade adolescente nos Açores

Este estudo, ao abordar extensamente o fenómeno da gravidez e maternidade adolescente nos Açores, pretende contribuir para um conhecimento mais vasto e preciso desta realidade e dos seus contextos de vulnerabilidade e protecção. Os resultados anteriormente citados, obtidos a partir de uma amostra numerosa e, sobretudo, que se pode considerar representativa destes processos nas ilhas açorianas, permitem fundamentar recomendações e acções práticas com potencial para diminuir a incidência da gravidez precoce e os riscos a ela associados, na região.

É consensual a perspectiva segundo a qual dispor de informação precisa e específica, baseada em investigação rigorosa e credível, é de importância crítica para tomar decisões acerca de propostas ou programas de intervenção dirigidos à prevenção da gravidez na adolescência e dos seus riscos; porém, para uma prevenção eficaz, e sobretudo para provocar mudanças duradouras e com potencial para se repercutirem em várias áreas da vida das adolescentes e suas famílias (que, como vimos, podem estar na origem, ou influenciar de modo determinante, a ocorrência de uma gravidez precoce), **as medidas tomadas não podem circunscrever-se a acções pontuais – é fundamental que os esforços ao nível da comunidade sejam acompanhados por outros mais vastos e continuados que visem modificar valores sociais e culturais, e dinâmicas familiares.**

A gravidez e maternidade adolescente são fenómenos complexos e plurideterminados; não é de esperar que medidas isoladas, ou mesmo programas globais especificamente delineados, revelem resultados rápidos – **a mudança efectiva exige empenho e compromissos longos, coordenação de serviços, instituições e esforços legislativos, bem como critérios claros dos objectivos a atingir e dos mecanismos para avaliar o progresso das medidas implementadas.** Essa **avaliação e monitorização contínuas** são fundamentais para incrementar as medidas que comprovadamente sejam bem sucedidas, e para dirigir novos esforços à exploração, desenvolvimento e avaliação de intervenções inovadoras que previnam a gravidez e parentalidade precoces.

A intervenção na área da gravidez e parentalidade adolescente faz-se habitualmente em diversos contextos, cada um deles exigindo programas específicos, mas que devem coordenar-se; são os seguintes:

- Programas dirigidos à **educação sexual** – devem procurar promover a informação acerca da sexualidade e sua vivência, mas também uma formação integral, que englobe os afectos, a intimidade e o respeito por si e pelos outros;

pode integrar o currículo de uma ou mais áreas do saber, ou ocorrer enquadrada em actividades extra-curriculares;

- Programas dirigidos à **inserção social e escolar dos jovens** – o seu objectivo será promover a integração construtiva dos jovens no seu percurso escolar e nas suas comunidades; aqui se incluem, por exemplo, as intervenções dirigidas à promoção do sucesso e prevenção do abandono escolar, bem como projectos de formação profissional e, noutro nível, de promoção do voluntariado e solidariedade social;
- Programas dirigidos ao **desenvolvimento pessoal** dos jovens – podem englobar medidas em áreas tão vastas como a informação sobre a sexualidade, apoio académico, orientação vocacional e profissional, desenvolvimento de competências, promoção de estilos de vida saudáveis; distinguem-se de medidas anteriores pelo carácter personalizado das intervenções, e globalmente têm como objectivo impulsionar os jovens para com maior eficácia pensarem, planearem e assumirem responsabilidade na construção do seu futuro;
- Programas de **educação parental** – devem focar-se não só nos adolescentes e no desenvolvimento de competências parentais, quando a gravidez ocorre e evolui, mas a montante devem dirigir-se às famílias (mães e pais), particularmente às consideradas de risco, contribuindo para esclarecer e fomentar competências de comunicação pais-filhos, e competências de supervisão parental e acompanhamento do percurso dos jovens;
- Programas dirigidos à **comunidade** – estes programas têm uma abrangência mais vasta, e o seu foco não se circunscreve necessariamente à questão do planeamento familiar ou prestação de apoio à saúde materna e infantil; devem procurar fortalecer a coesão social entre os membros da comunidade, incluindo actividades de esclarecimento, formação global dos indivíduos, promoção da saúde e da responsabilização mútua; podem ser mais facilmente desenvolvidos dentro de um enquadramento institucional, como os centros de saúde ou unidades de saúde familiar, escolas, etc.

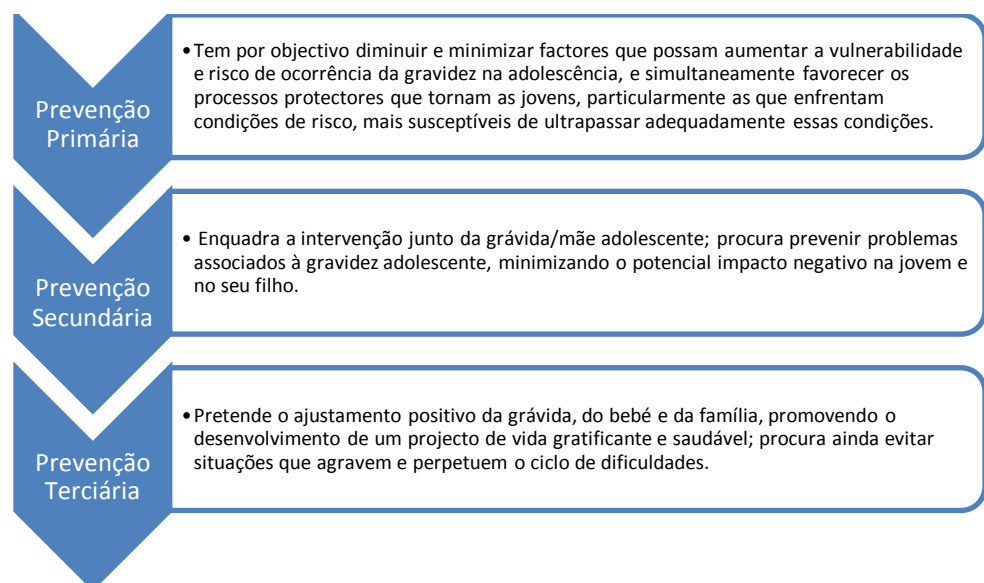
Cada uma destas valências pode englobar uma grande variedade de medidas e linhas de intervenção; antes de expormos algumas sugestões decorrentes dos resultados do estudo, parece-nos relevante citar o que a investigação científica nesta área identifica como denominadores comuns dos programas/medidas que revelam **eficácia e eficiência na prevenção da gravidez adolescente** e dos seus **riscos**; em síntese, são os seguintes (Kirby, 2007):

- Transmitem uma **mensagem clara e o mais possível isenta de ambiguidade** (por exemplo, não se limitam a promover os prós e contras da utilização/não utilização de contraceptivos, mas defendem a utilização como atitude correcta

e responsável de quem decidiu iniciar a sua vida sexual activa) – não esquecendo, obviamente, que determinadas especificidades culturais e de valores morais e/ou religiosos devem ser tidas em conta no modo como os programas são apresentados;

- Têm uma **duração temporal adequada**, não se limitando a uma acção esporádica e sem continuidade; idealmente o início da intervenção seria precoce (8-9 anos), permanecendo pela pré-adolescência e adolescência até se registar uma transição bem sucedida para a vida adulta;
- Preferencialmente, envolvem técnicos/pessoas **próximas ou integradas na comunidade**, proporcionando-lhes formação e treino;
- Procuram **envolver activamente** as populações a quem se dirigem, incentivando a **personalização** da informação e das estratégias sugeridas;
- Abordam os fenómenos **de identificação e afiliação sociais**, bem como os processos de *pressão dos pares*;
- Desenvolvem **competências de comunicação e assertividade** e promovem a auto-estima;
- **Reflectem e adequam-se à idade, experiência (sexual), valores e cultura** dos jovens a quem se dirigem.

Ao pensar medidas preventivas, devem ser considerados diferentes níveis nos quais estas se integram: prevenção primária, prevenção secundária e terciária. A prevenção global deve orientar-se sobretudo para os contextos de risco – em particular o individual, familiar, relacional e escolar (Pereira, 2001).



É também tendo em conta os contextos de risco evidenciados pelos resultados do estudo que passamos a propor algumas linhas de acção com potencial para prevenir a ocorrência de gravidez na adolescência e para minimizar as possíveis consequências negativas da parentalidade precoce. Algumas das medidas propostas são mais concretas e com potencial de actuação a médio prazo, enquanto outras implicam intervenções mais globais e cujos efeitos, por se dirigirem a práticas educativas, valores culturais e modelos sociais, só a longo prazo se poderão avaliar. Nas medidas ou orientações propostas, defendemos que o foco não deve ser exclusivo na adolescente, mas deve procurar dirigir-se e integrar também o sexo masculino, segmento muitas vezes negligenciado, mas indissociavelmente envolvida nestes processos.

Contexto escolar

Como vimos, o insucesso e o abandono escolar, mais do que uma consequência da gravidez, aparecem como um factor de risco em si mesmos; a sua diminuição poderá ter um efeito positivo na ocorrência da gravidez precoce.

Encontram-se delineados, a nível nacional e regional, programas e estratégias de combate ao abandono escolar e de promoção do sucesso e da escolarização e formação; as linhas e medidas neles contidas devem ser adaptadas e agilizadas para corresponderem às necessidades e expectativas da realidade nos Açores.

Combate
ao aban-
dono
escolar;
promoção
do suce-
so educa-
tivo

É crucial apostar na **motivação vocacional, profissional** e de outros **incentivos que aumentem o interesse em permanecer integrada/o no sistema de ensino e formação**. Para isso, a comunidade educativa – que deve incluir equipas multidisciplinares – deve orientar-se para um esforço de integração dos jovens, procurando respeitar a diversidade e promover as competências de cada um.

A possibilidade de, com o devido apoio, realizar aprendizagens e ter experiências de sucesso é de grande importância para a motivação e percepção de competência pessoal, podendo contribuir para elevar as expectativas relativamente ao percurso académico e futuro profissional. Tal pode passar pelo **reforço das alternativas disponíveis para estes jovens**, para quem muitas vezes os conteúdos e métodos do ensino regular são fonte de frustração, por se encontrarem distantes das suas realidades e necessidades – como exposto, verificámos que só uma pequena percentagem de jovens com história de gravidez, neste estudo, tinham frequentado o ensino profissional. Este é também um ponto a ser alvo de atenção.

Educação
sexual

Vimos ainda que a **escola** se posiciona como a **principal fonte de informação sobre a sexualidade e a sua vivência**, sendo um veículo privilegiado para a promoção da saúde; este papel é particularmente relevante para jovens provenientes de contextos desfavorecidos, que

se caracterizam por menor supervisão parental e níveis de menor qualidade da comunicação na família, sobretudo no que toca a estas temáticas

É valioso reforçar os mecanismos de **educação sexual** na escola, não só aumentando a **quantidade e qualidade da informação proporcionada** aos jovens acerca da sexualidade, contracepção, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, etc., adequando-a às suas expectativas e contextos (e avaliando a correcção e grau em que essa informação é assimilada), mas procurando integrá-la numa **perspectiva global de educação para a cidadania e para os afectos**, reforçando a auto-estima, o respeito por si mesmo e pelos outros, e a capacidade de auto-afirmação, que capacitam para a adopção de comportamentos saudáveis, e para a **tomada de decisões informadas e responsáveis**. A formação e treino em mecanismos ajustados de resolução de problemas e tomadas de decisão ponderadas também deve ser um foco desta linha de intervenção. Recordamos que o principal objectivo da educação para a Saúde deve ser a promoção da mudança de conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos de saúde, num sentido favorável ao ajustamento e desenvolvimento integral e favorável.

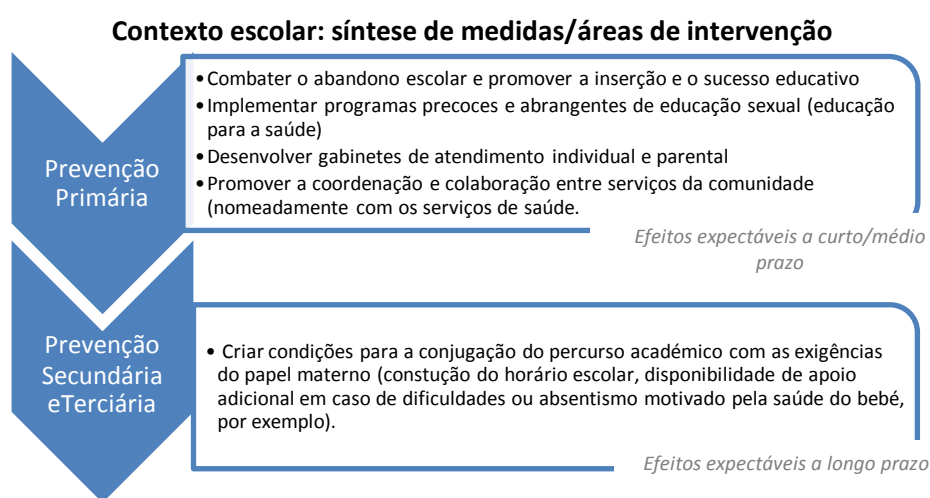
Os programas de educação sexual devem ser iniciados o mais cedo possível, adequando as temáticas e processos à idade dos destinatários; devem ainda ter continuidade e incluir as especificidades de cada período desenvolvimental. Num contexto em que o abandono escolar ocorre tão precocemente como verificado na nesta amostra, será crítico que esta se inicie logo no 1º ciclo de escolaridade.

A educação para a saúde na escola pode processar-se em diferentes contextos, como a **integração nos currículos** ou através da realização de actividades extra-curriculares (projectos, debates, dias temáticos, **parcerias com outros meios da comunidade**, como os centros de saúde, por exemplo); tanto quanto possível, devem ser abertos à comunidade e apelar à **participação dos pais**, contribuindo para a sua formação. Porém, deve incluir também uma valência de **atendimento individual** e/ou em **grupos restritos (como o casal de adolescentes)** – este contexto favorece a abertura e a partilha de situações e dificuldades que noutros não têm a possibilidade de emergir, e de **atendimento familiar**. Necessariamente, estes processos devem ser implementados e coordenados por profissionais com formação específica nas áreas da psicologia e da saúde.

Quando a gravidez ocorre, a escola pode ser um meio protector e proporcionador de suporte e apoio; é importante que se encontrem mecanismos que **favoreçam a permanência na escola das jovens que engravidam**. Tal só se consegue com a agilização da colaboração entre instituições da comunidade, pois é a sua acção conjunta que pode contribuir para facilitar a **conjugação das actividades académicas com o papel materno** (e mesmo paterno) – como exemplo, refira-se a importância de proporcionar a estes bebés a integração em creches, de modo a proteger o seu desenvolvimento e fomentar a continuidade dos projectos académicos e/ou profissionais das jovens mães.

Também é importante apostar em campanhas de informação e sensibilização que promovam a valorização da educação e do percurso formativo como chave de acesso a melhores condições de empregabilidade e de vida; esclarecer o leque de opções e percursos que se podem oferecer aos jovens, e envolver os pais na construção e acompanhamento desse percurso pode criar um importante factor motivacional que previna directamente o abandono escolar, e indirectamente a gravidez precoce.

A escola tem uma função única na **promoção de competências pessoais**, diminuição de desigualdades e promoção de melhores condições de vida futura para os jovens, sobretudo os oriundos de meios desfavorecidos; a sua acção é directa e indirectamente determinante para a prevenção da gravidez na adolescência e para favorecer a integração das jovens mães.



Contexto profissional

Constatámos no estudo que muitas das jovens permanecem desocupadas e **sem procurarem activamente emprego** mesmo depois de o bebé ter uma idade que facilita e torna desejável a sua inclusão em creches e infantários, situação que acarreta riscos de dependência e perpetuação de ciclos de desvalorização pessoal e carências a vários níveis.

Importa, pois, agilizar mecanismos que facilitem e promovam o acesso destas jovens e dos seus companheiros a **cursos profissionais**, que lhes proporcionem o desenvolvimento de competências e conhecimentos facilitadores da empregabilidade. Mais uma vez, a facilitação da conjugação dos papéis profissionais e parentais é essencial para incentivar projectos profissionais promotores da autonomia e realização pessoais.

Também é relevante promover, a nível da comunidade, campanhas que valorizem o percurso profissional da mulher e que ilustrem as opções e vantagens das várias carreiras disponíveis.



Contexto comunitário e institucional – serviços de saúde e outros recursos

Os serviços de saúde podem contribuir valiosamente para prevenir a gravidez precoce e a sua repetição, diminuir as intercorrências clínicas na gravidez, parto e puerpério, e para promover o ajustamento emocional da jovem, capacitando-a para exercer o seu papel de mãe, facilitando a sua integração escolar e/ou profissional e reforçando a mobilização da sua rede de recursos e de apoio social (Pereira, 2001).

Na Região Autónoma dos Açores, o apoio prestado pelos serviços de saúde e pelos seus técnicos é percebido positivamente pelas jovens grávidas e mães, o que é um bom indicador do seu funcionamento junto destas. Tal deve ser reforçado, de modo a maximizar o papel protector que este contexto pode exercer na problemática em causa.

Desde logo, é importante detectar o mais precocemente possível famílias e jovens em risco (considerando os indicadores apontados no estudo), de modo a **integrá-los em programas de educação para a saúde e planeamento familiar**. Sem descurar mecanismos de respeito pelo sigilo e confidencialidade, seria importante **coordenar a acção das instituições de saúde com a escola** – não só na colaboração em acções de informação e formação, mas também na **sinalização** de famílias e jovens (rapazes e raparigas) potencialmente em risco.

A criação de **consultas dirigidas especificamente para adolescentes**, sobretudo se realizadas num espaço físico e temporal que facilitasse a confidencialidade, seria um passo fundamental, pois esta faixa etária tem características que demandam intervenções adaptadas; essas consultas são relevantes nos **centros de saúde**, mas também nos **hospitais e maternidades** onde a gravidez, a ocorrer, será vigiada. Para obviar à dificuldade de conseguir que os jovens (sobretudo as não grávidas) se desloquem às consultas de rotina podem tentar-se mecanismos que garantam o seu envolvimento; a **constituição de equipas multidisciplinares com formação específica** nestes processos e contextos (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, entre outras) que possam fazer visitas domiciliárias ou ter uma acção próxima na comunidade pode ter um efeito positivo na adesão a comportamentos protectores

**Consultas
para jovens;
planeamento
familiar**

da saúde, como a utilização de contraceptivos. Note-se ainda que este funcionamento não deve ser rígido: **nenhum(a) jovem que procure os serviços de saúde para orientação contraceptiva deve sair sem resposta**, pois a próxima vez que os visitar pode ser tarde para prevenir a gravidez.

**Vigilância
pré-natal;
envolvimen-
to do com-
panheiro e
outras figu-
ras de refe-
rência**

Durante a **gravidez, o seguimento clínico das adolescentes** também deve revestir-se de uma especificidade que garanta um espaço onde não só as ocorrências obstétricas, mas também as dúvidas e dificuldades que estejam presentes possam ser detectadas e abordadas, num ambiente de acolhimento e aceitação. Este espaço de proximidade é muito importante na preparação da jovem para a maternidade, e deve ser aberto, solicitando e encorajando a **presença do companheiro** (este deve ser responsabilizado e deve enfatizar-se o carácter diferenciado e complementar das tarefas paternas e maternas, e o seu papel no desenvolvimento do futuro filho). Outras **figuras de referência** (mãe, irmã, sogra, por exemplo) que constituam fontes de apoio emocional e instrumental devem também ser incluídas no trabalho realizado ao longo da vigilância pré-natal. Mais uma vez, estas medidas implicam coordenação multidisciplinar, sendo a situação ideal que a jovem possa dispor das várias valências (obstetrícia, enfermagem, psicologia, serviço social, ...) no horário da mesma visita ao serviço de saúde.

**Mães ado-
lescentes:
orientação
contracepti-
va e pla-
neamento
familiar**

No caso das mães adolescentes, é imperativo que a **orientação contraceptiva** se realize ainda durante o internamento hospitalar que se segue ao parto, e que fique agendada consulta de revisão obstétrica e de planeamento familiar para uma instituição de acesso fácil para a jovem; pode ser indicado um técnico de saúde **de referência**, que faça um acompanhamento próximo da situação e sinalize as dificuldades sentidas ou a não adesão. A opção por **métodos de longa duração**, como o implante contraceptivo, tem vindo a ser utilizada nalguns serviços com bons resultados em termos da adesão das jovens e da prevenção da recorrência de gravidezes precoces. Estes métodos oferecem vantagens relativamente a outros mais comuns, como a pílula (como tivemos oportunidade de expor anteriormente neste relatório).

**Intervenção
psicológica e
psicossocial**

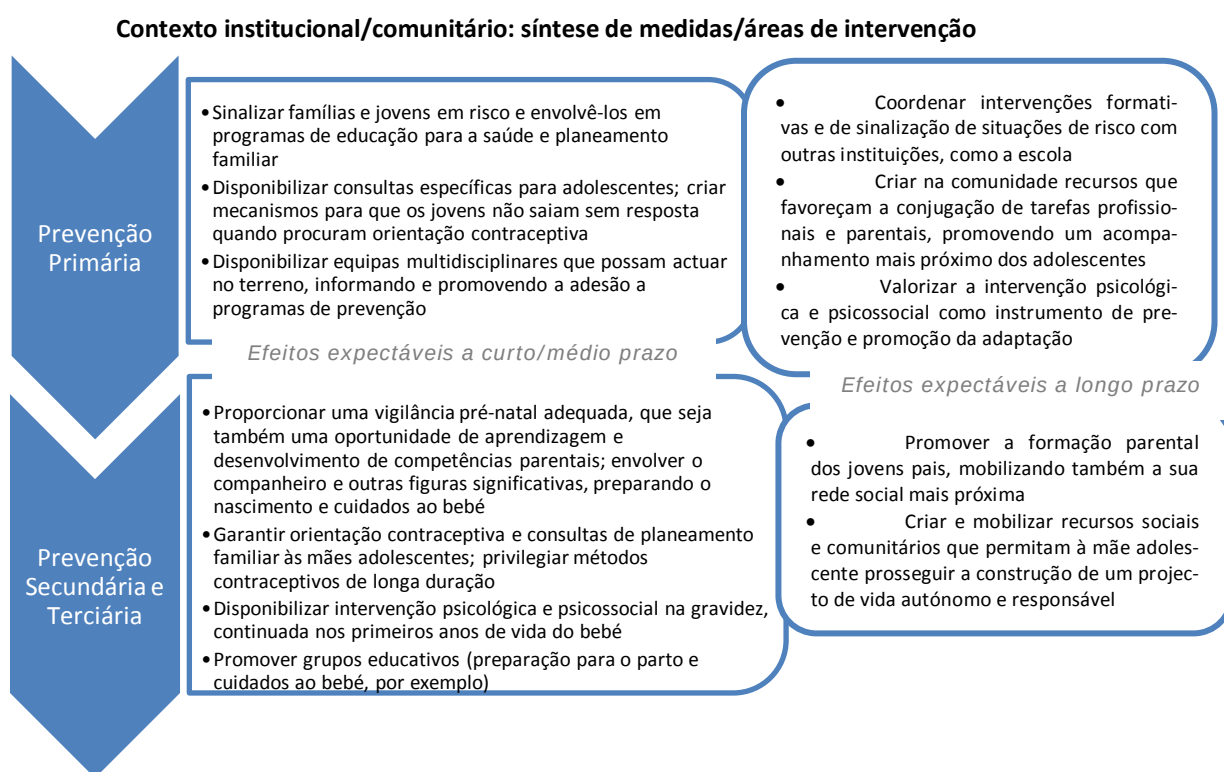
Embora não exclusivamente, mas de modo particular ao nível da prevenção secundária e terciária, assume relevância a **disponibilidade de intervenção psicológica e psicossocial** para estes jovens e as suas famílias – quer pelo seu papel na promoção da adaptação na gravidez e transição para a parentalidade, quer na promoção do desenvolvimento pessoal e familiar e na integração social futura. Esta deverá estar também disponível, como mencionado, nos centros e unidades de saúde, bem como nos hospitais.

A criação de **grupos educacionais para jovens** grávidas e mães (e preferencialmente para os seus companheiros), desde que orientados por profissionais devidamente habilitados, podem contribuir para reforçar laços sociais e partilhar experiências e informações, minimizando situações de ansiedade e favorecendo as competências e a realização com o papel

parental. A intervenção a este nível pode iniciar-se pela integração em programas de preparação para o parto e para a parentalidade, que deveriam estar disponíveis nos centros de saúde ou em instituições próximas da residência das/dos jovens.

Criação e mobilização de recursos institucionais na comunidade

Ainda ao nível institucional, a prevenção primária passa por **criar nas comunidades recursos que auxiliem as famílias a conjugar os diferentes papéis** que são solicitados aos seus membros – particularmente junto de famílias desfavorecidas. Tal pode implicar proporcionar serviços de creche e educação pré-escolar que, sobretudo para os agregados carenciados e numerosos, podem ajudar a libertar as jovens para as tarefas escolares, aliviando a pressão de ter de *cuidar dos irmãos* ou *ir trabalhar* para ajudar a família. A existência de **actividades de ocupação de tempos livres**, desportivas e outras, gratuitas e de fácil acesso, podem contribuir para **fortalecer as redes de apoio social e as relações de amizade**, ajudando também ao **desenvolvimento de competências e interesses**, e afastando as/os jovens de percursos potencialmente inadaptativos.



Contexto familiar

Pela sua relevância, mencionamos por último as recomendações dirigidas à intervenção junto do contexto familiar da/dos adolescentes em risco de gravidez precoce.

A intervenção junto das famílias deve equacionar-se também a dois níveis, primário e secundário/terciário: importa prevenir a ocorrência da gravidez precoce e, caso esta ocorra, importa mobilizar os recursos da rede que enquadra os jovens pais e o filho, proporcionando-lhes suporte que facilite a adaptação e desenvolvimento posteriores.

O primeiro nível é talvez dos mais difíceis de abranger, tanto mais que é frequente a **gravidez e parentalidade adolescentes não serem um foco de preocupação para estas famílias** e o seu contexto social (tal é bem patente nos níveis de aceitação e apoio manifestados pelas famílias da nossa amostra) – como tal, será necessário muito empenho e persistência para garantir a **adesão** a práticas mais desejáveis. Logo, seria importante criar a nível comunitário uma rede abrangente e próxima que facilitasse a anuência das famílias – para tal, será necessário mobilizar e criar estruturas que envolvam os serviços comunitários, como instituições de saúde, escolas ou outros serviços municipais, criando grupos de formação e serviços de aconselhamento parental coordenados por técnicos com a preparação necessária para os desenvolver.

As **famílias alvo de atenção prioritária** deverão ser as que apresentam um **perfil de características e carências** que os resultados do estudo evidenciaram – idade (relativamente) jovem dos progenitores, baixa escolaridade, profissões pouco qualificadas e altas taxas de inatividade profissional materna, agregados familiares numerosos e diversificados, práticas educativas pautadas por falta de supervisão e acompanhamento dos filhos, são algumas das características sinalizadoras para uma avaliação mais atenta. A **formação parental**, que auxilie os pais a serem melhores educadores, proporcionando estrutura, disciplina mas também apoio emocional, será relevante para este esforço de prevenção; **melhorar as competências de comunicação na família**, não apenas, mas também, ao nível dos temas da sexualidade e contraceção, pode contribuir para incutir nos adolescentes uma visão da sexualidade como uma área de vida sujeita a planeamento e decisões que se requerem responsáveis.

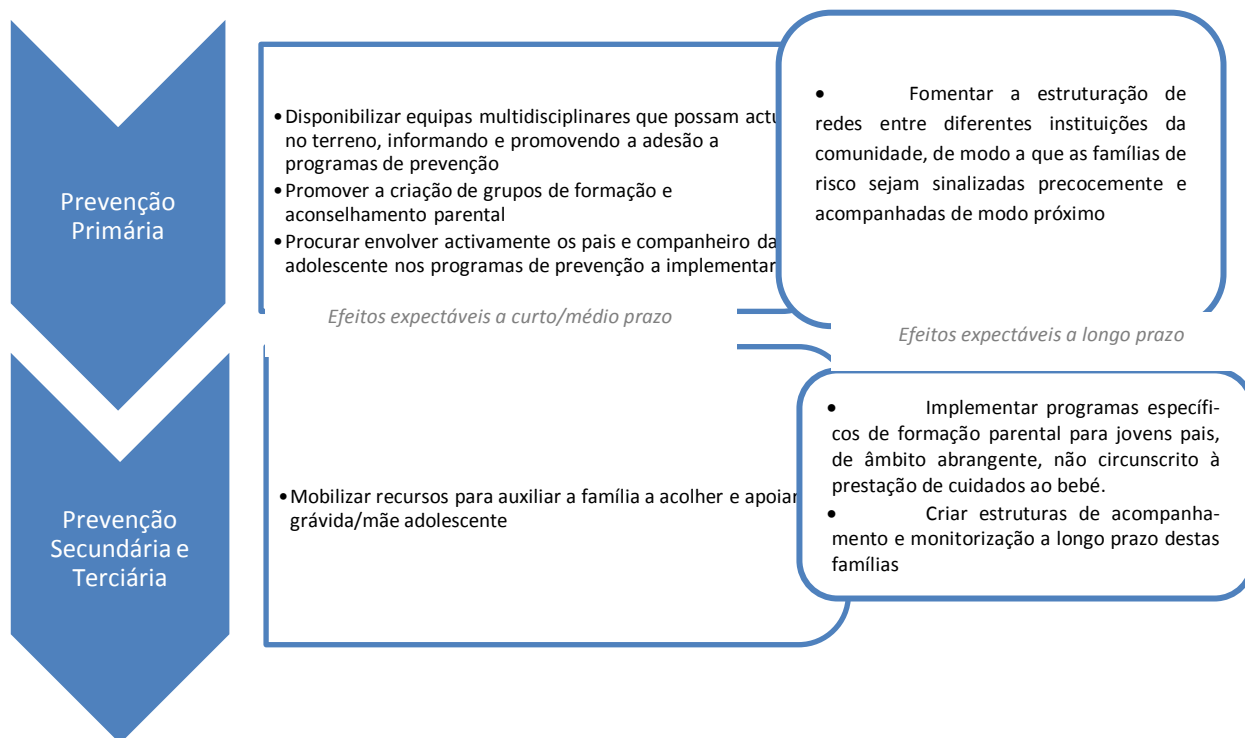
O **envolvimento da família, do namorado/companheiro e da família deste** é fundamental em qualquer programa de prevenção que se pretenda eficaz – como vimos, a qualidade das relações estabelecidas, a percepção das práticas educativas parentais e do apoio social proporcionado pelos membros da rede familiar são determinantes para predizer que a ocorrência de gravidez, quer a adaptação posterior à mesma.

Quando a gravidez ocorre, é importante ajudar as famílias com recursos que permitam proporcionar o **apoio necessário e adequado** quer à jovem mãe/pai, quer ao bebé. Tal não significa exclusivamente proporcionar apoio económico (que é também importante, mas não deve ser incondicional...), mas também facilitar o acesso a alguns dos recursos que já mencionámos (creches, formação, cuidados de saúde, entre outros).

A implementação de programas específicos de **formação parental para as jovens mães/casais** seria igualmente um mecanismo crítico para uma adaptação bem sucedida na transição para a parentalidade. Os **conteúdos** destes programas de intervenção, porém,

deviam ser **abrangentes**, e não se limitarem aos cuidados ao bebé, ainda que esta área deva ser alvo de forte intervenção e monitorização – outras áreas relevantes seriam, por exemplo, a organização doméstica, gestão orçamental, nutrição, competências para procurar emprego, e mesmo outras mais relacionadas com a comunicação familiar e a vivência do casal (recorde-se que, em pouco mais de metade das situações, a transição para a parentalidade é simultânea à transição para a conjugalidade). Mais do que sessões formativas, deveriam ser criadas **estruturas de acompanhamento a longo prazo destas famílias** – os resultados indiciam que, ao longo do tempo, ocorre uma degradação da qualidade das relações e do apoio por elas proporcionado, particularmente ao nível do casal; ora, tal acarreta riscos de descompensação emocional e de desinteresse pelos projectos pessoais e pelo exercício do papel materno, que se repercutirão também no desenvolvimento do bebé, e por tudo isso devem ser acautelados.

Contexto familiar: síntese de medidas/áreas de intervenção



Em conclusão...

A complexidade dos processos que precedem e se sucedem à gravidez e maternidade adolescente não se compraz, como se depreende, com intervenções desconexas e ocasionais. É fundamental a coordenação de vários níveis de intervenção e a criação de sinergias entre instituições e grupos de técnicos, para que se implantem medidas específicas, adequadas à realidade e eficazes na concretização dos objectivos que lhes presidirem. Alguns factores associados a estes processos são relativamente concretos e, se lhes forem dirigidas medidas apropriadas, os resultados poderão ser visíveis a médio prazo; porém, como ressalta dos resultados deste trabalho, muitas das dimensões que concorrem para as elevadas taxas de gravidez adolescente nos Açores são de carácter estrutural, e implicam a mudança de cultura, comportamentos, crenças e valores longamente enraizados. É necessário ter em conta que estes factores são resistentes à mudança, e só através de um esforço longo e coordenado o objectivo de diminuir este problema social poderá ir tomando forma.

A concretização deste estudo é um passo relevante para o confronto de um problema social evidente e merecedor de atenção, pelos riscos presentes e futuros que implica. Ao permitir conhecer e caracterizar de modo mais vasto os contextos subjacentes à ocorrência da gravidez e à adaptação à maternidade adolescente nos Açores, pode constituir um instrumento crítico para impulsionar medidas de prevenção. O seu impacto pode ainda ser maximizado se for seguido por outros instrumentos que ajudem à sensibilização e divulgação de dados e informações essenciais para quem profissionalmente se confronta com o problema ou lida com estas jovens e as suas famílias.

Será importante a **construção de materiais de informação/divulgação**, dirigidos quer às utentes, quer aos vários grupos de técnicos que deverão ser chamados a actuar numa lógica de prevenção, seja ela primária, como é desejável, ou secundária e terciária (também importante para não perpetuar ciclos relacionais disruptivos); estes materiais, que poderão ser distribuídos em centros de saúde, escolas e outras instituições, poderão assumir duas formas: 1) Informação para uma educação sexual abrangente e integrada (sexualidade, planeamento familiar, mas também educação para os afectos, aspectos relacionais, etc.); 2) pequeno livro dirigido às grávidas adolescentes, com informação sobre a gravidez e primeiros cuidados emocionais ao bebé.

A **formação dos técnicos que actuam/actuarão no terreno** deve ser igualmente alvo de atenção cuidada, pois existem especificidades que devem ser conhecidas e estratégias que necessitam de preparação cuidada e implementação coordenada, para maximizar a probabilidade de sucesso.

Por último, é importante definir **objectivos e critérios operacionalizáveis para avaliar o sucesso ou insucesso de possíveis intervenções**, e promover a monitorização e avalia-

ção contínua das estratégias seleccionadas, mantendo uma estreita ligação à investigação científica – uma vez que estamos a lidar com processos dinâmicos, é importante acompanhar as tendências e mudanças, por vezes subtis, que se registarão, acompanhando outras manifestas ao nível político, económico e social. Enquanto responsáveis por este trabalho, manifestamos disponibilidade para auxiliar a implementação destas medidas e das estratégias propostas.

**Referências
bibliográficas**

Referências Bibliográficas

- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B. & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships [Abstract]. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 16 – 26.
- Blinn-Pike, L., Stenberg, L. & Thompson, C. (1994). Intraindividual variation among pregnant adolescents: A pilot study and conceptual discussion. *Adolescence*, 29 (113), 163 – 182.
- Bogat, G. A., Guzmán, B., Galasso, L. & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology*, 6 (6), 549 – 568.
- Bowlby, J. (1978) *La separation: Agnoise et colere*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brophy – Herb, H. E. & Honig, A. S. (1999). Rflectivity: Key ingredient in positive adolescent parenting. *Journal of Primary Prevention*, 3(19), 241 – 250.
- Camarena, P. M., Minor, K., Melmer, T. & Ferrie, C. (1998). The nature and support of adolescent mothers' life aspirations. *Family relations*, 47 (2), 129 – 137.
- Campa, M. I. & Eckenrode, J. J. (2008). Pathways to intergenerational adolescent childbearing in a high-risk sample. *Journal of Marriage and Family*, 3 (68), 558 – 572.
- Canavarro, M. C. (1999) *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade da adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323 -357). Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A. I. Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M.H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2 (XXV), 183 - 194.
- Causby, V., Nixon, C. & Bright, J. (1991). Influences on adolescent mother-infant interactions. *Adolescence*, 103 (26), 619 – 630.
- Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2 (53), 152 – 166.
- Cooper, C., Dunst, C. & Vance, S. (1990). The effect of social support on adolescent mothers' styles of parent-child interaction as measured on three separate occasions. *Adolescence*, 97 (25), 49 – 57.
- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S. & Woodward, L. (2003). Does fathers absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? [Abstract] *Child Development Mongographs*, 3, 801.
- Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eshbaugh, E. M. (2006). Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Arch Womens Mental Health*, 9, 339 – 342.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade da adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 485 – 498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (3), 221 – 238.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Arch Womens Mental Health*, 10, 103 -109.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97 – 125.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 551 – 570.

- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco?. *Acta Med Port*, 18, 97 – 105.
- Garrett, S. C. & Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. *Adolescence*, 133 (34), 91 – 105.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 123 (31), 561 – 584.
- Hann, D., Osofsky, J. & Culp, A. (1996). Relating adolescent mother-child relationship to preschool outcomes [Abstract]. *Infant Mental Health Journal*, 4 (17), 302.
- Harris, J. L. J. (1998). Urban African American adolescent parents: Their perceptions of sex, love, intimacy, pregnancy, and parenting. *Adolescence*, 132 (33), 833 – 844.
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J. & Ritchie, K. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 111 (28), 323 – 326.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Silva, M. O. da, Astin, M., Wyness, L. et al (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health Advance*, 1 – 7.
- Instituto Nacional de estatística (2005). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de estatística (2007). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jongenelen, I. (1998) *Gravidez na adolescência: Uniformidade e diversidade no desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97 – 147.
- Kaufmann, N. D., Spitz, A. M., Strauss, L.T., Morris, L., Santelli, J. S., Koonin, L. M. & Marks, J. S. (1998). The decline in US teen pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics*, 5 (102), 1141 – 1147.
- Lederman, R. P. & Milan, T. (2003). The Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) program: a curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle-school youth. *Behavioral Medicine*, 1 (29), 33 – 41.
- Lederman, R. P., Chan, W. & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Heldref Publications*, 137 – 143.
- Lemos, G. (2007). *Habilidades cognitivas e rendimento escolar entre o 5º e 12º ano de escolaridade*. Dissertação de Doutoramento, não publicada. Universidade do Minho. Braga.
- Logsdon, M. C., Hertweck, P., Ziegler, C. & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 2 (40), 116 – 123.
- Lourenço, M. M. (1996). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*, Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Mangino, J. G. (2008). *Voices of teen mothers: their challenges, support systems, and successes*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Pittsburgh, Pittsburgh.
- Marecek, J. (1987). Counseling adolescents with problem pregnancies. *American Psychologist*, 1 (42), 89 – 93.
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C. & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(72), 328 – 340.
- Morgan, C., Chapar, G. N. & Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30 (118), 277 – 289.

- Oliveira, C., Araújo Pedrosa, A., Monteiro, S., Moura Ramos, M., & Canavarro, M. C. (Setembro, 2004). *Percepção do impacto do nascimento de um filho, tarefas desenvolvimentais e adaptação na transição para a maternidade*. Comunicação oral apresentada no II Congresso Hispano-Português de Psicologia, Lisboa.
- Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J.G., Schellencach, C. J., Maxwell, S. E., Keogh, D. & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 28 (109), 97 -115.
- Pereira, A. I. L. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F. & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nonpregnant adolescent of low socioeconomic status. *Adolescence*, 159 (40), 655 – 671.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parent rearing with manifest of psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 3- 32). New York: John Wiley and Sons.
- Records, K. A. (1993). Life events of pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 110 (28), 325 – 338.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(XII), 643 – 665.
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Finer, L. B. & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1 (97), 150 – 156.
- Scaramella, L. V., Conger, R. D., Simons, R. L. & Whitbeck, L. B. (1998). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Developmental Psychology*, 6 (34), 1233 – 1245.
- Schellenbach, C., Whitman, T. & Barkowski, J. (1992). Toward an integrative model of adolescent parenting [Abstract]. *Human Development*, 35, 81 – 99.
- Shanok, A. F. & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Arch Women's Mental Health*, 10, 199 – 210.
- Shearman, B. R. & Donovan, B.R. (1991). Relationship of perceived maternal acceptance-rejection in childhood and social support networks of pregnant adolescents. *Orthopsychiat*, 61(1), 103 – 113.
- Sieger, K. & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, chil characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567 – 581.
- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 373 – 384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicopatologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359 – 407). Coimbra: Quarteto.
- Stirtzinger, R., McDermid, S., Grusec, J., Bernardini, S., Quinlan, K. & Marshall, M. (2002). Interrupting the inter-generational cycle in high risk adolescent pregnancy. *The Journal of Primary Prevention*, 1 (23), 7 – 22.
- Tavares, M. & Barros, H. (1996). Gravidez na adolescência em Portugal. *Revista de Epidemiologia*, 10 (4), 3 – 8.
- Troutman, B. R. & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (99), 69 – 78.
- Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5 (2), 119 – 130.
- Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.

- Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Vicent, M. (1996). The School/Community Sexual Risk Reduction Program For Teens. In *Teenage Pregnancy Prevention: Programs that Work*. Simpósio conduzido no Wisconsin Family Impact Seminars #7, Madison WI, EUA.
- Vicent, M., Clearie, A.F., & Schluchter, M.D. (1987). Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *Journal of the American Medical Association*, 257(24), 3382-3386.
- Von Bertalanffy, L. (1978). *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod.
- Wilkinson, P., French, R., Kane, R., Lachowccz, K., Stephenson, J., Grundy, C. et al. (2006). Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *The Lancet*, 9550 (368), 1879 – 1886.

Anexos

Anexo 1 – Resumo do protocolo

Anexo 2 – Quadros em anexo

Quadro 1 – GAd: Motivos referidos para o abandono escolar

Quadro 2 – Motivos invocados para continuar ou abandonar os estudos

Quadro 3 – GAd: Situação profissional e profissão exercida

Quadro 4 – Acontecimentos de vida

Quadro 5 – Situação e categorias profissionais dos progenitores

Quadro 6 – Categorias profissionais dos companheiros

Anexo 3 – Classificação de Simões, NSE



Anexo 1 – Resumo do protocolo de avaliação

Governo Regional dos Açores

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Estudo Gravidez e Maternidade na Adolescência

2008

Instrumentos	Grupos e momentos	Grávidas Adolescentes			Mães adolescentes (parto)		Mães adolescentes (pós-parto)	Adolescentes Grupo de Controlo
		M1 - gravidez	M2 – parto	M3 – pós-parto	M2 - parto	M3 – Pós-parto	M3 – pós-parto	MO
Entrevista - Ficha de Caracterização Sócio-demográfica		✓			✓		✓	✓
Grelha – Percepção da relação com os pais, companheiro e amigos		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Grelha – Percepção da satisfação pessoal e materna			✓	✓	✓	✓	✓	
Grelha – História médica da Gravidez (e parto)		✓	✓		✓		✓	
Grelha – Dados clínicos do Recém-nascido (m2 – parto)			✓		✓			
Grelha – Dados clínicos e desenvolvimentais do Bebê (m3 – pós-parto)				✓		✓	✓	
Grelha – Percepção da satisfação com o apoio social		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23QVS		✓			✓		✓	✓
WHOQOL		✓			✓		✓	✓
EPDS		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EMBU		✓			✓		✓	✓
LAV		✓			✓		✓	✓
PRQ		✓			✓			
NPI		✓(NPI1)	✓(NPI2)		✓(NPI1)	✓(NPI2)	✓(NPI 2)	
EIPC				✓		✓	✓	
Prova AR - BPRD		✓			✓		✓	✓

Anexo 2 – Quadros

Quadro 1 – GAd: Motivos referidos para o abandono escolar

	GRUPOS					
	GGAd (n = 69)		GMAd (n = 70)		TOTAIS	
MOTIVOS PARA O ABANDONO ESCOLAR	n	%	n	%	n	%
Saiu porque engravidou	14	15,3	27	32,1	41	29,5
Não gostava da escola/falta de motivação/desinteresse	31	33,7	13	15,5	44	31,7
Preferiu ir trabalhar	1	1,1	4	4,8	5	3,6
Teve de ir trabalhar/ajudar os pais	-	-	3	3,6	3	2,2
Acabou curso profissional e não quis continuar	3	3,3	1	1,2	4	2,9
Saiu para tomar conta dos irmãos/para ajudar em casa	5	5,4	3	3,6	8	5,8
Terminou a escolaridade obrigatória	2	2,2	6	7,1	8	5,8
Motivos de saúde	1	1,1	-	-	1	0,7
Mudou de país	1	1,1	-	-	1	0,7
Os pais não deixaram continuar	2	2,2	2	2,4	4	2,9
Casou/o namorado não quis que continuasse	1	1,1	2	2,4	3	2,2
Teve problemas com o conselho executivo da escola/faltava às aulas	2	2,2	-	-	2	1,4
Fugiu de casa	-	-	1	1,2	1	0,7
Não conseguiu entrar para o curso profissional	-	-	1	1,2	1	0,7
Os pais tiraram-na da escola por mau aproveitamento	-	-	3	3,6	3	2,2
Os pais tiraram-na da escola para não namorar	1	1,1	-	-	1	0,7
Chumbou por faltas	2	2,2	-	-	2	1,4
Dificuldades com a língua portuguesa	1	1,1	-	-	1	0,7
Começou a namorar	-	-	1	1,2	2	1,4
O namorado tinha outras mulheres	1	1,1	-	-	1	0,7
Não gostava do ambiente escolar, era conflituosa	1	1,1	-	-	1	0,7

Quadro 2 – Motivos invocados para continuar ou abandonar os estudos

	GRUPOS		
	GGAd (n = 92)	GMAAd (n = 84)	GC (N = 225)
MOTIVOS PARA CONTINUAR A ESTUDAR	%	%	%
Ter uma vida melhor/Assegurar o futuro/Maior probabilidade de arranjar emprego	36,7	58,6	51,9
Ter mais habilitações/Alargar o conhecimento/Prazer em estudar	30,0	20,7	33,7
Precisa de formação para exercer a profissão que deseja/Valoriza a carreira	6,7	-	8,8
Ter um curso profissional/Terminar a escolaridade obrigatória	26,7	20,7	5,5
MOTIVOS PARA DEIXAR/NÃO CONTINUAR OS ESTUDOS	%	%	%
Quer ir trabalhar/Já trabalha	8,6	3,8	13,0
Não se sente motivada para continuar/Falta de interesse	34,3	30,8	8,7
Já é altura de ir trabalhar/Já tem idade para ir trabalhar	11,4	15,4	17,4
Casou	2,9	-	-
É difícil continuar com a chegada do bebé/com o bebé pequeno	42,9	34,6	-
Já atingiu os seus objectivos académicos/Não vê vantagens em prosseguir os estudos/Nenhum curso lhe interessa	-	7,7	26,1
Acha que não teria êxito	-	3,8	17,4
Inadaptação na escola	-	-	4,3
Problemas familiares	-	-	4,3
Não tem possibilidades económicas para continuar	-	-	8,7
Motivos de saúde	-	3,8	-

Quadro 3 – GAd: Situação profissional e profissão exercida

		GRUPOS				TOTAIS
		GGAd (n = 92)		GMAd (n = 84)		
		n	%	n	%	
Situação profissional	Empregada	6	6,5	21	25,0	27
	Desempregada	83	90,2	61	72,6	144
	Sem informação	3	3,3	2	2,4	5
Profissão exercida	Empregada de limpeza	1	16,7	7	36,8	8
	Empregada de balcão/mesa/cozinha	2	33,3	3	15,8	5
	Empregada fabril	-	-	4	21,1	4
	Operadora de caixa	1	16,7	1	5,3	2
	Secretária/Telefonista	1	16,7	2	10,5	3
	Comerciante	-	-	1	5,3	1
	Outros	1	13,6	1	5,3	2

Quadro 4 – Acontecimentos de vida

	GRUPOS					
	GGAd (n = 92)		GMAd (n = 84)		GC (N = 225)	
ACONTECIMENTOS DE VIDA	n	%	n	%	n	%
Experiência traumática (e. g., ferimentos graves, ameaça à própria vida ou à de outros)	38	41,3	25	29,8	80	35,6
Desastre natural (e. g., inundação, tremor de terra)	38	41,3	34	40,5	101	44,9
Fogo ou explosão	23	25	23	27,4	53	23,6
Acidente num transporte	45	48,9	39	46,4	91	40,4
Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa	16	17,4	14	16,7	42	18,7
Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	6	6,5	4	4,8	10	4,4
Agressão física	27	29,3	36	42,9	84	37,3
Ameaça com arma	13	14,1	13	15,5	21	9,3
Agressão sexual	9	9,8	5	6	14	6,2
Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	7	7,6	10	11,9	18	8
Perseguições perigosas	19	20,7	6	7,1	36	16
Atropelamento	24	26,1	15	17,9	60	26,7
Doença ou ferimento que ameaçou a vida	17	18,5	19	22,6	61	27,1
Sufrimento humano intenso	24	26,1	27	32,1	69	30,7
Assistir a morte repentina e violenta (e. g., homicídio, suicídio)	10	10,9	5	6	19	8,4
Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (e. g., homicídio, suicídio)	18	19,6	18	21,4	25	11,1
Causar ferimento, dor ou morte de alguém	9	9,8	13	15,5	41	18,2
Outro acontecimento	34	37	20	23,8	75	33,3

Quadro 5 – Situação e categorias profissionais dos progenitores

	GRUPOS							
	GAd (n = 176)				GC (N = 225)			
	Mãe		Pai		Mãe		Pai	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Empregado	62	36	131	86,8	114	53,5	186	91,2
Comércio (empregado comercial)	2	1,2	5	3,3	14	6,6	21	10,3
Construção civil	-	-	55	36,4	-	-	51	25
Agricultura e pescas	2	1,2	31	20,6	1	0,5	30	14,8
Indústria, armazém e máquinas	13	7,6	37	4,6	4	1,9	8	3,9
Técnico de saúde/Auxiliar de acção médica	6	3,5	1	0,7	14	6,6	6	2,9
Professor/Auxiliar de acção educativa	10	5,9	1	0,7	16	7,5	3	1,5
Administrativo	2	1,2	7	4,6	12	5,6	6	2,9
Segurança e protecção	-	-	5	3,3	-	-	8	2,9
Contabilidade/Gestão/Economia	-	-	1	0,7	9	4,2	9	4,4
Restauração	11	6,4	3		10	4,7	-	-
Cabeleireiro e estética	-	-	-	-	2	0,9	-	-
Mecânico/Motorista	-	-	7	4,6	-	-	22	10,8
Empregado de limpeza	13	7,6	-	-	17	8	-	-
Costureiro	1	0,6	-	-	2	0,9	-	-
Outros	2	1,2	4	2,6	11	5,2	18	8,9
Não sabe	-	-	4	2,6	2	0,9	4	2
Desempregado/Reformado/Inválido	110	64	20	13,2	99	46,5	18	8,8

Quadro 6 – Categorias profissionais dos companheiros das adolescentes

	GRUPOS			
	GGAd (n = 176)		GC (n = 95)	
	n	%	n	%
Comércio (Empregado comercial)	13	7,7	6	6,3
Construção civil	97	55,7	23	24,2
Agricultura e pescas	25	14,7	3	3,2
Indústria, armazém e máquinas	4	2,4	3	3,2
Administrativos	3	1,9	3	3,2
Técnico de saúde	1	0,6	-	-
Segurança e protecção	6	3,5	2	2,1
Restauração	1	0,6	-	-
Mecânico/Motorista	2	1,2	5	5,3
Outros	7	4,2	5	5,3
Estudante	5	2,9	42	44,2
Desempregado	6	3,6	2	2,1

NÍVEL SOCIOECONÓMICO

(Simões, 1994)

1 – Nível socioeconómico BAIXO	Trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade.
2 – Nível socioeconómico MÉDIO	Profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.
3 – Nível socioeconómico ELEVADO	Grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários), à licenciatura, mestrados e doutoramentos.

